

Universidad Femenina de México
UFM

302925 8 24
UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

**ESCUELA DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA UNAM**

**ABORTO Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS.
" ASPECTOS PSICOLOGICOS Y PSICOSOCIALES
PRESENTES EN LA SITUACION CLINICA DEL
ABORTO "**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

ALEJANDRINA ESTRADA TOVAR

DIRECTOR DE TESIS :

LIC. EDWIN SANCHEZ AUSUCUA

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

MIS HIJOS: Lomelin y Lenin Quienes me permitieron estudiar cuando más nos necesitábamos ambos. Y aun así me apoyaron en todo momento, dándome su respeto y cariño. Ellos han sido los que me motivaron, para seguir adelante y son la causa principal, por la cual deseo seguir luchando en todo momento, para seguir superándome.

MI ESPOSO: Médico Gabino Cruz Martínez fue otra persona muy importante para mí ya que sin él no hubiera sido posible realizar esta tesis, me sentí apoyada moral, e intelectualmente, y en todo momento me supo guiar. Cuando se me presentó algún problema que no pudiera resolver tuve su paciencia, consejo y orientación.

Con todo respeto y cariño agradezco a mi asesora del HGM la Psiquiatra Hebe serrano Fuentes, junto con los Doctores: Antonio Carrillo Galindo, Dra Maria Auxiliadora Arellano Carrillo el Dr: Alfredo Miranda Granados, Todos colaboraron para realizar este estudio. Y me siento muy satisfecha por su ayuda sincera, y practica.

Para mi ASÉSOR de tesis de la UFM el Licenciado en Psicología Edwin Sánchez Ausucua. Fué una persona esencial para poder realizar la tesis, sus indicaciones muy precisas y entendibles, en el desarrollo y contemplacion de cada punto revisado.

INDICE

INTRODUCCION.....	
ANTECEDENTES.....	2
1) EDUCACIÓN SEXUAL DE LA MUJER MEXICANA.....	2
A).-Punto de Vista Religioso.....	4
B).-Grupo Provida.....	5
C).-La Perspectiva Feminista.....	8
2).-QUE INSTITUCIONES DEL GOBIERNO Y PARTICULARES AYUDAN A LAS MUJERES DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO, MEDICO, LEGAL Y PSICOLOGICO.....	12
A) .-Instituciones Para Atender Abortos.....	14
B).-El Problema Económico Social	16
C).-Características del Aborto.....	17
3).-PUNTO DE VISTA LEGAL.....	22
A).-Derecho Penal Azteca.....	22
B).-Derecho Romano.....	23
C).-Definición de Aborto.....	24
D).-Época Moderna.....	25
E).-Atenuantes del Honor.....	26

4).-ASPECTOS CLÍNICOS 27

A).-Definición y Tipos de Aborto.....	29
B).-Sintomatología Fisiológica.....	33
C).-Síntomas Físicos.....	36

5).-SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS AL ABORTO

A).-Clasificación de la Depresión.....	38
B).-Teoría Psicoanalítica del Estudio del Aborto.....	40
C).-Aspectos Psicológicos.....	43
D).-Consecuencias del Aborto.....	45
E).-Depresión.....	45
F).-Culpabilidad.....	47
G).-Afecto.....	48
H).-Pensamiento.....	50
I).-Conducta.....	50
J).-Síndrome Depresivo.....	52
K).-Duelo.....	53

**6).-TECNICAS PSICOTERAPEUTICAS PARA LAS MUJERES
QUE HAN ABORTADO..... 67**

A).- Técnicas Terapeuticas.....	57
B).- Punto de Vista de la Psiquiatría.....	65

7).-METODOLOGIA.....	70
A).-Antecedentes Academicos.....	70
B).-Justificación.....	72
C).-Planteamiento del Problema.....	73
D).-Hipotesis.....	75
E).-Objetivos.....	76
F).-Población y Muestra.....	77
G).-Definición de las Variables.....	78
H).-Procedimiento.....	79
I).-Recursos Utilizados.....	81
8).-RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS.....	83
A).-Resultados del Cuestionario.....	90
B).-Resultados del test de G.H.C.....	92
C).-Resultados del Test de Zung.....	92
9).-CONCLUSIONES.GENERALES.....	93
10).-BIBLIOGRAFIA.....	93
11).-ANEXOS.....	93
Cuestionario I.....	93
Cuestionario II.....	93
Clínico, DX del Síndrome Depresivo. Dr: Guillermo Calderón Narvárez.....	93
Test De Zung.....	93
A).-Posición Feminista Sobre el Aborto.....	94
(Una Entrevista Publicada) (III)	

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es ampliar la información que existe sobre el tema ofreciendo a quienes se interesan en el diferentes referencias que proporcionan la oportunidad de abordar el tema y sus implicaciones normativas y prácticas en la atención psicológica a mujeres que abortan.

Así, el interés fundamental de la tesis consiste en explorar y analizar los aspectos psicológicos implicados en el proceso interno y de interrelación objetal por el que atraviesan las mujeres que abortan. Debido a que el aborto es licito en un número muy limitado de casos, y que en su generalidad es ilegal, el conocimiento de dichos procesos no han sido objeto de estudio pues el tratamiento y la ayuda psicológica a las mujeres que abortan, existe de manera limitada.

Es necesario hacer una revisión de los aspectos psicológicos más reelevantes que se presentan en la situación de casos específicos lo cual determina el diseño de la investigación en un contexto hospitalario, al cual acuden mujeres, que por distintos motivos se ven en la necesidad de abortar.

No obstante de tratarse de casos específicos existen elementos comunes que determinan una de las fases del abordaje metodológico. La otra fase de un hecho social, clínico y cultural como en el aborto, supone además todo un contexto que determina su sentido y su significación que en cada mujer adquiere potenciales y alcances distintos.

1.- ANTECEDENTES

1) EDUCACION SEXUAL DE LA MUJER MEXICANA

Desde la infancia de la mujer mexicana, se desarrolla en un ambiente donde la sexualidad, presenta un caracter informal, por eso la transmisión de normas valores y creencias es generalmente el resultado del ejemplo y la imitación de lo observado, en una sociedad como la mexicana, donde el nivel educativo es bajo y de escasa calidad. No es difícil considerar que la libertad sexual, la natalidad, y la planeación familiar, no se han explicado adecuadamente y esto da como resultado una actividad sexual no consciente.

Es en este escenario social donde se presenta el fenómeno del aborto provocado. Sin embargo es posible establecer diferencias

- a) mujeres que tienen su vida sexual, sin prevenciones para evitar embarazos.
- b) mujeres fértiles no informadas sobre métodos anticonceptivos.
- c) mujeres cuyo método anticonceptivo ha fallado.
- d) Mujeres que desean retener un hombre mediante el embarazo.

La mujer que aborta en nuestro país se enfrenta a una serie de situaciones que requieren ser consideradas dentro de la estructura social, jurídica, y religiosa, para formular las consecuencias de la realidad subjetiva que enfrenta quien vive el aborto.

Se considera que el tema del aborto es cuestión de carácter privado; sin embargo es un problema de salud pública. La situación del aborto como algo social nos lleva a enfrentar una serie de prejuicios, morales que muestra el lado tortuoso de la conducta humana.

El aborto llenará, de conflictos internos, a las mujeres que lo llevan a cabo, siendo un proceso difícil y con consecuencias para la salud mental y física de las mujeres.

Para las mujeres solteras el embarazo no deseado y el aborto son vividos como castigo por haber tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio, y cualquiera que sea su circunstancia, el aborto es el último recurso a utilizar y es un derecho de la mujer decidir sobre su cuerpo especialmente en lo que se refiere a la reproducción.

En la mayoría de las discusiones sobre el aborto se considera muy poco a la mujer. Es como si estuviese realizándose un debate complejo mientras que la mujer, considerada como un saco amniótico encapsulado, esta amenazada de caer y romperse, pero los eruditos caballeros parecen no darse cuenta y no encuentran razón para facilitar el aborto legalizado.(2)

A) PUNTO DE VISTA RELIGIOSO:

Resulta importante el aspecto religioso dentro del delito del aborto, el cual podemos ver desde dos puntos de vista: el primero de ellos consiste en la postura que tendrá la iglesia frente al aborto.

Es innegable la influencia que tiene la iglesia en el comportamiento social ya que como sucede en México, es difícil negarse a rechazar una norma establecida aunque emana del vaticano y se origina desde la época de la conquista sigue vigente hasta el momento actual.

Es importante mencionar que el rechazo de la iglesia a la liberación del aborto y su virtual liderazgo en las campañas contra cualquier iniciativa al respecto, hace que éste tema sea considerado como tabú.

La definición de la iglesia católica sobre el aborto es la siguiente:

La expulsión o extracción del óvulo fecundado o del embrión o feto no viable, considerándolo un atentado contra la dignidad humana de la persona, un asesinato hecho sobre un inocente que no puede defenderse, un ser desvalido, cuyo único sosten es la madre y ésta, la causante de su muerte.

En la religión se nos inculca la idea de la bondad o maldad de una acción, y no depende de la consideración cuidadosa de las motivaciones, medios y consecuencias de la educación religiosa que tengamos.

La valoración moral de las acciones desde esta perspectiva deberá sujetarse a normas morales.

La iglesia católica tradicional considera que desde el momento de la concepción existe una persona humana, cuya esencia es sagrada y es materia divina de tal forma que el hombre no tendrá capacidad de decisión sobre ella.

Tomando en cuenta ciertas observaciones empíricas, se puede considerar que partir de que se registra actividad cortical en el feto, esto es en la sexta o la octava semana de gestación, hay más probabilidad, para afirmar con certeza que existe una persona. Este tipo de posiciones son las mantenidas por representantes eclesiásticos que tratan de ser congruentes con el marco social, ideológico, y científico que están viviendo. Sin embargo también este punto de vista es discutido por quienes afirman que aunque exista actividad cortical, no existe aún la conciencia de sí. (4)

B) GRUPO PRO-VIDA

El comité nacional de PRO-VIDA responde a una iniciativa de ley que lanzó en ese entonces el partido comunista en la Cámara de Diputados, pidiendo la legislación del aborto de forma libre, gratuita, y voluntaria en las distintas clínicas del país. Ante esta amenaza de legalización del aborto surgieron diversos brotes sociales en contra y diferentes líderes sociales han formado un frente común que actualmente existe como comité Pro-Vida.

Se crea por medio de varios pilares, uno de ellos muy importante y quizá el motor de todo esto, fue el cardenal Ernesto Corripio Aumada. Sin embargo Pro-Vida no es un movimiento religioso sino un movimiento conformado por laicos, quienes hacen frente al problema que ellos consideran como una amenaza a la vida.

Por lo que se conoce de esta labor, se puede hablar de un trabajo muy consistente.

Se ha ido solidificando y ampliando, tanto en lo que se refiere al aspecto educativo como al social. En un principio se decía, no al aborto, pero hubo personas que se cuestionaron ¿Qué solución le darán a una mujer que está desesperada y quiere abortar?. Surgió entonces el centro Billings de Pro-Vida cuyo objetivo es darle solidez a la familia, y promover la paternidad responsable. Después surgió el centro de ayuda a la mujer. Este centro tiene por objetivo atender a las mujeres que se encuentran en necesidad de abortar y se les ayuda para que resuelvan sus problemas y eviten el aborto.

A través del estudio que han hecho y del trabajo con quien busca abortar, PROVIDA ha considerado que una mujer no sabe que es el aborto y que cuando se entera desiste de hacerlo.

Aquellas mujeres que no pueden conservar a su bebé por una u otra razón se les ofrecen servicios para canalizar la adopción.

Hasta ahora solo han tenido 8 casos de adopción. Desde hace cuatro años de agosto de 1989 a abril de 1993 han tenido más de 4,800 casos.

De estos aproximadamente el 4% no ha aceptado ayuda. Cerca del 12% de las mujeres que acuden dan un nombre falso, un teléfono que no corresponde, en fin, se les pierde de vista por completo. A otras les dan seguimiento telefónico. Existen dos clínicas en el distrito federal y varios centros de ayuda: uno en Monterrey y empezó a funcionar en octubre de 1990; el de Guadalajara que se abrió en febrero de 1991; y los de León, Celaya, San Luis Potosí, Tuxtla Gutiérrez, Hermosillo, Morelia, Saltillo, Huruapan y Puebla. Existe bolsa de trabajo para estas mujeres. Tienen contacto con algunas empresas para colocarlas, y han logrado que sigan trabajando cuando tienen tres o cuatro meses de incapacidad y si quieren seguir trabajando lo pueden hacer.

El sosten económico radica básicamente en las cuotas de los miembros. Este proyecto es una inversión que no tiene renumeración económica, porque el costo de los partos es muy elevado y todos los servicios que se brindan son gratuitos.

Es una inversión que no se recupera económicamente. Con lo que se llega a recuperar es en los congresos que realiza. No obstante el esfuerzo en este tipo de instituciones no resulta suficiente.

Existen muchas situaciones en las que la influencia moral y religiosa es inoperante para resolver situaciones en que las mujeres deciden el aborto en condiciones clandestinas expuestas a riesgos de salud. Además de esto, la moralidad religiosa está bien como una opción pero no puede resolverse un problema de

salud pública, como es el aborto desde una perspectiva única y radical .
Condenando o dando la ayuda a quienes no comparten estos puntos de vista. (3)

C) LA PERSPECTIVA FEMENINA

Se necesita oír un debate razonado y riguroso sobre como el aborto es valorado de manera dispar y variada, de acuerdo a diferentes perspectivas ideológicas : hay sociedades y grupos que lo condenan, y sociedad y grupos que lo permiten. La sociedad mexicana debe conocer qué países penalizan el aborto y porque lo hacen, y cuales tienen esa práctica despenalizada. Conocer esta información lleva a reconocer que existe una tendencia internacional hacia la despenalización como se verá más adelante.

La sociedad mexicana debe escuchar las razones de los expertos que señalan que justamente la existencia de la penalización es lo que genera grandes problemas de justicia social y salud pública: las mujeres con recursos económicos, suficientes se hacen abortos ilegales en las mejores condiciones, siendo una práctica no penalizada. Mientras que mujeres en condiciones económicas adversas , sufren los riesgos de la ilegalidad: abortos mal hechos, con consecuencias graves, para su salud y sus vidas. Es muy útil conocer la diferencia estadística de mortalidad entre mujeres que se hacen un aborto en un país donde:

es legal, y en uno donde es ilegal

Aborto legal: 1 muerte por cada 100,000 abortos

Aborto ilegal: 1,000 muertes por cada 100,000 abortos

Por eso en América Latina las complicaciones derivadas del aborto ilegal son la causa principal de muerte de mujeres entre 15 y 39 años. (3) p.121

La sociedad mexicana mayoritariamente católica podría distinguir entre el aborto y su tratamiento penal. Como señaló el Obispo Auxiliar de Madrid, Monseñor Iniesta: "mi conciencia rechaza el aborto totalmente, pero mi conciencia no rechaza la posibilidad de que la ley deje de considerarlo como un hecho delictivo". Muchos católicos progresistas discrepan de la postura del Vaticano. Los teólogos, sacerdotes y monjas se han organizado junto con creyentes para defender el derecho a decidir de acuerdo con la propia conciencia.

La sociedad de México también debe saber que en Italia, un país eminentemente católico, sede del Vaticano, sí se logró en 1978 la legalización del aborto en base a la consideración de que sólo las mujeres con recursos económicos tengan las condiciones sanitarias básicas para realizarse la interrupción del embarazo.

En apoyo por la democracia cristiana, la mayor parte de la ciudadanía católica votó a favor de la despenalización del aborto. El Vaticano continuó su campaña y logró que a los cuatro años se realizara un plebiscito sobre el tema, y volvió a perder, pues la ciudadanía confirmó su voluntad de que el aborto siguiera despenalizado.

Nuestra sociedad debe conocer que en las sociedades modernas coexisten varios códigos éticos, y que en la multidimensionalidad cultural de nuestro país hay grupos indígenas, campesinos u urbanos en varios niveles de modernización

y secularización, cuyos códigos morales, religiosos y laicos suponen una pluralidad de percepciones y concepciones éticas.

La sociedad debería reconocer que el desarrollo tecnológico y científico nos obliga a replanteamientos éticos sobre lo que es la vida y la muerte: el trasplante de órganos de donantes muertos, la prolongación terapéutica o la suspensión definitiva de enfermos en estado irreversible, las diversas posibilidades de reproducción asistida, de investigación genética y de interrupción de embarazos. La ética sobre estos aspectos biológicos, es diversa. La bioética implica cuestiones no sólo orgánicas sino también políticas y sociales, tales como la libertad individual y la calidad de vida.

Esta sociedad que tenemos en México se debe preparar para grandes cambios y entrar a discutir que decisiones de los ciudadanos atañen a la sociedad y cuales pueden ser de su exclusiva competencia. Cada vez son menos las personas que aceptan un destino impuesto (por una voluntad religiosa o estatal) sin intentar cambiarlo o alterarlo. Un elemento para definir si las personas se hacen responsables de sus propias acciones, o si lo hace alguna institución de la sociedad, es ver cuales son las alternativas sociales.

En el caso del aborto, que alternativas ofrece la sociedad a una mujer que quiera abortar por ejemplo, existe un sistema de seguridad social que le asegure a ella y al hijo por venir los medios mínimos de sobre vivencia ?

La realización de tesis se ocupa de estudiar el aborto en el ámbito de la salud pública de nuestro país. Como se verá en los resultados la penalización es en

realidad un factor adicional y externo a las dificultades psicológicas que implica por si mismo el aborto.

Despenalizar significa reducir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas.

Despenalizar significa abatir la injusticia social y la posibilidad de establecer una reglamentación que prevenga la repetición de esa conducta.

¿ Por qué no cambiar la legislación si el aborto es una práctica real ? (2,3)

Las respuestas a esta pregunta son complejas e involucran muchos aspectos de la vida política y las prácticas de salud en los países subdesarrollados como México.

Este trabajo de tesis pretende contribuir a documentar la necesidad de legalizar el aborto para que los daños en la salud física y psicológica sean menores.

2) QUE INSTITUCIONES DEL GOBIERNO Y PARTICULARES AYUDAN A LAS MUJERES DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO, MEDICO, LEGAL, Y PSICOLÓGICO.

Los abortos mal atendidos son un problema que afecta un gran número de personas, por tanto es un problema de salud pública que Armando Valle Gay proporcionó estadísticas obtenidas de una encuesta practicada con cien pacientes que ingresaron al Hospital General de la Ciudad de México, que reportan hasta un 25% de ingresos hospitalarios diarios por complicaciones derivadas del aborto. Señala que entre 1985 y 1990, el 18 de los ingresos diarios en promedio, fueron mujeres por aborto y de éstas, del 65% al 75% presentaban complicaciones.

De los datos que se pueden obtener del Instituto Mexicano del Seguro Social se extraen conclusiones semejantes: la segunda causa de intervención quirúrgica que atiende este Instituto es la atención a abortos, de los cuales un 75% se presentación complicaciones.

La última cifra que menciona El Sistema Nacional de Salud es que en México se atiende un millón setecientos mil casos de aborto de los cuales ochocientos cincuenta mil son provocados. Con estas cifras, según el subdirector del Instituto Nacional de Perinatología, el aborto es uno de los más graves problemas de salud pública en nuestro país.

Por su parte, Ana Langer, Directora del Instituto Nacional de Salud, señala que el aborto practicado en las condiciones actuales es la tercera causa de muerte

materna y que, entre el 9 y 15 % de los casos, requieren hospitalización de urgencia.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado en grandes informes que las condiciones jurídicas en las que se provoca un aborto tienen serias repercusiones médicas, ya que la mortalidad de las mujeres por esta causa depende de la falta de pericia de parte de la persona que practica el aborto y de la falta de utilización de los servicios médicos y hospitalarios adecuados en donde se debe proporcionar asistencia médica especializada para atender inmediatamente las complicaciones que pudieren surgir. En la reunión de Helsinki de la OMS, celebrada en abril de 1971, se le encomendó a un grupo de especialistas el estudio de este hecho como un fenómeno de salud pública. Este grupo de expertos admitió que se debe considerar el aborto como un "medio excepcional" de interrupción del embarazo no deseado y recomendó, conjuntamente con su legalización, la adopción de medidas preventivas y el desarrollo de una infraestructura hospitalaria adecuada para este tipo de atenciones.

El concepto moderno de salud es muy distinto al que prevalecía anteriormente. Antes se pensaba que era la ausencia de enfermedad. Ahora se piensa que es un estado de bienestar orgánico permanente (...) ésta (la salud) se define como un fin para el individuo y como un medio para la comunidad. Además, la salud es un derecho y no un privilegio. Si es cierto, el aborto está fuera de todo marco de salud pública porque hasta el momento no ha sido un derecho sino un privilegio; ha sido un privilegio de quien puede comprar el servicio y no un derecho de la comunidad. A través de su carácter clandestino, el aborto genera condiciones de pérdida para la misma comunidad y el individuo.

Las alternativas que se proponen para solucionar este problema de salud pública son dos: la prevención de los abortos a través de campañas efectivas de educación sexual e información de los métodos anticonceptivos, y la concreción de una política desincriminadora de el aborto que brinda a las mujeres la posibilidad de acceder a una atención adecuada, segura e higiénica, política que ha de llevarse a cabo, de manera articulada, dentro del Sistema Nacional de Salud.(V)

A) INSTITUCIONES PARA ATENDER EL ABORTO

ADIVAC: Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C.

¿ Violación ? Es un acto de violencia contra el cuerpo de una mujer o menor de edad, con el cual se alteran sus sentidos, percepciones y emociones. La violación cambia el modo en que la víctima se percibe a sí misma, a los demás y al mundo que la rodea.

Son Víctimas de Violación: Hombres, mujeres, ancianos (as) y menores de edad. Por educación y tradición histórica, la mujer teme reaccionar ante cualquier agresión, provenga del hogar, el trabajo, el matrimonio o la calle. Los Violadores: Comúnmente se trata de personas que la comunidad no identifica como peligrosos y con frecuencia están casados y tienen empleos fijos.

La Violación Puede Ser: Individual o tumultuaria, implicando:

Ausencia del consentimiento de la víctima.

Uso de la violencia Física y Moral. Por parte del agresor hacia la agredida.
Penetración sexual forzada por cualquier vía: oral, anal y/o vaginal, así como con cualquier objeto.

ADIVAC, Es una Asociación Civil integrada por personal especializado en la atención a personas violadas y a mujeres con cualquier tipo de problema emocional. El servicio que proporciona es: Atención Psicológica, Médica, Asesoría Legal.

El servicio es gratuito: La asociación se mantiene por las ventas de los objetos que efectúan las mujeres violadas en terapia ocupacional y por los donativos de la población civil.

La finalidad de la asociación es proporcionar atención psicológica especializada, debido a que: La crisis originada por la violación provoca una ruptura del sentido de realidad, sentimientos de culpa y un desequilibrio emocional: por tanto, a las mujeres que acuden se les hace ver que estuvieron expuestas a un terror incontrolable, se retroalimenta la autoestima y se les menciona que ellas no provocaron la agresión.

En ADIVAC consideramos que la psicoterapia es una opción de vida para todas aquellas mujeres que vivieron una experiencia violatoria y que tienen todo el derecho de sobrevivir a ella.(i)

B) EL PROBLEMA ECONÓMICO SOCIAL

El aborto clandestino es además, un hecho que fácilmente se convierte en un problema económico para el propio estado, debido al alto costo que significa la atención médica de las complicaciones derivadas de estas intervenciones. Se estima, según los datos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que el 25% de las camas del servicio de ginecoobstetricia están ocupadas por pacientes internadas por aborto o sus complicaciones.

En un espectro más amplio, los abortos consignados por el Sistema Nacional de Salud (mencionados en el apartado inmediato anterior) representan un costo anual de un millón de días cama en el sistema de hospitales, cinco millones y medio de días laborales y un impacto económico aproximado de 148 millones de nuevos pesos.

Además se afirma que el número de días cama utilizados por este tipo de pacientes atendidas por parto normal. Por ello se estima que, aunque hubiera una mayor afluencia de gestantes solicitando la interrupción del embarazo, si se les atiende en los periodos menos peligrosos y de manera eficiente, el tiempo de atención, días- cama y de servicios médicos prestados, sería menor que el empleado hasta ahora en la atención de las complicaciones de abortos mal practicados, y en consecuencia, el costo económico para el Estado sería también mucho menor.

Así mismo, se estima que la despenalización del aborto no requiere de una gran inversión económica, pues con las instalaciones que ya se tienen se puede prestar el servicio en condiciones adecuadas y se reduciría considerablemente el

gasto que el Estado eroga en perseguir la clandestinidad, cuando se llega a dar, y la atención de las complicaciones que se originan en esas circunstancias.

A los considerandos referentes a la optimización de los recursos del sector Salud, es importante añadir la crítica que se hace a uno de los efectos de la clandestinidad, relacionado con los recursos económicos de las mujeres que acceden a un aborto:

aquellas que tienen recursos suficientes pueden realizarlo, sin ningún riesgo, en condiciones higiénicas adecuadas en clínicas u hospitales de reconocida calidad por su atención y servicios, por personal especializado en atención ginecoobstétrica, pero pagando precios altísimos por la intervención; aquellas que no tienen recursos son las que arriesgan su vida y su salud en manos de personas inexpertas y quienes se enfrentan a condiciones higiénicas deplorables.

Este fenómeno, que ya habíamos apuntado, habla de una discriminación social por causas económicas que no debería existir en un país que, como el nuestro, se define bajo el signo de la democracia (11)

C) CARACTERÍSTICAS DEL ABORTO

En México las tasas de fecundidad y de embarazo de alto riesgo han sido de las más elevadas del mundo. Se considera embarazo de alto riesgo aquel que se desarrolla en mujeres menores de 18 años o mayores de los 35.

La mortalidad materna básicamente por hemorragia e infección, es también de las más altas del mundo.

El IMSS reporta que sólo una tercera parte muere por aborto, pero el dato es poco confiable, ya que no todos los casos se hospitalizan y la certificación es dudosa en muchos de ellos. Hasta el momento sólo hay cifras de su frecuencia en el Distrito Federal, sin embargo, los datos pueden inferirse de lo que sucede en otros países latinoamericanos. No hay un estudio definitivo para evaluar la frecuencia y las características epidemiológicas. La Doctora Blanca Ordoñez y otros investigadores están por reportar a la Academia de Medicina (1978) un estudio significativo.

Con un cuestionario elaborado en coordinación con el Centro Latinoamericano de Demografía de la ONU fueron entrevistadas 1,753 mujeres de 2 000 familias, seleccionadas para evaluar la frecuencia del aborto en el Distrito Federal.

Se escogió una mujer de cada familia entre 16 y 44 años de edad. Aunque se recurrió al sorteo, se tuvo la precaución de elegir sólo una de cada familia. De estas el 78.8% habían tenido relaciones sexuales; las tres cuartas partes, el 73.7% habían sido embarazadas; y una de cada tres, el 34.9% había tenido alguna vez un aborto.

Teniendo en cuenta que algunos autores fijan la abortabilidad de tipo fisiológico-natural, o espontánea, entre el 9 y 11% nos encontraríamos con que en el Distrito Federal, de cada tres abortos dos serían inducidos y uno espontáneo.

En los hospitales de Gineco-Obstetricia del IMSS en mujeres internadas y cuyas edades variaban entre 15 y 44 años de edad, se registró un porcentaje del 4.4% de abortos complicados. Y según los informes del doctor Alvarado Duran la

mortalidad de estos casos fue del 2%. El promedio de edad de las mujeres que abortan es de 30 años y por lo general el número de embarazos llega a 8 o 9. Hace varios años el doctor Mateos Fournier informó sobre un grupo estudiado por la Dirección de atención materno infantil de la SSA, en el que se estableció que el porcentaje más alto de abortos se iniciaba después del tercer embarazo y correspondía a mujeres casadas, de religión católica, de escolaridad baja y de pocos ingresos económicos; sin embargo, en las encuestas se registró que casi todas las mujeres que se declararon católicas, no eran practicantes y desconocían las concepciones filosóficas del catolicismo.

La encuesta de prevalencia en Programas de Planificación Familiar Promovida por la Coordinación del Sistema Nacional de Planificación Familiar reveló con un muestreo significativo que la frecuencia del aborto es de 23.5%, incluyendo en esta cifra los espontáneos y los provocados. Sabemos que la abortabilidad fisiológica es de 9 a 11% en la especie humana, por lo que, a reserva de otras evaluaciones verdaderas hay aproximadamente un 15% de abortos inducidos.

En el IMSS en la ciudad de México, se han hecho estudios sobre las características económicas, sociales y culturales de las abortantes y se ha establecido, igualmente, que eran casadas y de religión católica, con muy poca escolaridad y muy pocos recursos económicos. Además, éstos índices fueron más bajos en las encuestas a domicilio que en las hospitalizadas.

En México no ocurre como en otros países Latinoamericanos, que son solteras las mujeres que abortan, por el contrario son casadas y viven en uniones maritales estables. Basta anotar que en encuestas efectuadas a domicilio el 87.1% vivían en una relación estable. Así mismo vivían en igual condición el 98%

de las personas que respondieron la encuesta en los hospitales. Contrasta con estas cifras el hecho de que la cuarta de los nacimientos que se registraban en México sean ilegítimos. Parece que cuanto más se eleva el nivel socioeconómico de las personas, aumentan las tasas de aborto inducido en las mujeres solteras y por consiguiente decrece el número de hijos ilegítimos.

Entre 1967 y 1971 acudieron al IMSS por aborto 8,179 mujeres. El 42.3% manifestó que se lo había provocado por tener muy bajos ingresos; el 22.5% adujo como causa de su determinación.

El número excesivo de hijos. Para lograrlo el 41.4% utilizó medicamentos inyectables, el 38.1% remedios populares, el 9% sondas intrauterinas, el 5.5% medicamentos locales y el 3.7% legrado uterino. En cuanto al procedimiento el 48.7% fue por automaniobras, el 27.6% por procedimientos empíricos, el 10.7% por enfermeras, el 8.2% por Médicos y el 4.8% por otras personas.

Puede suponerse que las causas emocionales quedaron encubiertas en las encuestas por las socioeconómicas. Por lo que ya se explicó podemos derivar que el aborto es un problema serio y que faltan estudios rigurosos para analizarlo.

El problema del aborto en México es similar al latinoamericano, y tiene las siguientes características:

- 1) Escaso uso de anticonceptivos eficaces.
- 2) Es un recurso usado por carencias económicas y por sobrepoblación familiar.

3) En niveles socioeconómicos altos el aborto inducido legal o ilegal no es problema. Se compra el servicio.

Esto hace pensar que hasta ahora el aborto no ha sido un derecho sino un privilegio para determinados grupos sociales.

El avance de los programas de planificación familiar exige una reevaluación del problema. Adjuntamos algunos datos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1975 realizada por la Secretaría de Industria y Comercio. (13)

3) PUNTO DE VISTA LEGAL

1.- Aunque hoy en nuestros días existen mejores instrumentos médicos, persiste el problema debido a la legislación relativa al aborto, data de 1931, fecha en que fue promulgado el Código Penal que aún nos rige, y que sigue penalizando el aborto. La tipificación del aborto voluntario como delito penal afecta en forma diferente a las mujeres de diversas clases sociales.

A) Derecho Penal Azteca: El Pueblo Azteca castigaba con pena de muerte el aborto, que se aplicaba tanto a la mujer como al tercero que lo ayudaba, las fuentes consultadas permiten determinar, que ha diferencia del derecho romano, en el Azteca el aborto era un delito que afectaba intereses de la comunidad, la severa y única penalidad indicada, que corresponde a la crueldad y severidad penal azteca, debe ser interpretada en relación con otros datos atinentes a dicha organización.

Dichos datos, que confirman la conclusión indicada son:

1.- El fuerte sentido de comunidad de la organización Azteca, visible incluso en las ciudades.

2.- El respeto que la mujer embarazada merecía, que se atestigua, entre otras cosas, por el hecho de que la que moría al dar a luz gozaba del favor de determinados dioses.

3.- La importancia que todo nacimiento tenía y gran ceremonial que se acompañaba.

4.-La aceptación del principio de restitución como sanción que prevalecía sobre el de castigo allí donde aquélla era posible, la aplicación de dicho principio atenuaba en muchos casos la brutal severidad de las penas.

Legalmente el aborto se define como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez: cabe resaltar, según cita el Código Federal, que el aborto así definido refiere a la simple interrupción de la gravidez.(4,6)

B) EL DERECHO ROMANO

Durante los primeros tiempos fue considerado como grave inmortalidad el aborto provocado, sin embargo, en la época republicana y en la primera etapa del Imperio no fue calificado como delito.

En Roma era frecuente ver como los abortos se practicaban constantemente, esto en virtud de que se consideraba que de esta manera se podía conservar la belleza de la mujer y algunas otras ocasiones también se daba porque la mujer lo utilizaba como un medio de venganza hacia el marido, la razón por la cual no se consideraba como delito, era porque se pensaba que el feto era parte integral de la mujer y que, por consecuencia, la mujer podía disponer libremente de él.

3.-Artículos Del Aborto:

El artículo 329 del Código Penal, que nos define que

C) Definición del Aborto:

El aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

El Código Penal Mexicano para el Distrito Federal en materia de Fuero Común, y para toda la República en materia de Fuero Federal, fue sancionado en el año de 1931, y no ha tenido reformas en lo concerniente al aborto.(2,4)

Código Penal Mexicano Capitulo IV Aborto.

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

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

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

- I. Que no tenga mala fama.
- II. Que haya logrado ocultar su embarazo, y

III. Que este sea fruto de una unión ilegítima.

Faltando algunas de las circunstancias mencionadas, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión.

Artículo. 333. No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro Médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.

En el proyecto de reformas al Código Penal del año 1983 se incluía la despenalización del aborto por motivos eugenésicos, y económicos graves y justificados (durante los 60 días siguientes a la concepción.)

Lamentablemente el proyecto no fue aprobado en esta materia, manteniéndose el capítulo con la estructura de 1931. (6)

Época Actual o Moderna

D) Época Moderna En este siglo el aborto ha sido un tema muy polémico, y ha dado motivo a diversas penalidades que van desde una reclusión menor, de meses, hasta varios años, y en algunos casos, no es punible practicarlo, siempre y cuando este sea realizado por médico diplomado y con conocimiento de la madre, o que el aborto se practique por una necesidad terapéutica o cuando el embarazo sea producto de una violación. (4)

E) Atenuantes del Honor

En México, España, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Italia, Las legislaciones se contemplan, como circunstancias atenuantes, los denominados móviles de honor, que aluden a "los casos de mujeres de buena fama cuyo embarazo hace pública a una situación típicamente desvalorada respecto a su vida sexual y afecta al honor individual o familiar.(5,6)

4).- ASPECTOS CLÍNICOS

A) Definición Y Tipos De Aborto

Aborto es un termino que se refiere a la interrupción del desarrollo embrionario contado desde el primer día de la última menstruación hasta antes de la 20a. semana.

Noción Etimológica procede de la palabra abortas, de AB (sin) y Ortos (nacimiento) que equivale al mal parto, parto anticipado o lo nacido antes de tiempo, es decir que es la pérdida espontánea o provocada del producto de la concepción, antes de que sea viable.

Se ha establecido que el aborto es ovular cuando se presenta en el primer mes de gestación: embrionario del primer mes al tercer mes y se ha denominado fetal al que se presenta del tercer mes en adelante.

Noción Filosófica: Con criterio filosófico, se estima que el aborto es contrario a la moral y a la justicia, es decir la violación a un deber o sea la vulneración de la justicia absoluta o la ofensa a la voluntad de alguien o, como podría ser socialmente, el ataque de un derecho social, o un sentido biológico a la libertad de obrar, hacer, crecer o reproducirse.

Es necesario reconocer cómo el concepto filosófico del delito de aborto, poco tiene que ver con la realidad de la filosofía jurídica, Esa, fundamenta el derecho pero no elabora conceptos particulares, es decir, el aborto como noción filosófica

se concibe como el quebrantamiento de un deber como la violación de un derecho, o sea, es un concepto que atañe a la ética, esto quiere decir que es substancialmente diferente del concepto jurídico, como podríamos afirmar que el deber y el derecho jurídico: El primero es creado por la conciencia universal y el segundo por la ley.

Por lo que podemos concluir que, desde el punto de vista filosófico, el aborto es la privación provocada de la vida en la preñez, negando así el derecho legítimo de nacer.

Noción Médica en virtud de que el término "Aborto" es en rigor un término médico, circunscrito a la especialidad de obstetricia, y los códigos penales suelen apartarse de la definición científica de la medicina, es aconsejable, en primer término, definirlo desde el punto de vista de la obstetricia, y después conceptualizarlo médico y legalmente. En obstetricia, se entiende por aborto la expulsión del producto de la concepción cuando no es viable, es decir dentro de los seis primeros meses de embarazo.

Dentro de los estudios de medicina que sostienen este criterio, se encuentra el profesor Dr. Raymond Mahón de la UNIVERSIDAD de burdeos Francia, pues él sostiene que el aborto consiste en la interrupción del embarazo antes de que el niño sea viable en potencia, es decir se haya constituido como ser humano, que clinicamente consiste en que el feto no tenga más de 180 días de vida intrauterina.

En cuanto a la expulsión del producto de la concepción dentro de los tres últimos meses, se considera como parto prematuro ya que, después del sexto mes de preñez, ya hay vitalidad. Esta definición médico legal no considera la hipótesis de que el producto de la concepción muera sin ser expulsado.

Desde el punto de vista médico, se observa que hasta las 10 semanas de gestación el aspecto del producto de la concepción es claramente humano (a partir de este momento ya no se llama embrión sino feto).

Factor biológico cuando el mismo organismo de la mujer rechaza el cambio que se presenta en el mismo, como sucede cuando la mujer no tiene una buena alimentación o su físico no resiste las alteraciones sufridas; en el psicológico el aborto se presenta por temor a la maternidad y al parto o cuando algunos trastornos neuróticos graves, como consecuencia de un embarazo.

Provoquen una angustia tal que pudiera dar lugar a trastornos psicológicos graves.

Esta parte del proyecto es la de mayor peso, porque es donde se fundamenta y definen los términos que tienen vital importancia como aborto, depresión y teorías utilizadas.

TIPOS DE ABORTOS

Aborto Precoz: Hasta el fin de la 12a semana

Aborto Tardío: De la 13a semana a la 21 semana

Parto inmaduro: Si encuentre la 21 y la 27 semana

Prematuro: Si sucede en la 28 y la 37s Amenaza de aborto.

Se caracteriza por la aparición de signos premonitores de terminación del embarazo y expulsión del producto de la concepción; la siguiente signología más frecuente es el sangrado transcervical intrauterino, acompañado o no de contracciones del útero de poca intensidad generalmente no rítmicas ni progresivas y además no se presenta borramiento, ni dilatación del cuello de la matriz.

Aborto En Evolución

Se caracteriza por intensos signos premonitores de terminación del embarazo y expulsión del producto de la concepción; el sangrado transcervical de origen intrauterino es abundante, las contracciones del útero son fuertes energéticas generalmente rítmicas y progresivas y puede observarse un principio de borramiento y dilatación del cuello de la matriz.

Aborto inevitable

Se caracteriza por sangrado transcervical de origen:
intrauterino, generalmente profuso, contracciones intensas del útero rítmicas y progresivas, salida o no del líquido amniótico, con dilatación y borramiento del cuello de la matriz de diverso grado y profusión de una parte del feto, placenta o membrana a través del canal cervical.

Aborto Completo Habitual o Repetido

En el cual se efectuó la expulsión total de la placenta membrana y feto. Aborto Habitual o Repetido. Es la ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos no debiendo intercalarse entre ellos embarazos a término, ni aún embarazos que hayan terminado prematuros.

Aborto Infectado

Es un aborto asociado con infección de los órganos genitales.

Aborto Séptico

Es un aborto infectado en el que hay diseminación de microorganismos y sus productos en el sistema circulatorio materno.

Aborto Temprano o de Principio

Es aquel que se verifica antes de concluir la 10a. semana o sea antes de 69 días contados a partir del primer día de la última menstruación

Aborto Tardío

Es el que se verifica 10a. semana y antes de concluir la 20a. semana

Aborto Diferido

El aborto Diferido es igual al aborto retenido u óbito inuterino. Es aquél en el que el embrión o feto muere en el útero pero el producto de la concepción es retenido en el útero por 8 o más semanas.

Aborto Inaparente o Dudoso

Es aquél cuya evolución ha sido desconocida, no apreciada y por regla general solamente se presenta un ligero sangrado transcervical de origen intrauterino sin ningún otro sintoma o signo.

Aborto Franco o Demostrado

Son aquellos cuya existencia es indudable, cuando se tiene complicaciones viables.

Aborto Complicado

Es en el que no se presenta patología como consecuencia del mismo.

Aborto Autoinducido

Es el provocado por la misma mujer embarazada, a través de automaniobras.

Aborto Inducido Repetido

Es aquél que supone la reincidencia en las acciones abortivas.

Dilatación y Raspado

Procedimiento utilizado entre la 6a y 12a, semanas de gestación: El procedimiento consiste en la dilatación del canal cervical con dilatadores graduados, procediéndose a la extracción del huevo con pinzas especiales para tal fin y completando la intervención con raspado con careta metalizada, requiere anestesia general o local (bloqueo paracervical) y se practica por personal médico entrenado, complicaciones: Desgarros del cuello uterino, perforación del útero, perforación con lesiones intestinales, hemorragia por perforación de retención de restos, infección.

Libros, los autores, ponen de manifiesto la magnitud del aborto clandestino, sin que sea posible tener estadísticas precisas, de todos modos, resulta evidente que este delito es uno de los de más alta cifra negra, ya que el número de renuncias sobre el aborto es escaso.(2)

B) Sintomatología Fisiológica De La Depresión

La tristeza es la característica capital del estado de ánimo. El llanto se da con cierta frecuencia de grado leve y moderado. Se enjuicia a sí mismo dentro de una gama de pensamientos que comprende desde la insuficiencia hasta la extrema culpabilidad. Si uno observa, el aspecto delata a los deprimidos ya que su postura

es inclinada y la actitud decaída, si alguna vez sonríe ser frío y superficial, esconden su desesperación detrás de un rostro afable e incluso sonriente.

A medida que se hace más profundo, tiene lugar una pérdida progresiva del interés por el aspecto y cuidado de la persona. Los vestidos aparecen arrugados, sucios e incluso las mujeres no utilizan cosméticos y el peinado es desalineado, también el retardo psicomotor implica una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales.

Para identificar un caso de depresión según Salomón 1976, es necesario observar los siguientes síntomas:

En el estado de ánimo se muestra tristeza con o sin llanto, y insatisfacción, abatimiento, humor abatido, acentuado, pesimismo, irritabilidad autodesvalorización.

En el área del pensamiento, pesimismo, culpabilidad, y también ideas de fracaso, pérdida de interés y motivación, atención y concentración labiales.

Existen alteraciones perceptuales en el juicio crítico de sí mismo y de los demás, memoria disminuida, lentitud en el pensamiento, ideas obsesivas.

En la conducta se muestra negligencia en el aspecto personal, retardo psicomotor; agitación y cambio en el nivel de actividades.

Existen trastornos somáticos, como pérdida del apetito, pérdida de peso, estreñimiento, alteraciones del sueño, dolores y males, alteraciones de la menstruación, pérdida de la libido.

Pueden mostrar conductas suicidas, ya sea pensamientos, amenazas e intentos en ocasiones.

Factores que dan Lugar a la Depresión

Cameron 1982, dice que los factores que causan una depresión son los siguientes:

- Pérdida de amor o apoyo emocional.
- Fracasos personales o económicos.
- Nuevas responsabilidades.

Estas pérdidas, abandonos, o desilusiones, perturban profundamente el equilibrio interno de la persona dependiente, produciendo abatimiento, hostilidad, y culpa.

La pérdida de poder, prestigio, propiedades o dinero pueden separar a la persona de fuentes importantes de apoyo moral y hasta material. En algunos casos ocurre

cuando las personas a través de los años ven perder su fuerza, salud, juventud, y belleza física.

El hecho de ir creciendo y madurando psicológicamente invita a la persona a tener nuevas responsabilidades o de la posibilidad de que las halla. En algunas el simple hecho de una promoción, un triunfo o un objetivo cumplido, las hace sentirse inconscientemente culpables; conscientemente se muestra orgulloso y feliz pero cae en una depresión.

Cameron da una explicación de que esta extraña contradicción es que esa victoria representa inconscientemente un triunfo sobre una figura paterna o una fraterna, a quien la persona esta suplantando.

Otra explicación es que la responsabilidad creciente deja más que nunca la satisfacción de una necesidad inconsciente de dependencia, amor, y protección.

C) Síntomas Físicos

La preocupación por la persona deprimida por si misma se expresa a menudo concretamente en una preocupación por su cuerpo y su salud física. La hipocondriasis constituye una manifestación más grave del mismo proceso, así mismo de cambios reales en el funcionamiento fisiológico.

La velocidad metabólica es más baja, su funcionamiento gastrointestinal es anormal, su boca está seca dándose cambios en toda la función del cuerpo. Las dolencias más corrientes comprenden dificultad para dormirse, el despertar

tempranamente, fatiga, pérdida, del apetito, estreñimiento, pérdida de la libido, dolor de cabeza, dolor de la nuca dolor de espalda. La elección de síntomas somáticos posee significado simbólico para el paciente.(7,VI)

5) SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS AL ABORTO

A) Clasificación de la Depresión

Los autores, libros psiquiátricos y psicológicos han clasificado a la depresión de varias formas, pero Frazier y Carr 1975, han generalizado esta clasificación.

Depresión Neurótica: Expresión depresiva debida en algunos casos a tensiones circunstanciales. Hay quienes afirman que un antecedente importante de estos enfermos es que tuvieron como experiencia significativa la distancia o separación de los padres cuando niños. No existe diferencia entre ésta y la depresión reactiva.

Depresión Psicótica: Contacto afectado con el mundo real. Retraimiento social burdo; se presentan frecuentes delirios (creencias falsas) y alucinaciones (falsas impresiones sensoriales) relacionadas con el cuerpo o las funciones orgánicas.

Depresión Endógena: no tiene causa evidente y surge en forma espontánea.

Depresión Exógena: Depresión precipitada por acontecimientos del medio ambiente, a las que responde el sujeto.

Depresión Reactiva: El sujeto ante una pérdida o acontecimiento doloroso, como un ser querido o situación económica. Se considera como normal, este tipo de depresión reactiva.

Bemporad y su compañero 1978, nos dan una clasificación diferente, y más extensa. Ellos dicen que las depresiones se dividen en primarias y secundarias.

Las Depresiones Secundarias; Son las depresiones con desórdenes neurológicos o psicosis orgánicas.

Depresión asociada con desórdenes endocrinos.

Depresión asociada con enfermedades orgánicas.

Depresión inducida por drogas.

Depresión esquizofrénica.

Componente importante y/o esencial de un síndrome. Y las primarias son aquellas que son producidas por algún desorden fisiológico.(12)

Leves (distónicas)). Carácter o personalidad

Depresión ansiosa.

Depresión con síntomas

Obsesivos

Depresión encubierta

Depresiones (Sínticas)

Depresión pura

Depresión en la psicosis

Depresiones depresivas

Depresión en la psicosis
afectiva.

Depresión infantil

Depresión del adolescente.

Depresión postpuerperal

Melancolía evolutiva

Depresión senil.

B).- Teoría Psicoanalítica del Estudio del Aborto

Abordar el problema del aborto, desde un punto de vista psicoanalítico permite conocer las implicaciones psicológicas que afectan a la mujer, a la pareja y a la familia; dada la situación social de la mujer en nuestros días.

Dada la importancia del tema que nos ocupa, resumiremos las palabras de la autora Diana Rosenfaig; " es fundamento y piedra angular del psicoanálisis, la postulación de motivaciones inconscientes de la conducta".

Tal postulación ha venido a explicarnos, como expresiones y proceder de los seres humanos, aparentemente desprovistas de sentido crítico se realizan inconscientemente.

Cuando nos referimos a la mujer en situación de abortar, (aborto provocado), se debe considerar que es una mujer que decide terminar con algo, el embrión o feto, que ella misma contribuyó a gestar. Con lo anterior podemos decir que el abortar, es una decisión consciente de la mujer, pero que también ha habido, en el hecho del embarazo, la otra voluntad, opuesta e inconsciente.

El aborto voluntario es consecuencia de un embarazo no deseado, por lo menos por uno de los integrantes de la pareja. Pero los motivos aducidos, situación social, desamparo de la madre soltera, problemas económicos, poca estabilidad en la pareja. Pero los motivos aducidos, situación social, desamparo de la madre soltera, problemas económicos, poca estabilidad en la pareja, dificultades por falta de vivienda, adecuada, interferencia con otros proyectos de la pareja, y

problemas de salud, no deben aceptarse todos como razonables ya que algunas veces esconden sus verdaderos motivos inconscientes.

A continuación se señalan algunos conflictos inconscientes que pueden llevar al aborto: El aborto puede resultar de una relación cuya motivación inconsciente no está resuelta para la mujer.

El resultado puede ser un embarazo y también puede llevar a que el hombre induzca a la mujer en el aborto. En todo embarazo se produce un cierto grado de pérdida, sobre todo en la mujer, que llega a identificarse con el feto. Es decir de volver a vivir la separación con respecto a la propia madre.

El aborto en todos los casos es una separación real, en la que se involucra el más alto nivel psíquico pone en juego la simbolización de lo que ha sido para la mujer su relación con los propios padres.

El núcleo del Complejo de Edipo sería en este caso, la tendencia de un pasaje al acto de algo no simbolizado.

En todo aborto debe considerarse dos protagonistas, el hombre y la mujer, y dos parejas de padre una por cada uno de los protagonistas. Marie Langer, nos muestra las características de las imágenes maternas castradoras: "se trata de madres frías calculadoras, dominantes, rechazantes. Julio Aray ha estudiado los perfiles más comunes del padre de parientes con abortos: un padre ausente

como padre (real o física, muerte divorcio, por distancia afectiva), presente como figura idealizada, débil en su presencia o un padre seductor.

No hay duda que la respuesta emocional de la mujer depende en gran parte o medida del concepto que tiene sobre si misma, de sus sentimientos inconscientes y conscientes hacia el embarazo, opinión o sentimiento hacia el hombre, de los motivos conscientes o inconscientes que la llevaron a permitir el embarazo y después el aborto.

Con respecto a los trastornos psicológicos no se trata de casualidades directas o que toda mujer después de un aborto, presente las mismas complicaciones. Si padecen síntomas postabortos, éstos tendrán como sintoma una historia particular, basada en la vida particular, Freud les llama influencias reciprocas de lo congénito, la historia personal y el trauma desencadenante, es decir, depender de la personalidad preaborto de la mujer y de la pareja, del significado específico que tuvo el embarazo y el aborto para ellos.

De acuerdo con la práctica psicoanalítica, los trastornos más frecuentes que pueden observarse en una mujer y que por lo tanto requiere ayuda psicológica son:

Hipocondría, fobias, neurosis del fracaso, disminución de procesos sublimatorios, deterioro del vínculo de la pareja y fracasos en general de todas las relaciones objétales.

En lo que concierne a los hombres, ellos presentan preocupaciones por su potencia o fertilidad, eyaculación precoz, fobias representadas a través del sueño.

Como se pudo observar a través de la información es más conflictiva la situación para la mujer, ya que sufre trastornos serios como: angustia, fobias (temor de quedar encerrada o aplastada), el temor de esterilidad o frigidez. Trastornos psicológicos, Freud las llama: influencias reciprocas de lo congénito, la historia personal y el trauma desencadenante. (2)

En algunos casos la mujer vive sus tendencias de expulsión hostil frente al niño, que para el inconsciente tiene el significado de excremento no valorizado mientras que en algunos tipos de dificultad de parto el niño es tratado, inconscientemente, como un contenido intestinal valioso, del cual la mujer no quiere separarse. (2)

C) Aspectos Psicológicos

Etiología de la Depresión

Sigmund Freud: comparó la depresión con un fenómeno que le es afín: el duelo. Cuando un niño pierde un objeto, sus tendencias libidinosas, desligan del objeto, "inundan" al niño y pueden crear pánico. En la "aflicción" el adulto ha aprendido a controlar esta inundación retardando el inevitable proceso de la pérdida. El vínculo con el objeto perdido está representado por los recuerdos.

La disolución del vínculo se va separando para cada uno de estos recuerdos, y esto requiere tiempo.

Freud llamó a este proceso "trabajo de duelo". La realización de este trabajo es una tarea difícil y desagradable que muchas personas tratan, además, de retardar, aferrándose a la ilusión de que la persona pérdida aún vive y postergando con ello el necesario trabajo de duelo. Una aparente falta de emoción en los casos de duelo puede deberse también a una identificación con la persona fallecida.

La ilusión de que la persona pérdida sigue viviendo y la identificación con la misma se hallan íntimamente relacionadas.

Toda persona en duelo trata de simplificar su tarea mediante la creación de una especie de objeto substitutivo dentro de sí mismo una vez que el objeto real ha desaparecido.

Utiliza para esto el mismo mecanismo que emplea toda persona que ha sufrido un desengaño.

Por tanto uno de los aspectos a considerar clínicamente. En el tratamiento psicológico de una mujer que aborta, es el nivel de apego y valoración que se depositó en el posible "hijo".

D) Consecuencias del Aborto

En la mayoría de los textos sobre obstetricia-ginecología y psiquiatría se ha encontrado que el aborto tiene consecuencias mentales en las mujeres y que muchas pueden derivar enfermedades psiquiátricas. Sin embargo estas afirmaciones no están suficientemente documentadas.

Hace ocho años se hizo un estudio o proyecto preliminar de investigación en el cual los psiquiatras de E.U y del extranjero expusieron resultados sobre enfermedades psiquiátricas después de los abortos. Casi todos indicaron que no se habían encontrado con alguna enfermedad psiquiátrica seria. Unos cuantos plantearon que sí habían encontrado enfermedad psiquiátrica pero sólo muy rara vez; y algunos de estos agregan que cuando el aborto seguía una enfermedad mental, no dudaban de que ésta habría ocurrido aun cuando no se hubiera practicado el aborto. (VIII)

Se realizó una reseña de estudios en Europa y Estados Unidos revelando una psicosis después del parto en cada quinientos nacimientos.

E) Depresión

Depresión es la pérdida de la energía acompañada de tristeza la depresión suele ser a la vez física y mental.

En el plano físico, produce un descenso de la actividad, una gran fatigabilidad, insomnios y un frenado de las funciones orgánicas como (estreñimiento, pérdida del apetito, etc.) Desde el punto de vista mental, se observa una disminución de

las facultades de atención, huecos de memoriaLa menor contrariedad parece insuperable.

Finalmente, es en los casos de depresión grave cuando se produce con mayor frecuencia el suicidio.

La depresión es una emoción compleja que incluye enojo ante la pérdida o abandono del objeto querido. El deprimido desplaza su enojo hacia personas substitutivas de las que espera que reemplazarán su pérdida y seguirán satisfaciendo sus necesidades. La proyección va acompañada de transiciones de tristeza y enojo.

A menudo los síntomas somáticos son más aparentes en la depresión. Aquí el síntoma en sí no tiene un significado, no hay traducción literal en el trastorno, sino que es a través del cuerpo. Estos pacientes van al médico a causa de síntomas físicos y de dolencias hipocondríacas. Niegan el término depresión pero aceptan sentirse agotados, preocupados y fatigados a causa de su salud física.

La mujer sola no es capaz de determinar las consecuencias del aborto, es una intervención que puede implicar alcances desfavorables tanto físicos como psíquicos, y en toda ocasión se debe tener en cuenta los sentimientos emocionales e ideológicos de la persona, debiendo de abordarse todos los aspectos depresivos, para su tratamiento. (11,1)

Características Clínicas: Los síndromes depresivos implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción de procesos de pensamiento,

espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos que resultan aumentados por precaución hipocondriaca.

Estas características clínicas de la depresión se hallan vinculadas con el sentimiento La "pérdida" para la que existen dificultades de superar, pero asociada al significado particular que ésta pérdida supone para cada paciente

F) Culpabilidad

Para el Psicoanálisis, la culpabilidad radica en el hecho psicológico , del reproche inconsciente a una motivación del sujeto.

Dentro del concepto de culpabilidad encontramos como sus elementos siguientes: las formas de culpabilidad, que constituyen la referencia psíquica entre la conducta o hecho y su autor.

Normalmente las distintas formas de culpabilidad se establecen en relación a un acto que puede ser transgresivo o de tipo delictivo, o en relación a una intención que luego resulta excesiva para el sujeto.

En el caso del aborto existen elementos para sospechar de culpabilidad como una de las afecciones resultantes.

Como siempre, esto ocurre en función de cada caso y en cada circunstancia. Aunque esta tesis no se dirige específicamente a la culpa sino a la depresión, ambas se encuentran articuladas (ver resultados).

El Doctor HONG: entrevistó a 3400 mujeres casadas, de estas 743 informan que se habían hecho practicar abortos inducidos en el pasado sin ningún remordimiento o sentimiento de culpa persistente. Una tercera parte de ellas sintieron alguna culpa inicial, la cual desapareció; las dos terceras partes no sintieron culpa alguna en ningún momento. Sintieron, al contrario que un peso les había sido quitado de sus hombros.

KUMMER: Estos descubrimientos coinciden en gran medida con los del mundo occidental. La mayor parte con las reacciones de culpa son inestables y pasajeras y no deben considerarse como enfermedad psiquiátrica seria.

ROSEN; Lamentablemente, poder llegar a una conclusión se complica por la posibilidad de que cualquier culpa que sienta la paciente después del aborto se verá intensificada por los procedimientos administrativos asociados con el permiso para tener un aborto. Esta culpa se verá minimizada cuando sea un solo especialista el que haga la recomendación. (VIII)

G) Afecto

La persona deprimida experimenta un descenso de su estado de ánimo. Lo describe como tristeza, melancolía o desesperación además de destacar un aspecto particular hablando de angustia, tensión, miedo, culpabilidad, vacuidad o

anhelo. Pierde interés por su vida, sus apetitos se reducen antes de su conducta manifiesta se vea afectada como el comer, el sexo y la diversión son realizadas con poco entusiasmo y a medida que la depresión progresa, acaba sintiendo indiferencia por aquello que anteriormente le producía placer.(7.VI)

La ansiedad aparece como síndrome corriente en determinados síndromes depresivos, ya que es la respuesta psicológica al peligro, y se ve a menudo cuando el individuo tiene la impresión de que se está perfilando una amenaza contra su bienestar. En coacciones la ansiedad y la agitación podrán convertirse en una característica crónica.

En las depresiones crónicas, la ansiedad podrá desaparecer y esta reemplazada por la apatía y el retraimiento; el paciente apático no realiza esfuerzo alguno para ayudarse a sí mismo y solicita poca simpatía y asistencia de los demás sin embargo el retraimiento le protege del dolor de sus propios sentimientos internos.

La despersonalización podrá desempeñar una función defensiva similar en estos depresivos más agudos, el paciente ya no sigue experimentando sus reacciones físicas o emocionales como parte de sí mismo y en esta forma, se protege de los sentimientos dolorosos.

El enojo es así mismo manifiesto en el efecto de los pacientes deprimidos, se refleja cuando el paciente dice que no le quieren y que se le trata mal; en otros casos es más sutil, y los sentimientos del paciente entristecen la vida de los que le rodean.

H) Pensamiento

La persona deprimida está preocupada consigo misma y con su estado, lamentándose de su infortunio y del afecto de éste sobre su vida. Recuerda su pasado y se siente llena de remordimientos al imaginar diversas soluciones a sus problemas que implican la intervención de alguna fuerza omnipotente, aunque tiene pocas esperanzas a que tales soluciones lleguen. Sus pensamientos son estereotipados y prestan un color monótono a la conversación.

El paciente se dice a menudo mucho mejor de lo que se siente en realidad. No solo está trastornado el contenido mental del paciente, sino que sus procesos cognoscitivos están también deformados; sus pensamientos están disminuidos en cantidad y, aunque pueda ser sensible, el paciente muestra poca iniciativa o espontaneidad. Responde a preguntas pero no ofrece nuevos datos o temas, comprende lo que se le dice y contesta apropiadamente, pese a que su pensamiento sea más lento y su lenguaje pueda ser imperfecto e inseguro. (7,VI)

I).- LA CONDUCTA

Relaciones Sociales

La persona depresiva anhela el cariño de otros, pero deja depender, en una forma que recompense a la otra persona. Podrá aislarse, sintiéndose incapaz de buscar a los demás o sólo buscar amigos y compañeros para enajenarlos con su aferramiento y la constante preocupación de sí mismo. Por temor al rechazo realiza esfuerzos para ser aceptado, ésta conducta es frecuente en los pacientes puesto que se preocupan por disimular su agresión y conquistar la simpatía los demás.

En los estados depresivos tempranos o moderados, la persona busca amigos y aumentar su actividad social para distraerse de su dolencia, podrá ser un compañero sincero, pero subordinar sus propios intereses y deseos a los de la otra persona. Aunque experimente sentimientos de envidia y enojo hace todo lo posible por ocultarlos. Al empeorar la depresión se retrae en sí mismo, tendrá la idea de constituir una carga para los demás, sufre en silencio con un sentimiento de autocrítica culpable.

Las depresiones pueden ser psicóticas, neuróticas y la llamada congoja normal.

Depresión Psicótica: Los síndromes depresivos psicóticos, especialmente del tipo involutivo se clasifican en agitados y retardados.

El paciente agitado da una impresión de ansiedad intensa, pero los rasgos de su cara y el contenido de sus pensamientos revelan su depresión.

El paciente retardado muestra inhibición de la actividad motora, si habla o se mueve, lo hace lentamente, fatigosamente y por poco tiempo.

La Depresión Neurótica: el paciente neuróticamente deprimido sigue funcionando en el mundo real y sus sentimientos depresivos son o moderados o parecen apropiados a los precipitantes externos, sigue reconociendo las realidades del mundo que les rodea y va mejorando gradualmente en un periodo de semanas o meses.

La Congoja Normal: el individuo acongojado responde a una pérdida real e importante con sentimientos de tristeza y un retraimiento pasajero de interés en otros aspectos de la vida. Sus pensamientos están centrados en su pérdida, y

podrán pasar semanas o meses antes de que su interés por el mundo vuelva a su nivel anterior y él está en condiciones de desarrollar nuevas relaciones, susceptibles de llenar el vacío. El individuo afectado por congoja no padece disminución de amor propio, no se siente irracionalmente culpable, podrá tener algo de insomnio, pero los síntomas somáticos son moderados y pasajeros. Podrá sentir que su mundo a llegado a su fin, pero sabe que se recuperará y saldrá bien de sus problemas.

La congoja es un estado autolimitado que raramente se prolonga más allá de 6 meses y generalmente se calma rápidamente en unas pocas semanas; pero si la persona se siente culpable o personalmente inapropiada se habla de un síndrome depresivo.

J) Síndrome Depresivo.

Pérdida: La pérdida de un objeto amado es el precipitante más corriente de la depresión. Esta pérdida suele ser la muerte o la separación de una persona querida. En otros casos se trata de una pérdida psicológica interna resultante de síndrome depresivo.

La perspectiva de que uno va a ser rechazado. Transcurren en ocasiones días, semanas o años entre la pérdida real y la respuesta depresiva; en estos casos el paciente ha negado la pérdida o su efecto sobre él y, por consiguiente ha evitado su respuesta emocional.

Las llamadas depresiones de aniversario se basan en un mecanismo similar. Una estación o fecha concretas se asocian inconscientemente a un sentimiento de pérdida en la vida temprana del paciente. Así mismo, todas las reacciones depresivas adultas ponen de manifiesto sentimientos que pueden rechazarse hasta la niñez temprana.

Amenazas al Amor Propio y a la Confianza en si Mismo Se refiere a las representaciones mentales de uno mismo, al igual que la representación de objetos o personas, y se utiliza el término "confianza en si mismo" para describir la imagen de una persona y de su propia capacidad de adaptación. Las disminuciones de la confianza y la estimación de uno mismo son síntomas de depresión. La ruptura de una relación con alguna persona crea una amenaza para la fuente del abastecimiento narcisista, del cariño y de la satisfacción de dependencia del paciente. La depresión llevar a la ruptura de una relación con una persona que se había convertido en una extensión simbólica de la autoimagen del paciente, en este caso, la pérdida del objeto es equivalente a una amputación de una parte del propio ego del paciente.

Éxito: algunas personas se sienten deprimidas al obtener algún éxito, ya que llegan a tener la impresión de que no merecen el éxito y se sentirán incapaces, y también llegarán a sentirse culpables por cualquier conducta que favorece su propio adelanto.

K) Duelo

Duelo: el duelo se puede definir; son patrones de conducta secuenciales de las personas que han sufrido recientemente una pérdida causada por muerte o

abandono de otro psicológicamente importante. La adaptación a una pérdida debida a la muerte se desenvuelve a través de etapas predecibles. Kubler-Ross, propuso una serie de etapas psicológicas por las cuales pasa el paciente moribundo, las cuales deben considerarse como muestras representativas de las reacciones emocionales que experimentan los pacientes enfermos de manera terminal. Son 5 reacciones:

1.-Negación y Aislamiento; es la reacción inicial del paciente al negar lo que padece, sirviéndole como protección contra una sobrecarga emocional.

2.-Ira; el paciente se pregunta ¿porqué yo?, la ira se desplaza y se proyecta en todas direcciones tratando con hostilidad a todos pero no está realmente dirigida de manera intencional.

3.-Regateo: el paciente intento regatear el tiempo o la reducción del dolor, este regateo suele representarse con un pacto con Dios o con el destino. Representa una actitud infantil de que ser bueno puede ganar favores especiales para el paciente.

4.-Depresión: adopta dos formas; reactiva, o aflicción por las cosas ya pérdidas; y preparatoria, en donde el paciente va a perderlo todo y a los que quiere.

5.-Aceptación: cuando el paciente acepta lo inevitable de la muerte, disminuye su esfera de interés y se retrae hacia sí mismo.

Otros autores han descrito las etapas de aflicción o duelo. Parkes, señaló 5 etapas de duelo:

1.-Alarma: es en esencia una alteración refleja y fisiológica que ocurre cuando la tensión aguda excede al umbral de tolerancia de la persona.

2.-Embotamiento: es un mecanismo adaptativo de defensa que regula la entrada de la información dolorosa de modo que no sea abrumadora.

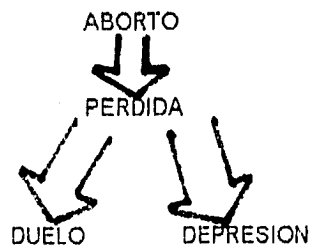
3.-Búsqueda: del objeto perdido, y se puede caracterizar por alucinaciones frecuentes de la persona fallecida y por comentarios como; "no puedo evitar verlo a pesar que sé que está muerto".

4.-Depresión: Los componentes de esta etapa se señalan como la sensibilidad a los estímulos, pérdida de interés por el mundo exterior y atención en los sitios del ambiente en que podría estar esta persona. Gradualmente la pérdida se vuelve más real y se establece la desesperación conforme disminuye la búsqueda del objeto perdido. Y es la etapa que se señala como un estado de alerta.

5.-Aflicción: y el pensar consiste en recuperación reorganización, y se caracteriza porque la persona busca nuevas finalidades.(7,VI)

Recapitulación

El aborto pone en juego 3 conceptos interrelacionados entre sí: la pérdida, el duelo y la depresión. Cuando existe dificultad para elaborar la pérdida, es decir el duelo, se presentan distintas modalidades de la depresión.



6) TÉCNICAS PSICOTERAPEUTICAS PARA LAS MUJERES QUE HAN ABORTADO

A) TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Técnica de Reestructuración de los Pensamientos.

Nosotros adquirimos nuestros valores, creencias y actitudes de las personas con quien nos asociamos, especialmente de nuestros Padres, Maestros y Compañeros, de los medios masivos de información y de una variedad de otras experiencias. De modo que se aprende a pensar y comportarnos de una manera específica ante determinadas situaciones.

Las técnicas de reestructuración de los pensamientos, se basa en el hecho comprobado de que nuestra forma de pensar, acerca de las personas o cosas influye en nuestro pensamiento hacia estas; de esta manera se establece una relación en la que; existe primero una situación, es el sentimiento resultado de ese pensamiento que va a efectuar la manera en que se comporta esta persona ante la situación.

Aquí aparecen las ideas irracionales, las cuales no surgen por si solas, sino que parten de una situación real a partir de la cual se pueden generar pensamientos que distorsionan esa realidad. De esta manera vemos que existe una estrecha relación entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento, en la medida en que nuestros pensamientos no sean los adecuados, nuestros sentimientos nos producirán problemas interpersonales

Si las mujeres que han abortado saben que los pensamientos determinan las emociones: si aprende a manejar sus pensamientos. Aunque existen factores externos que no se pueden controlar y que afectan de alguna manera, también se conoce que la forma de percibir estos factores contribuyen al comportamiento inadecuado. En este sentido, la técnica de reestructuración de los pensamientos servirá para identificar los pensamientos irracionales, comprender el porque de nuestra conducta inadecuada y proponer alternativas de pensamientos racionales que conducirán a un comportamiento más positivo.

La técnica consiste en entregar a la paciente una lista de ideas irracionales, de manera que ella vierta su versión de lo que piensa sobre la idea. Después el psicoterapeuta analiza el enunciado exponiendo problemas de la vida diaria y así concluir con las posibles ideas racionales como alternativas a las irracionales.

Técnica de Entrenamiento Asertivo

El objetivo primordial del Entrenamiento Asertivo (E. A) es el prever al cliente con una serie de repertorios pertinentes que le permitan reducir el nivel de ansiedad que se presenta en situaciones interpersonales, promover una comunicación más amplia y exitosa, expresar sentimientos positivos de amor y de aprecio, enfatizar sentimientos de autorespeto y dignidad al conformarse con otro. Estas son algunas de las situaciones en que resultan apropiadas las conductas asertivas.

La necesidad de un E.A. se determina de acuerdo a la frecuencia y circunstancias en que el individuo responde de una manera no asertiva o bien

agresiva, lo anterior se obtiene en una entrevista inicial con algunas preguntas básicas, para saber si toman ventaja de él fácilmente cuando interactúan con otros, si expresa abiertamente sus sentimientos o ideas en la mayoría de las circunstancias, si aprovecha o lastima a otros frecuentemente.

La severidad del problema de la persona es el determinante principal de la ubicación que se le dar para su tratamiento. Así en el caso donde el individuo generalmente no es asertivo resulta necesario un tratamiento individual; se recomienda que cuando se inicie el tratamiento individual se haga gradualmente y se trabaje en una situación de uno a uno. Cuando la persona posea formas

Básicas de interacción asertiva, se podrá integrar a un grupo y practicarlas.

El procedimiento a seguir es el siguiente:

Una vez que se ha llevado a cabo una evaluación del problema se ha determinado la necesidad de un entrenamiento en asertividad, así como si este se llevar a cabo de forma individual o grupal de proceder a formular una serie de pasos para que la persona adquiera el concepto de asertividad. La secuencia que a continuación se describe, va desde la presentación del concepto de asertividad, hasta una serie de ejercicios que facilitan la adquisición de este tipo de habilidades, claro que esta secuencia está sujeta a los cambios a los que el terapeuta considere pertinentes.

Para un entrenamiento individual se requiere lo siguiente:

Inducir al concepto de asertividad.

Discriminación entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas. Introducir el manejo de unidades subjetivas de malestar. Obtención de datos y construcción de jerarquías de conductas asertivas

(a través de las respuestas que se dan a diario en el tratamiento asertivo), Establecimiento de metas de tratamiento.

Entrenamiento en relajación.

Ejercicios tendientes a adquirir las habilidades verbales y no verbales propuestas en las metas de tratamiento y adquisición.

A continuación se mencionan algunas de las más utilizadas en entrenamiento asertivo, recordando que cada técnica se adecua a la problemática de la persona que la requiera.

Instrucciones

El individuo recibe una serie de recomendaciones acerca de su conducta antes de enfrentarse a una situación problemática.

Reforzamiento

En el entrenamiento asertivo, se enfatiza el principio de reforzar positivamente las respuestas asertivas con el fin de que se mantengan y fortalezcan.

La forma en que se administra es muy variada, por ejemplo auto-reforzamiento, administrado por el terapeuta, por personas significativas, y el reforzamiento intrínseco a la ejecución.

Información:

Consiste en un intercambio de información por parte del terapeuta y del cliente acerca de aspectos variados de la conducta y situaciones problema.

Asesoría o Coaching

El terapeuta le hace notar al individuo una serie de aspectos de su conducta con la expectativa de que se beneficiar su ejecución en el futuro. Se incluyen afectos o consecuencias favorables dentro de la explicación, si se respondiera de esta manera.

Retroalimentación

El terapeuta o coterapeuta proporciona información al cliente sobre aquellos aspectos verbales y no verbales de su educación durante el ensayo. Es de vital importancia que la retroalimentación se proporcione primeramente sobre los aspectos positivos de su ejecución y enseguida sugerir al cliente algunas mejoras convenientes en su conducta para el siguiente ensayo. Debe enfatizarse que de ninguna manera se harán comentarios de desaprobación que desalienten al individuo.

Para un Entrenamiento Individual

Identificar la situación que necesita atención.

Estructurar la escena con mayor exactitud posible.

Pedir al cliente visualice la forma como responde típicamente ante determinada situación.(ensayo cubierto).

Se describen algunos componentes básicos de la habilidad (coaching o asesoría).

El entrenador demuestra o modela.

Se hace una discusión para aclarar dudas

El cliente visualiza la misma situación y utiliza todos los componentes modelados posibles.

Se lleva a cabo un ensayo conductual abierto: Se repite el ensayo conductual hasta que el cliente emite la respuesta asertiva deseada.

Se discute acerca de su ejecución, se responde y corrige los problemas o dificultades que haya tenido durante su ejecución.

Se programa una tarea en el medio natural del que le permita ensayar la nueva respuesta que ha adquirido.

Para un Entrenamiento Grupal: Se puede seguir la misma secuencia formando grupos de tres personas en los que cada uno de los integrantes toma un papel. Ya sea el de asertor, recipiente o retroalimentador.

El Asesor.- Es la persona que esta llevando a cabo la conducta asertiva.

El Recipiente.- Es la persona con la que interactúa el asertor.

El Retroalimentador.-proporciona información acerca de la ejecución del asertor.

Los papeles se van intercambiando entre la triada, hasta que todos sus miembros han tomado los tres papeles.

En esta modalidad se propone también el uso de tareas.

Desensibilización Sistemática

La desensibilización sistemática (D.S.) se emplea fundamentalmente en aquellos casos tradicionalmente conocidos con el nombre de fobias, en las cuales el cliente manifiesta temores ante situaciones, objetos o eventos claramente especificados.

Se necesita de dos elementos en la conducta de la persona para poder emplear la técnica; en una respuesta de ansiedad, generalmente de carácter verbal, (temor, miedo, angustia), acompañada de sus correlatos fisiológicos (sudoración, respiración entrecortada) y conductas de escape y evitación y un estímulo específico sea claramente identificable y definible en términos físicos para trabajar.

El procedimiento a seguir tiene tres pasos:

- 1.- Determinar si el cliente es buen candidato para la desensibilización sistemática.
- 2.- Explicar al cliente la lógica de la técnica.

3.- Implementación de la técnica. Por ejemplo; para aplicar la técnica de desensibilización

Sistemática se requiere de, en caso de fobia: que la fobia sea irracional, que no sean demasiadas fobias, que el cliente se pueda relajar y pueda visualizar nitidamente escenas en la imaginación.

Terapia Racional Emotiva.

Suponiendo que los individuos perturbados emocionalmente actúan de modo irracional e ilógico, las cuestiones más relevantes que se plantean desde un punto de vista terapéutico son:

- a) "Cómo se originó el proceso que los llevó a ser ilógicos?"
- b) "Cómo perpetuo su pensamiento irracional?"
- c) "Cómo se les puede ayudar a que sean menos ilógicos y neuróticos?"

Existen reacciones emocionales, saludables y gratas. Algunas personas pueden estar sin amor, sin apasionarse al arte, a la música, sin conocer que son alegrías éxtasis o deleite. Pero " ¿quién podría vivir a tales circunstancias?. La vida esta formada por tristezas, alegrías, malestar, goce; Una existencia desprovista de cierto grado de emoción, de esfuerzo, de búsqueda, anhelos y deseos, con todo riesgo que comporta tales procesos emocionales, aconativos y cognitivos, sería tremendamente sombría o inhumana.

Para la aplicación de esta técnica es importante que el terapeuta continuamente observe verbalizaciones autodestructivas y el pensamiento ilógico en el pasado, pero sobre todo las del presente a través de : llamar la atención del paciente sobre ellas o sacarlas a su conciencia;

Enseñarle cómo le causan y mantienen su perturbación e infelicidad;demostrarle exactamente cuales son los vinculos ilógicos de sus frases y otras similares, de forma que sus pensamientos interiorizados lleguen a ser más lógicos y eficaces. El procedimiento de esta técnica que se presenta a continuación a grandes rasgos, aclarando que está sujeta a posibles cambios.

El terapeuta puede iniciar dando una breve introducción acerca de los principios de esta técnica. Se proporcionan. Ejemplos acerca de ideas irracionales y racionales, pidiendo al paciente de una secuencia irracional o racional; aprender varias de las ideas irracionales básicas de la cultura occidental; aprender cómo desarrollar pensamientos racionales adecuados en situaciones específicas, en este caso, como se trata de personas que han abortado, ser la aceptación del aborto como una consecuencia de una situación conflictiva, la cual necesitaba solución. (2,4)

B) EL PUNTO DE VISTA DE LA PSIQUIATRÍA

Los psiquiatras, hasta hace muy poco tiempo, no han tenido mucho que decir sobre el aborto. Lo poco que se escribía descansaba demasiado sobre la teoría y no prestaba ninguna atención a todo intento de documentación. Los últimos 15 años han sido testigos de un principio por parte de los psiquiatras de lograr descubrimientos objetivos acerca del aborto.

Se podrían dividir los aspectos psiquiátricos relativos al aborto en dos categorías principales: la primera tendría que ver con los factores sociales y la segunda se referiría al individuo. Claro que existe una interacción de las consideraciones sociales e individuales, pero para los propósitos de una discusión, tratar, de aislar estas categorías y de discutir las separadamente.

Para empezar con los factores sociales; el aborto en realidad es una parte de las costumbres de nuestra sociedad, y la sociedad, hasta hace poco se ha negado tercamente a reconocerlo, el tabú alrededor del aborto parece estar más interesado en hablar de él que en el acto mismo. Es evidente que nuestras actitudes hacia el aborto se derivan directamente de las actitudes prevalecientes con respecto al sexo en general. Se podría comparar esto fácilmente con la actitud de la sociedad hacia la masturbación: nadie puede negar el hecho de su extendido arraigo ni tampoco negar el poderoso silencio que lo rodea. El aspecto de tabú del aborto ha tenido ciertas implicaciones curiosas. El número de abortos atestiguan que son parte de nuestras costumbres sociales y muestran sus ataduras a nuestros tabúes sexuales. En este país se ha estimado que ocurre un aborto por cada cuatro nacimientos:

De ninguna manera esto es pura casualidad. Otros resultados dados a conocer por el instituto Kinsey proporcionan nuevos y útiles conocimientos: una de cada tres o cuatro mujeres que tenían hijos había tenido uno o más abortos. Mientras más alto el nivel de educación, mayor la tendencia a procurar un aborto. Así se encontró que las mujeres blancas y negras no casadas, con educación universitaria, tenían la más alta proporción de abortos, más del ochenta por ciento de todos los embarazos.

Todavía del lado social, moviéndonos hacia un punto de vista más general, el aborto ha sido practicado en toda sociedad desde tiempo inmemorial y por todas las razones posibles. Principalmente, el aborto ha tenido que ver con dificultades económicas, un esfuerzo desesperado de control de natalidad antes del recirme infanticidio. En gran medida, en algunos de los países subdesarrollados industrialmente, el aborto sigue siendo la forma de control de la natalidad.

Utilizada con más amplitud. Aun en las naciones más avanzadas económicamente hemos notado que la incidencia del aborto está correlacionada indirectamente con la disponibilidad de controles de la natalidad.

Para enfocar la cuestión ahora sobre el individuo, permítaseme volver brevemente a la teoría del instinto desde el punto de vista del individuo. puede parecer paradójico el referirse al aborto como tendencia instintiva. Los instintos generalmente se refieren a la autopreservación del individuo o de la especie.

Hace ocho años comencé un proyecto preliminar de investigación en el cual preguntaba a psiquiatras del extranjero y de este país si encontraban enfermedades psiquiátricas después de los abortos. Casi todos los que respondieron indicaron que nunca se habían encontrado con enfermedad psiquiátrica seria alguna después de un aborto. Unos cuantos respondieron que si habían encontrado enfermedad psiquiátrica después de un aborto pero sólo muy rara vez; y algunos de estos agregaron que cuando el aborto seguía una enfermedad mental, no dudaban de que ésta habría ocurrido aun cuando no se hubiera practicado el aborto.

La conclusión a la que se llegó es que el aborto, lejos de precipitar la enfermedad psiquiátrica, es, al contrario, en realidad una defensa contra tal ocurrencia en las mujeres susceptibles de enfermedad mental. Otra de las conclusiones a la que se ha llegado es que el aborto ha sido de tal modo un tema tabú que la mayoría de la gente entra en contacto forzado con el tema del aborto por primera vez al considerar las leyes sobre el aborto terapéutico. he observado que, dada la oportunidad de tratar la cuestión del aborto abiertamente, la mayoría de los individuos invariablemente llega a dos conclusiones: que ninguna mujer debe ser forzada a llevar un embarazo obligatorio y ha tener un hijo no deseado; y que ninguna criatura debe ser forzada a nacer sin ser deseada ni amada. Se puede decir que inconscientemente todos tendemos a identificarnos en el feto y así naturalmente rechazamos la idea de que nuestras madres quieran deshacerse de nosotros. Entresacando de la miríada de otros factores inconscientes, volvamos al concepto tradicional mencionado al principio, el de identificar el aborto con el asesinato. Nuestra civilización se basa en nuestra represión de los impulsos asesinos. Nosotros en el arte de curar, hemos encontrado técnicas especiales para negar, desplazar y sublimar nuestros profundos impulsos hostiles. Cualquier cosa que amenace con deshacer estas defensas despierta ansiedad en nosotros si reaccionamos ante ello. La mujer que pide un aborto nos confronta con nuestros sentimientos asesinos profundamente

Enterrados, haciéndonos sentir muy mal, tanto así que nos induce a querer vengarnos de ello. No cabe duda de que el aborto representa un trauma psicológico para la que aborta, y a muchos niveles; después de todo, sus sentimientos asesinos no están menos amenazados de exponerse que los de su médico. Inconscientemente ella visualiza el aborto como la castración, la mutilación y la destrucción de su mismo ser. De igual manera, no se puede negar la incomparable satisfacción que llega a las mujeres con la profez, el dar a luz y

la maternidad, vista universalmente como el epitome de la realización para la mujer que está suficientemente bien física y emocionalmente.

En las raras ocasiones en que una enfermedad psiquiátrica sigue a un aborto, el aborto no debe ser considerado como la causa básica, sino más bien como una tensión precipitante. El tipo de enfermedad que ocurre depende de la personalidad y susceptibilidad de la paciente. Al considerar cierta paciente para un posible aborto terapéutico debemos pensar los peligros de un trauma psicológico, que hasta ahora han mostrado ser mínimos, contra aquellos que emanan de la preñez, el dar a luz y aun criar a los hijos. Parece ser que el embarazo y el parto ejercen tensiones mucho mayores que el aborto sobre las mujeres susceptibles de enfermedad mental. La incidencia de enfermedades psiquiátricas después de abortos es mucho menor de lo que nos han hecho creer, particularmente cuando tomamos en consideración la cantidad de abortos que se realizan (VIII)

7) METODOLOGÍA

A) ANTECEDENTES ACADÉMICOS

Como antecedentes académicos de la investigación en este tema encuentran una tesis con el nombre de: Consecuencias Del Aborto en Mujeres Jóvenes.

Rosa Alonso de la Cruz Realizada en 1990, en la UNAM. facultad de Psicología. Esta Tesis Trata el tema de las mujeres que realizan un aborto, debido al número excesivo de hijos. Según la tesista las mujeres casadas católicas que oscilan entre la edad de 26 a 35 años de edad, no cuentan con apoyo familiar y es en ellas frecuente la disolución de la pareja, después de un aborto esto da lugar a reproches peleas crónicas y rupturas amorosas, Siendo otro elemento de la neurosis del fracaso, abarcando relaciones objétales.

El Aborto es utilizado por las mujeres para liberarse de una maternidad no deseada, la mujer esta en posibilidades de aceptar o no su maternidad.

Es necesario un cambio legislativo despenalizando el aborto durante los tres primeros meses de embarazo, donde no se pone en peligro la vida de la madre.

Si se permitiera el Aborto después de los tres meses de embarazo, ésto pondría en peligro la vida de la madre.

Otro de los antecedentes es la tesis con el nombre de:
El Aborto y sus Consecuencias Jurídico-Sociales en la Actualidad.
Laura Alicia Alva Robles
UNAM, Facultad de Derecho. Tesis:1989

Las mujeres más pobres son las más afectadas en este tipo de acontecimientos, las que tienen dinero suficiente logran un aborto en buenas condiciones.

La mayoría de la población es de escasos recursos económicos y son las que realizan prácticas primitivas de abortos siendo estos más peligrosos, poniendo a la mujer en riesgo de muerte.

Lo que debe enfatizarse es un derecho a nacer en un medio y en condiciones que permitan el pleno desarrollo de las facultades humanas.

La liberación del aborto debe ir precedida por una extensa campaña de planificación familiar, con asesoría médica, la mujer que aborta debe adquirir el compromiso moral de usar alguna forma de anticoncepción para lo cual es indispensable darle información y acceso a los anticonceptivos.

Para que la planificación familiar sea plenamente efectiva, es necesario que todos los métodos posibles de control están a disposición de la pareja y el aborto (como procedimiento de emergencia) es indudablemente uno de ellos.

No es fácil delimitar la diferencia entre "querer" un hijo y "poder tenerlo". Por ello, deben considerarse como causas válidas las razones económicas y psicológicas. Y por último tenemos:

Estudio Comparativo de la Depresión Postparto

Patricia del Carmen Guerrero Chavez

UFM, Escuela de Psicología Tesis: 1994

Una de las clasificaciones empleadas para la Depresión Postparto encontrada en la literatura médica actual esta dividida en tres categorías:

- 1) Aflicción Materna (50 y 80% de ocurrencia en las madres)
- 2) Depresión Postparto 10%
- 3) Psicosis Postparto 10-20%

El diagnóstico obtenido por medio de la escala de Zung reporta un índice de 9.2% y 8.3% con valores de 48 y 45 respectivamente los cuales indican "desordenes de la personalidad", es decir que la mayoría de las mujeres encuestadas presentan depresión lo cual corresponde a la incidencia reportada por la literatura. (2,4,12)

B) JUSTIFICACIÓN

Lo que me motivó llevar a cabo este trabajo denominado: Consecuencias Psicológicas de las Mujeres que Abortan. Es ampliar la información que existe, ofreciendo a quienes se interesan en este tema, diferentes referencias que le den

la oportunidad de poder abordar, de cerca escritos serios, con un panorama, claro sobre el aborto y sus implicaciones normativas y prácticas en la atención psicológica a mujeres que abortan.

1.-Difundir información, académica,hospitalaria y práctica clínica de los profesionales de la psicología

2.-Ayudar a promover la necesidad de incluir la atención psicológica, como parte de la atención clínica.

C) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El interés fundamental de la tesis consiste en explorar y analizar los aspectos psicológicos implicados en el proceso interno y de interrelación objetal por el que atraviesan las mujeres que abortan.

Debido a que el aborto es lícito en un número muy limitado de casos, y que en su generalidad es ilegal, el conocimiento de dichos procesos psicológicos no han sido objeto de estudio pues el tratamiento y la ayuda psicológica a las mujeres que abortan, existe de manera muy limitada.

No obstante es necesario hacer una revisión de los aspectos psicológicos más relevantes que se presentan en la situación específica de las mujeres que abortan.

De donde se determina el diseño de la investigación.

Definición del tema de estudio

Estudio de Campo Clínico experimental

El trabajo es una investigación de tipo experimental;

En este tipo de estudio los investigadores manipulan las condiciones en el ambiente natural sin el conocimiento de los sujetos y con el fin de determinar su influencia sobre el comportamiento. Tiene validez externa e interna moderadamente elevadas.

A).- VENTAJAS:

Le brindan al Investigador la oportunidad de manipular y controlar los factores en los escenarios de investigación natural.

Tiene mayor validez externa en comparación al estudio de laboratorio.

Hay naturalidad de la respuesta de los sujetos

Permite al investigador explorar nuevos problemas, que luego se pueden estudiar más rigurosamente en el laboratorio.

B).- LIMITACIONES:

La principal es que no permite el nivel de control experimental.

Pueden carecer de validez interna los trabajos en comparación con los estudios de laboratorio.(18)

D).-HIPÓTESIS

Es la explicación tentativa que da respuesta al problema planteado estableciendo la relación entre las variables involucradas, esta sujeta a comprobación por medio de los resultados que arroje la investigación.

Las hipótesis se plantean de manera afirmativa sin manifestar juicios de valor.

La formulación de hipótesis debe apoyarse en conocimientos organizados y sistematizados en donde se hará una relación entre dos o más variables, para explicar y predecir un fenómeno, se puede decir que este apartado es el enlace entre el saber que ya existe. Y el que se busca, el conjunto de hipótesis validas conducen a la formulación de leyes, las cuales al validarse a su vez forman la teoría y el conjunto de teorías que forman el conocimiento científico, generalmente se manejan 3 tipos de hipótesis:

Hipótesis de trabajo: Es la explicación tentativa del problema.

Hipótesis nula: Es una proposición que niega la relación existente entre las variables.

Hipótesis altera: Es una proposición que trata de explicar un fenómeno planteado, es decir lo que se pretende encontrar. Esta debe ser una proposición afirmativa.

H1: Existe una diferencia significativa en las Consecuencias psicológicas (Depresión) de las mujeres que abortan.

H0: No Existe una diferencia significativa en las consecuencias psicológicas (Depresión) de las mujeres que abortan).

Variable Dependiente: Consecuencias Psicológicas.

Variable Independiente: Aborto; Según el estudio realizado existe un alto nivel de Depresión: En las mujeres que abortan.

En las pruebas que apliqué encontré que existe Depresión en las mujeres que abortan. (18)

E).-OBJETIVOS

Objetivos Específicos:

Son los que establecen la meta básica que se persigue en la investigación al plantear el problema a los alcances que tendrá esta.

Uno de los objetivos es que esta tesis sirva como referencia bibliográfica para las personas que se interesen en el tema.

Se investigó: Que si hay Consecuencias Psicológicas en las mujeres que abortan.

Las Consecuencias Psicológicas se mencionan con el fin de encontrar su causa o factores que las producen.

Otro objetivo es; promover la prevención del aborto.

Objetivos Generales:

Con el estudio de este trabajo se demuestra que las personas que han abortado, muestran diferentes reacciones porque en la investigación se encontraron diversos signos y síntomas, los cuales pueden ser tratados por medios psiquiátricos o psicológicos.

En otros casos se observó que no existen síntomas, ni daños emocionales ocasionados por el aborto.(18)

F).- POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población:Es la totalidad de los elementos que tienen las mismas características del objeto de análisis.

Muestra: Mujeres que hayan abortado por diferentes causas:

Una muestra se emplea cuando no se puede abarcar a toda la población teóricamente, una muestra es una parte de la población. Con los mismos atributos de esta.

Para este trabajo la muestra constó de: 48 mujeres que tuvieron uno o más abortos

Nivel socioeconómico; bajo y medio bajo
sexo; femenino

Objetivos Generales:

Con el estudio de este trabajo se demuestra que las personas que han abortado, muestran diferentes reacciones porque en la investigación se encontraron diversos signos y síntomas, los cuales pueden ser tratados por medios psiquiátricos o psicológicos.

En otros casos se observó que no existen síntomas, ni daños emocionales ocasionados por el aborto.(18)

F).- POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población: Es la totalidad de los elementos que tienen las mismas características del objeto de análisis.

Muestra: Mujeres que hayan abortado por diferentes causas:

Una muestra se emplea cuando no se puede abarcar a toda la población teóricamente, una muestra es una parte de la población. Con los mismos atributos de esta.

Para este trabajo la muestra constó de: 48 mujeres que tuvieron uno o más abortos

Nivel socioeconómico; bajo y medio bajo
sexo; femenino

Edad; de 15 a 35 años
estado civil; casadas, unión libre, solteras
Grado Estudios; primaria, secundaria, preparatoria, licon.

En este caso fue una situación hospitalaria de mujeres que abortan con un número de 48 ¿ por qué es esa cantidad ? porque el Hospital General de México proporcionó las facilidades que de otra forma no serían accesibles.

Criterios:

- a).- Inclusión: Son las características de las pacientes que cumplen con la descripción de la muestra.
- b).- Exclusión: Son todas las mujeres que no cumplen con las características descritas en la muestra.
- c).- Eliminación: Es cuando alguna persona no cumple con las características requeridas se tendrán que quitar.

G).- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente; VI: Aborto Es un hecho biológico que tiene consecuencias, psicológicas e implicaciones, sociales, familiares, culturales y clínicas.

Variable Dependiente; VD: Consecuencias Psicológicas Son el conjunto de signos y síntomas que presenta una mujer después del aborto, de origen emocional. (18)

H).-PROCEDIMIENTO

Realice en el Hospital General de México una investigación por medio del siguiente procedimiento:

1).- Contacto Inicial: Incluye la presentación y establecimiento de rapport con la paciente, siendo en total 48 casos.

2).- Objetivos de trabajo con la paciente: con la información que la paciente me dio, encontré la respuesta a las preguntas de la tesis, por ejemplo si hay depresión cuando la mujer aborta, como se sintió en ese momento preciso de su aborto, las causas por las cuales abortan, cuales son los factores que hacen que la mujer tenga que llegar a esa situación, y tener que utilizar el aborto como un método de control natal.

3).-Inicio de las entrevistas: Al principio preguntarle si sabía algo alrededor de su aborto, si tenía alguna información que hubiese leído acerca de su problema.

En general todas las mujeres que entreviste, observe en ellas un cierto nerviosismo al principio, en la mayoría de los casos se soltaban a llorar, y cuando se aguantaban los ojos se les enrojecían, y no podían hablar claramente, pero minutos después se iban calmando y cuando íbamos a la mitad de las preguntas se tranquilizaban, y empezaban a hablar hasta cosas que no les había preguntado.

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

4).- Cierre y Despedida: en varias ocasiones me comentaban que al hablar de su aborto sentían que habían descargado la tristeza, su emoción y todo lo que sentían que era una mezcla de diferentes sentimientos, como son: llanto, culpa, dolor, tristeza, remordimientos, nerviosismo, miedo y un número limitado se sentían bien.

5).- Elaboración de Resultados: Estos tests que califique son para medir el estado de depresión de las pacientes, cuando los empecé a calificar me di cuenta que los resultados eran similares a lo que observe con el cuestionario que aplique y que lo que había encontrado en la entrevista, era semejante a los resultados de la teoría investigada por algunos autores.

INSTRUMENTOS: Los instrumentos utilizados son un cuestionario de 45 preguntas, que se aplicó a las 48 pacientes, de estas preguntas contestadas, se seleccionaron 25 de ellas siendo las más ricas en información, revisadas de nuevo por los asesores del hospital y de la UNIVERSIDAD, de esta forma se realizó el cuestionario, y se aplicó, paciente por paciente.

Se llevó a cabo la aplicación de 2 tests, los cuales la asesora del hospital me facilitó, y me apoyó en todo momento, tanto en el momento de realizarse el trabajo, como cuando lo terminé.

Los tests son: Dr Guillermo Calderón Narváez, y el test del Zung.

1).-RECURSOS UTILIZADOS

1).- HUMANOS

Pacientes que hayan abortado, acceso de expedientes e historias clínicas de los pacientes Asesoría utilizada de Médicos, con quien convivi, La Psiquiatra: Hèbe Serrano Fuentes; Jefa del Área de Psiquiatría. Es uno de los primeros contactos, que tuve en el hospital, más tarde me presento con el Jefe de Ginecoobstetricia. Dr. Antonio Carrillo Galindo, el me llevó al área de ginecología. la Dra: Auxiliadora Arellano Carrillo Médico de base, donde trabaje con los pacientes, tuve un poco menos de contacto Con el jefe de Admisión el Dr: Alfredo Miranda Granados, pero que también me oriento en cierto momento, puso su granito de arena para seguir adelante en mi trabajo La Doctora Auxiliadora es una persona que me ayudo a saber cuales eran las pacientes que tendría que entrevistar, el problema de enfrentarme a las pacientes fue una experiencia muy agradable, y encontré una satisfacción al realizar este tipo de investigación, era un poco cansado, pero cuando termine me sobraron muchas ganas de seguir, aunque hay un ambiente en el hospital muy rígido para los Médicos en general y para los pacientes, el trato que se les da a las personas es de una frialdad común.

2).- INSTALACIONES: Un consultorio Médico, lo solicite con el fin de que nadie escuchará las preguntas que tenía que realizar, cuando me di cuenta que ni los Médicos de esa área tenían consultorios, que atendían a los pacientes en una sala donde había 10 camas casi juntas, y ellos trabajaban parados todo el tiempo, tanto jefes como residentes, al igual que los de servicio y los que realizan ahí su internado, no me quedó más alternativa que adaptarme a esa situación donde llegan mujeres quejándose de dolores intensos y que por más fuerte que se hable, en ocasiones no se escucha porque son pocos Médicos para un

conjunto de pacientes que no paran de haber en ningún momento, y que huele a todo menos a limpieza.

3).- EQUIPO: Se utilizó una computadora, una Impresora, Papel para imprimir, cuadernos para anotar los resultados de los tests, folders, marcadores, etc.

4).- MATERIAL DE APLICACIÓN:

a).-Se trabajo con un cuestionario de 45 preguntas (anexo 1)

b).-Se seleccionó una lista de 25 reactivos de las 45 preguntas y se le nombró (anexo II)

c).-Se utilizó un test del Dr: Guillermo Calderón Narváez para medir (Depresión)

d).-Se ocupó otro test con el nombre de Zung. Este test fue un apoyo más para comprobar si existía (Depresión)

**8).-RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS
DEL CUESTIONARIO N=48**

1.- ¿ Que tipo de información conoce usted sobre el aborto ? RESPUESTA FRECUENCIA %

Ninguna	36	75
Alguna	12	25

2.- ¿ Considera que las mujeres deben ser apoyadas legalmente si toman la decisión de abortar ?

SI	18	37.5
NO	30	62.5

3.- ¿ Ha conocido ha alguien más que haya pasado por esta experiencia ?

SI	18	37.5
NO	30	62.5

4.- ¿ Podria relatarnos usted como llegó a esta situación ?

Accidente	48	100
Provocado	0	0

5.- ¿ Como considera su estado de ánimo de este proceso?

Depresión	28	58.35
Culpabilidad	7	14.6
Ambas	8	16.66
Bien	5	10.41

6.- ¿ Considera usted necesario el apoyo psicológico en esta situación ?

SI	28	58.33
NO	20	41.66

7.- ¿ Comunicó usted esta decisión a familiares cercanos?

Pareja	12	25
Padres	23	47.91
Ambos	9	18.75

	ninguno	4	8.3
8.-	¿ Se siente satisfecha de la relación que lleva con su pareja ?		
	SI	21	43.75
	NO	27	56.27
9.-	¿ Se considera usted una persona nerviosa ?		
	SI	28	58.33
	NO	20	41.66
10.-	¿ Que tipo de preocupaciones ha llegado ha tener ?		
	Aborto	19	39.58
	Económico	29	60.41
11.-	¿ Qué sabe de la infertilidad en mujeres que han abortado ?		
	Sabe Algo	29	60
	No Sabe Nada	19	39.58
12.-	¿ Ha tenido necesidad de un tratamiento psicológico después de algún aborto ?		
	SI	0	0
	NO	48	100
13.-	¿ Cuando tuvo algún aborto, la apoyó su pareja ?		
	SI	21	43.75
	NO	27	56.25
14.-	¿ Al llevar a cabo el aborto, ha cambiado la relación con su pareja ?		
	SI	25	65.68
	NO	13	34.22
15.-	¿ Cuando realizó el aborto tuvo apoyo familiar?		
	SI	32	66.66
	NO	16	33.33

16.- ¿ Tuvo influencia de alguna persona para llevar a cabo el aborto ?

SI	0	0
NO	48	100

17.- ¿ Usted tuvo la idea de abortar o se la propuso alguien más?

Accidental	25	52.08
F de Cuida	23	47.91

18.- ¿ Ha tenido conflictos con la figura paterna o materna ?

SI	36	75
NO	12	25

19.- ¿ Con quién de los padres ha tenido más conflicto ?

Padre	23	47.91
Madre	18	37.5
Ninguno	7	14.58

20.- ¿ Conoce usted alguna institución donde se brinde ayuda psicológica a las mujeres que abortan ?

SI	0	0
NO	48	100

21.- ¿ Le gustaría que existiera algún lugar donde se pudiera orientar sobre esta decisión que toma mujer de abortar ?

SI	43	89.58
NO	5	10.41

22.- ¿ Si supiera de algún lugar usted acudiría ?

SI	39	81.25
NO	9	18.75

23.- ¿ Recuerda haber tenido pérdida de interés por el sexo ?

SI	25	52.08
NO	21	43.75
No Saben	2	4.16

24.- ¿ Considera que ha partir de este aborto su vida ha cambiado de manera importante.?'

si	32	NO	16	33.33
----	----	----	----	-------

25.- ¿ Que piensa usted sobre la prohibición del aborto?

Prohibido	38	79.16
Legalice	10	20.83

Se consideró que las preguntas ideales son 25 con un coeficiente de confiabilidad de 0.60, fueron elegidas por los asesores del hospital como por los asesores de la UNIVERSIDAD, los asesores del hospital fueron 4 mientras que fuera del hospital fueron 4 más con estos datos se hará una integración final de resultados.

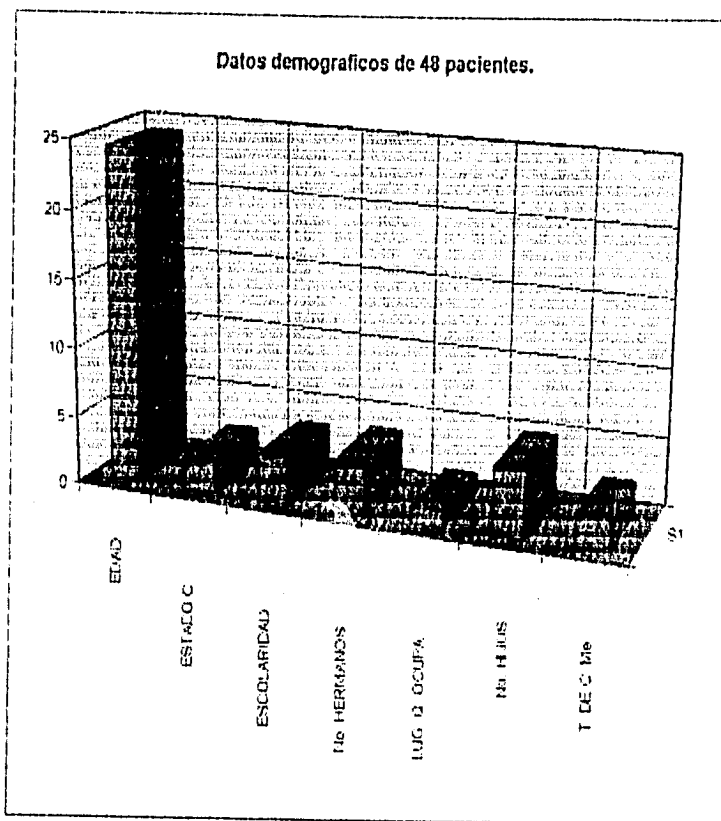
RESULTADOS DE LOS TEST

TOTAL	N	48	100%
Variable		Media	Desviación E.
Edad		24.23	5.31
Estado Civil		2.27	0.79
Escolaridad		3.38	1.35
No. Hermanos		3.69	2.58
Lug. Q. Ocupa		1.25	1.36
No de Hijos		4.88	3.41
T. de C. Mo.		2.27	0.00

TEST DE GUILLERMO CALDERON NARVAEZ

Variable		MEDIA	Desviación E.
G1		4.88	3.41
G2		8.42	6.28
G3		16.44	9.14
G4		21.58	19.26
TOTAL	N	48.00	100 %
GT		MEDIA	Desviación. E.
		51.31	3.41

Datos demograficos de 48 pacientes.



EP	N	Frec.	Porcentaje
1	n	3	6.3 %
2	n	13	27.1 %
3	n	24	50.0 %
4	n	8	16.7 %
TOTAL	N	48	100 0 %
Ept	n	Media	Desviación.E.
	n	2.7	0.81

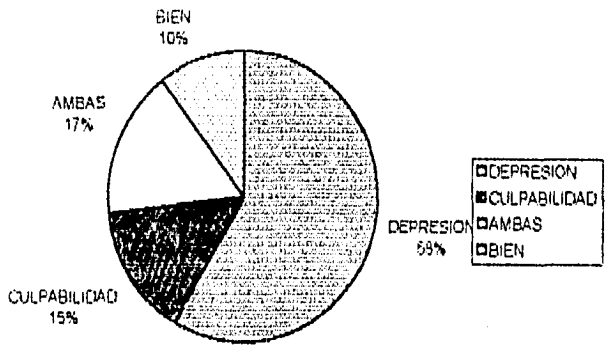
TEST DE ZUNG

Z	N	Media	Desviación.E.
Z1	n	4.40	2.21
Z2	n	11.94	4.55
Z3	n	14.31	9.08
Z4	n	48.69	5.61
TOTAL	N	48	100 %
ZT	n	Media	Desviación.E.
	n	60.67	7.54

TOTAL	n	48	100 %
SDS	n	Media	Desviación.E.
SDS	n	250	-0.74
EG	n	-4.40	-2.21

SDS	N	Frec.	Porcen.	Acumulación
1	n	3	6.3 %	6.3 %
2	n	22	45.3 %	52.1 %
3	n	19	39.6 %	91.7 %
4	n	4	8.3 %	100.0 %

CUESTIONARIO PREGUNTA No 5



RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

En este tipo de información se menciona que tipo de datos se obtuvieron sobre el aborto y el 75% respondieron que ninguna, el 25 % nos dicen que muy poca.

También el 62.5 % de las mujeres entrevistadas consideran que no deben de ser apoyadas legalmente. El 100 % menciona que llegó al aborto por una situación de accidente en su trabajo o la casa.

El 58.33 % de las pacientes consideró necesario el apoyo psicológico después del aborto. La mayor preocupación que mostraron fueron el 60.41 % y fue por el factor económico. Según estas personas el 100 % de ellas respondió que no ha tenido necesidad de un tratamiento psicológico después de algún aborto, y declaran el 100 % no conocer alguna institución que brinde ayuda psicológica a las mujeres que abortan.

El 89.58 % de estas pacientes declara que si les gustaría que existiera alguna institución donde se brinde ayuda psicológica a este tipo de mujeres. El 81.25 % comentaron que si supieran o estuvieran enteradas de algún lugar donde pudieran acudir ellas irían.

Un 65.68 % me menciono que había la posibilidad de que cambiará su relación con su pareja, porque ahora para tener relaciones sexuales iban a tener miedo de quedar embarazadas, aun con todo lo ya descrito, un 66.66 % tuvo apoyo familiar en su aborto. El 79.16 % de las damas entrevistadas dijeron que estaba bien que

el aborto estuviera prohibido, porque así la mujer como esta prohibido menos se lo provocará y de esta forma se reducen los abortos.

- Lo que pude observar en las personas es que producen una controversia con sus diferentes respuestas y observé que una cosa es lo que hablan y otra muy diferente la que llevan a cabo, y que estas respuestas pueden estar influidas en algunas pacientes por el hecho de saber que en México el aborto esta prohibido legalmente. Y por la economía la mayor de las veces saben que si no acuden a este tipo de hospitales no podrán cubrir la cantidad de dinero que un Médico particular les cobraría.

Otro dato importante, por lo cual estaban preocupadas estas personas en un 60.41% es por el factor económico era una de las razones primordiales por las cuales abortan, por dedicar su tiempo en trabajar, ya que entre las solteras y las que viven en unión libre, eran 33 de 48 entrevistadas

Con todos estos datos, el 79.16 % de las pacientes están de acuerdo con la prohibición del aborto. Ellas no desean que se legalice.

En el cuestionario se obtuvo 28 damas con depresión resultando un 58.33 % de depresivas, Un 14.58 % de elementos que sienten culpa, un 16.66% que sintieron ambas, y un 10.41 % que se sintieron bien. (pregunta: 5)

RESUMEN DE RESULTADOS DEL TEST DEL DR: GUILLERMO CALDERON NARVAEZ

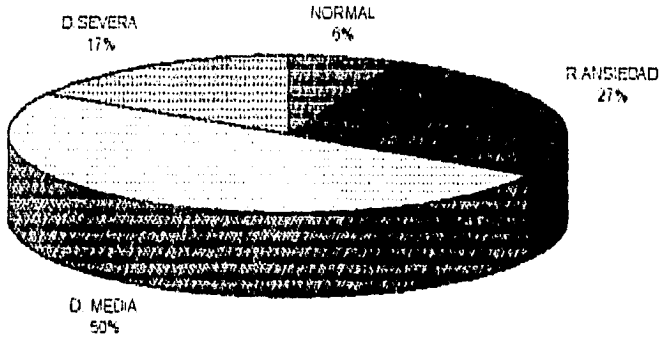
Los tests son; Dr Guillermo Calderón Narváez, En el primer test se obtuvo un resultado de 24 personas con depresión media, cayendo en una puntuación de 46 a 65. Respectivamente los cuales indican " Desordenes de la Personalidad " este resultado va ser el mismo de la tesis de Patricia del Carmen Guerrero Chavez que obtuvo en su tesis con el nombre de Estudio comparativo de la depresión Postparto, UFM, 1994

TEST ZUNG

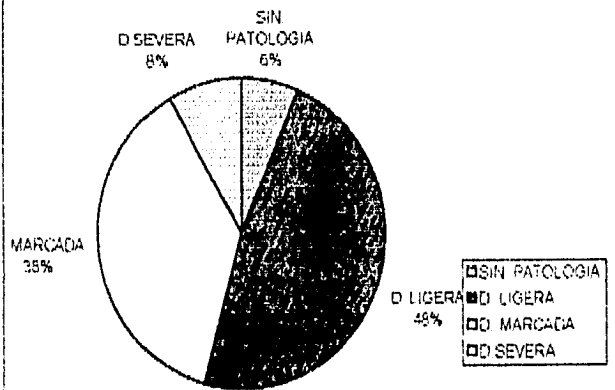
Test Zung Hubo 23 personas con depresión ligera y corresponde a una puntuación de 50-59 esta cae en los controles de "Deprimidos Ambulatorios" y 18 mujeres con una depresión marcada y puntuación de 60-69 Asi da un resultado de "deprimidos ambulatorios".

Estos datos son los más reelevantes de los dos test s calificados.

**Test Dr. Guillermo Calderón Narváez
Depresión**



TEST DE ZUNG



9).-CONCLUSIONES GENERALES

La conclusión en este momento de la investigación, es que el aborto como una tensión precipitante hacia enfermedad mental moderada o severa, es de importancia menor, probablemente similar a un sin número de factores no específicos, como un desengaño en el amor, un accidente, la pérdida de un empleo etc. Esto debe situarse en fuerte contraste con el embarazo, el parto y la crianza de hijos, que han probado ser tensiones significativas en mujeres susceptibles. (VIII)

El aborto resulta de conflictos internos, sentimientos de culpa, esto provoca el rechazo con la pareja, y las mujeres solteras que abortan lo viven como castigo por tener relaciones sexuales fuera del matrimonio.

En cuanto a la mujer el aborto constituye un derecho a decidir sobre su cuerpo en la reproducción.

Puede ser provocado por angustia tal que pudiera dar lugar a trastornos psicológicos graves.

Una de las consecuencias es la depresión, y se define como un estado de ánimo el cual puede ser alterado por pérdida de amor o apoyo emocional, fracasos personales, o económicos o nuevas responsabilidades. Estas pérdidas o abandono de padres o sustitutos, o disoluciones, perturban profundamente el equilibrio interno de la persona dependiente provocando abatimiento, hostilidad y culpa.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1.-Achaval, Alfredo

Manual de Medicina Legal

Editorial Abeledo perrot

Buenos Aires 1973.

2.-Alonso de la Cruz, Rosa

Consecuencias Psicológicas del aborto en Mujeres Jóvenes.

Tesina: UNAM, 1990.

3.-Alva López, María del Carmen, y Otros

Razones y Pasiones en Tomo al Aborto.

Editorial: EDAMEX

4.-Alva Robles, Laura Alicia

"El Aborto y sus Consecuencias Jurídico Sociales En La Actualidad"

Tesis: UNAM, 1989

5.-Barreda, Luis De La y Otros.

El Aborto: Tres Ensayos Sobre un Crimen

UAM Azcapotzalco.

6.-Barrera Solorzano, Luis De La .

El Delito De Aborto. Grupo Editorial: Miguel Ángel Porrúa.

7.-E.Siegel, Stephanie

Su hijo Adoptado.

Editorial: Paidós. Edición: 1992

8.- Fenichel, Otto.

Teoría Psicoanalítica De La Neurosis.

Editorial: Paidós. Año: 1992.

10.-Giménez Segura, María del Carmen.

Judaísmo y psicoanálisis y sexualidad Femenina.

Editorial: Del Hombre

11.-Guttmacher, the Alan.

El aborto Clandestino.

Instituto de Nueva York

Año: 1994

12.-Guerrero Chavez, Patricia del Carmen.

Estudio Comparativo de la Depresión Postparto.

UFM, Escuela de Psicología.

Tesis: Año; 1994

13.-Langer, Marie.

Maternidad y Sexo.

Editorial: Paidós

14.-Leal, Luisa María y Otros.

El Problema del Aborto en México.

Editorial: Miguel Ángel Porrúa S.A

15.- Martín Mungaray, Guillermina.

Dependencia Afectiva.

De una Transformación Psicosocial Sobre el Rol Femenino.

UFM, Escuela de Psicología.

Tesis: 1994.

16.-Pérez Duarte, Alicia Elena.

El Aborto. Una Lectura de Derecho Comparado.

México, 1993.

17.-R.A.Mackinnon, R.Michels.

Psiquiatría Clínica Aplicada.

Editorial: Interamericana. Año: 1973

18.-Zinser, Otto

Psicología Experimental.

Editorial: MC Graw Hill

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

I.-ADIVAC: Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas.
a.C.

II.-Diccionario

La Psicología Moderna de la A a la Z

Editorial: Ediciones Mensajero

Año: 1978

III.-Gevara, Ivone.

Periódico la Jornada. (Doble Jornada)

Lunes 2 de Mayo de 1984

IV.-Lacunes, Lucía.

Periódico La Jornada. (Doble Jornada)

6 de Septiembre, 1993.

V.-Murlegas, Pilar.

Periódico La Jornada (Doble Jornada).

6 de Septiembre de 1993.

VI.- Rozenfaig, Diana.

El Psicoanálisis y el Aborto.

Vol: 1, No 2

Enero de 1977

VII.-Revista de Gradiva

Vol: III, No 2

Año: 1989

VIII.-Yañez Chavez, Anival; Traductor de Ingles

El Aborto En Un Mundo Cambiante.

Lugar de Autor: Discusión Internacional Organizada Por la Asociación para
el Estudio del Aborto

11. ANEXOS

Cuestionario I

Cuestionario II

Test Dr: G. C.N

Test De Jung

10.-CUESTIONARIO (Anexo I)

- 1.-¿ Que tipo de información conoce usted sobre el aborto, por que medios ha podido enterarse ?
- 2.- ¿ Considera que las mujeres deben de ser apoyadas legalmente si toman la decisión de abortar ?
- 3.- ¿ Ha conocido alguien más que haya pasado esta experiencia ?
- 4.- ¿ Podría relatarnos usted como llegó a esta situación ?
- 5.- ¿ Como considera su estado de ánimo de este proceso ?
- 6.- ¿ Considera usted necesario el apoyo psicológico en esta situación?
- 7.-¿ Quisiera hablar de algo que para usted ha sido importante en el proceso del aborto ?
- 8.- ¿ Comunicó usted de esta decisión con familiares cercanos ?
- 9.- ¿ Qué opina usted de la práctica de las relaciones sexuales ?
- 10.-¿ Se siente satisfecha de la relación que lleva con su pareja ?
- 11.-¿ Se ha sentido decaída y sin ánimos ?
- 12.-¿ Se ha sentido culpable alguna vez, de alguna acción en particular?
- 13.-¿ se siente enojada con usted ?
- 14.-¿ Se ha sentido sin esperanza de salir de este sufrimiento ?
- 15.-¿ Se ha sentido alguna vez con falta de interés para salir adelante ?
- 16.-¿ Cree tener valores morales ?
- 17.-¿ Se considera usted una persona nerviosa ?
- 18.-¿ Qué tipo de preocupaciones ha llegado ha tener ?
- 19.-¿ Qué es lo que le transmite la pérdida de un familiar?
- 20.-¿ Ha tenido que separarse alguna vez de su pareja, de sus padres, o hermanos que ha sentido con estas separaciones?
- 21.- ¿ Que piensa de la infertilidad en mujeres que han abortado ?
- 22.-¿ Tuvo algún pensamiento o fantasía sobre su hijo antes de abortar ?
- 23.-¿ Como fueron y de que se trataban ?
- 24.-¿ Ha tenido necesidad de un tratamiento psicológico después de algún aborto

- 25.-¿ Ha tenido terapia psicológica alguna vez por otra causa o motivo?
- 26.-¿ Cuando tuvo algún aborto la apoyó su pareja?
- 27.-¿ Al llevar a cabo el aborto le ha llevado a alterar la relación con su pareja
- 28.-¿ Cuando realizó el aborto tuvo apoyo familiar ?
- 29.-¿ Tuvo influencia de alguna persona para llevar a cabo el aborto ?
- 30.-¿ Usted tuvo la idea de abortar o se la propuso su pareja o alguien más ?
- 31.-¿ Ha tenido conflictos con la figura paterna o materna, de que se han tratado ?
- 32.-¿ Con quién de los padres ha tenido más conflicto y con quién se identifica mejor ?
- 33.-¿ Conoce alguna institución donde se brinde ayuda psicológica a las mujeres que abortan ?
- 34.-¿ Le gustaría que existiera algún lugar donde se pudiera orientar sobre esta decisión que toma la mujer de abortar ?
- 35.-¿ Si supiera de alguno usted acudiría ?
- 36.-¿ Que es lo que esperaría de este servicio ?
- 37.-¿ Que opina de las personas que tienen una pobre opinión de si mismas ?
- 38.-¿ Por que cree que existen personas que constantemente se juzgan con pesimismo y se dejan embargar por las presiones ?
- 39.-¿ Tiene algún problema de insomnio o duerme más de lo necesario?
- 40.-¿ Tiene dificultad para poder concentrarse o en recordar algo ?
- 41.-¿ Recuerda haber tenido pérdida de interés por el sexo ?
- 42.- ¿ Puede recordar si ha presentado algún problema en la pérdida del apetito o un aumento de peso excesivo ?
- 43.-¿ Considera que a partir de este aborto su vida ha cambiado de manera importante ?
- 44.-¿ De que manera ?
- 45.-¿ Que piensa usted sobre la prohibición del aborto

CUESTIONARIO (Anexo II)

- 1.-¿ Que tipo de información conoce usted sobre el aborto ?
- 2.-¿ Considera que las mujeres deben de ser apoyadas Legalmente si toman la decisión de abortar ?
- 3.-¿ Ha conocido a alguien más que haya pasado esta experiencia ?
- 4.-¿ Podría relatarnos usted como llegó a esta situación ?
- 5.-¿ Como considera su estado de ánimo de este proceso ?
- 6.-¿ Considera usted necesario el apoyo psicológico en esta situación?
- 7.- ¿ Comunicó usted de esta decisión a familiares cercanos?
- 8.- ¿ Se siente satisfecha de la relación que lleva con su pareja ?
- 9.- ¿ Se considera usted una persona nerviosa ?
- 10.- ¿ Qué tipo de preocupaciones ha llegado ha tener ?
- 11.- ¿ Sabe de la infertilidad en mujeres que han abortado ?
- 12.- ¿ Ha tenido necesidad de un tratamiento psicológico después de algún aborto?
- 13.- ¿ Cuando tuvo algún aborto la apoyó, su pareja ?
- 14.- ¿ Al llevar a cabo el aborto, ha cambiado la relación con su pareja?
- 15.-¿Cuándo realizó el aborto tuvo apoyo familiar ?
- 16.-¿ Tuvo influencia de alguna persona para llevar a cabo el aborto ?
- 17.-¿ Usted tuvo la idea de abortar o se la propuso alguien más ?
- 18.-¿ Ha tenido conflictos con la figura paterna o materna?
- 19.-¿ Con quién de los padres ha tenido más conflicto ?
- 20.-¿ Conoce usted alguna institución donde se brinde ayuda psicológica a las mujeres que abortan ?
- 21.- ¿ Le gustaría que existiera algún lugar donde se pudiera orientar sobre esta decisión que toma la mujer de abortar ?
- 22.- ¿ Si supiera de algún lugar usted acudiría ?
- 23.- ¿ Recuerda haber tenido pérdida de interés por el sexo?
- 24.- ¿ Considera que a partir de este aborto su vida ha cambiado de manera importante
- 25.- ¿ Que piensa usted sobre la prohibición del aborto ?

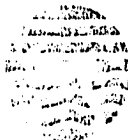
Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo

Dr. Guillermo Calderón Narváez

Nombre _____

Sexo _____ Edad _____ Estado civil _____

	No	Si		
		poco	regular	mucho
1. ¿Se siente triste o afligido?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3. ¿Duerme mal de noche?				
4. ¿En la mañana se siente peor?				
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6. ¿Le ha disminuido el apetito?				
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento en su trabajo es menor?				
10. ¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso? (Solicitar que precise la molestia)				
12. ¿Se siente cansado o decaído?				
13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15. ¿Este más irritable o enojón que antes?				
16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17. ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19. ¿Ha sentido deseos de morir?				
20. ¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				



NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD _____ SEXO _____

FECHA _____

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos	Nada o Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	La Mayoría de las Veces o Siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEO LLORAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. COMO IGUAL QUE ANTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. MI CORAZÓN LATE MÁS RÁPIDO DE LO ACOSTUMBRADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ME CANSO SIN MOTIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ME RESULTA FÁCIL HACER TODO LO QUE SOLÍA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ME ENCUENTRO INTRANQUILO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. SOY MÁS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. TOMO LAS DECISIONES FÁCILMENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. SIENTO QUE LOS DEMÁS ESTARÍAN MEJOR SIN MÍ. SI ESTUVIESE MUERTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACÍA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A) POSICION FEMINISTA SOBRE EL ABORTO

(En Una Entrevista Publicada). (III)

El Aborto no es Pecado: La hermana Ivone Gebara tiene 48 años, nació en San Pablo, es monja hace un cuarto de siglo y reside en Recife desde 1973. Pertenece a la Congregación Hermanas de nuestra Señora, se dedica a la educación de menores marginados. En esta convivencia con los pobres, Ivone se ha formado una convicción insólita en la iglesia: está a favor de la legalización del aborto y, por primera vez, defiende su punto de vista públicamente " La madre tiene algún derecho sobre la vida que carga en su útero. Si ella no tiene las condiciones psicológicas para enfrentar el embarazo tiene derecho a interrumpirlo", dice. Al contrario de algunas feministas, La Hermana afirma que el aborto no puede tener límites legales. Debe ser válido en todos los casos y no sólo en situaciones especiales, como la violación.

" El aborto no es pecado. El evangelio no trata este asunto ", afirma la religiosa que mantiene contactos frecuentes con grupos feministas en Brasil y en el exterior, en especial con Católicas por el Derecho a Residir, formado en Estados Unidos en 1973 y creado recientemente en Brasil.

Graduada en filosofía en la Pontificia UNIVERSIDAD Católica (PUC) de San Pablo, y en teología en Bélgica, Ivone está habituada a adoptar posiciones polémicas dentro de la iglesia. En 1989 el Vaticano cerró el Seminario de Recife fundado por el Arzobispo Helder Câmara, en el cual ella trabajaba. La Santa Sede consideró que el seminario, inspirado

En la Teología de la liberación era excesivamente izquierdista. Desde entonces, la Hermana emplea su tiempo escribiendo libros y viajando para dictar conferencias. Reside, por opción de vida, en Camaragibe de Recife.

Es autora de seis libros, todos sobre teología feminista, publicados por las editoriales Voces y Paulinas. Hace un mes viajó a Suecia para hablar sobre la mujer y la reforma agraria. La semana pasada, después de dar esta entrevista a VEJA, viajó a Venezuela y Bolivia. En enero, Ivone viajará a Nueva York, donde pasará un semestre dando clases de teología.

En esta semana el Papa Juan Pablo II divulga la nueva Encíclica, en la que enfatiza la oposición de la Iglesia al control de la natalidad y el aborto. ¿ Que piensa Usted Sobre Eso ?

No hay novedad. Es una postura tradicional del Vaticano, ya consagrada en otras encíclicas.

Es la posición de quien no tiene ningún diálogo con el mundo contemporáneo, en especial con el mundo de los pobres." Por que ?

La moral católica no alcanza a las mujeres ricas. Ellas abortan y tienen los medios económicos que garantizan una intervención quirúrgica en condiciones humanas. Por lo tanto, la ley que la Iglesia defiende perjudica a las mujeres pobres. El aborto debe ser descriminalizado y legalizado. Más aún, debe ser realizado a expensas del Estado. Hoy el aborto es la quinta causa de mortalidad femenina en Brasil. Quienes mueren son las mujeres más pobres. Frente al hecho de que el aborto es inevitable, es mejor realizarlo en condiciones de

dignidad. ¿Como monja católica, " no debería considerar al aborto como un pecado?

El aborto no es pecado. El evangelio no trata esto. El evangelio es un conjunto de historias que generan misericordia y ayuda en la construcción del ser humano. La dogmática en relación al aborto ha sido elaborada a lo largo de los. " Quién escribió que no se puede controlar el nacimiento de los hijos ?

Fueron los sacerdotes en su mundo en el que viven confortablemente con sus manías. No tienen mujer ni suegra y no se preocupan de algún hijo enfermo; algunos hasta son ricos y tienen propiedades. Así, es fácil condenar el aborto.

La ley permite el aborto en casos de violación " En que casos considera Usted que el aborto es legítimo ?

En todos los casos en que la mujer, sea ella rica o pobre, no tenga las condiciones psicológicas para asumir el bebe. La Iglesia se atiene al principio de que solamente Dios puede quitar la vida. Yo también acepté esa idea. Pero hoy creo que la madre tiene, sí, algún derecho sobre la vida que carga en el útero. El feto no puede sobrevivir sin ella y, en esa ósmosis primordial, es lícito considerar que no tiene su propia voluntad. Si la madre no está en condiciones psicológicas de enfrentar el embarazo, tiene derecho a interrumpirlo.

¿ Que hizo que Usted cambiara de opinión y defendiera el aborto ?

Mi convivencia con las mujeres pobres de Camaragibe me llevó a reflexionar más sobre este asunto. Estas mujeres son extremadamente pobres, son vendedoras de alimentos y lavanderas. Ellas no tienen información para desarrollar su vida

sexual de forma saludable. No saben cómo evitar hijos y aunque supiesen no tendrían condiciones económicas de hacerlo porque no disponen de asistencia. Esta situación me llevó a una posición pragmática de defensa del aborto.

Pero hasta sólo había conversado sobre mi postura en encuentros cerrados, teólogos y feministas. Mi discurso aún es tentativo. Estoy intentando, superar dogmas. Si yo fuera sacerdote, la iglesia tal vez me expulsaría del clero. Como monja tengo más libertad. Aún así. Después de esta entrevista creo que voy a quedar desprotegida. Sé que mi posición es una transgresión del pensamiento de la Iglesia, pero resolví hablar porque creo que voy a ayudar a las personas.

¿ Usted ha aconsejado abortar a una mujer ?

No, pero estuve cerca. Hace algunas semanas, en Camaragiba, me visitó una mujer psíquicamente enferma; madre de tres niños desnutridos. Me contó que tuvo una aventura con un desempleado y quedó embarazada. Estaba desesperada. Conversamos mucho, y ella quedó de regresar. Tenía la certeza de que en esta segunda conversación yo estaría obligada a decirle " aborte ". Ella decidió abortar antes de mis consejos, sólo volvió a mí para pedirme que la llevase a un Médico. Y la llevé.

¿ Usted se sintió bien ?

Es necesario entender una cosa: El otro día socorrí a una mujer que abortó y me quedé impresionada al ver el feto. Es un bebito, y es como si estuviéramos quitándole la oportunidad de florecer a aquella vida. El aborto, es violento, muy

violento. Es siempre una opción traumática, jamás un camino de alegría. La mujer sólo aborta si se ve obligada por las circunstancias. Sin embargo, es una violencia que existe y como tal debe ser legalizada. Conoci en mi barrio a una niña que quedó embarazada de su propio padre a los 14 años. En ese contexto, no significa absolutamente nada decir que se está salvando la vida al evitar el aborto. "¿ Que vida ser salvada ? " La de un niño que ser desnutrido y abandonado ? " la de una madre cuyos dramas se agravarian aún más ? El Brasil aborta continuamente sus ciudadanos, si no en el primer mes, a lo largo de la vida.

¿Las mujeres de Camaragibe no se sorprenden al ver a una monja defendiendo el aborto ?

Nunca defendí el aborto abiertamente. Por otra parte, ellas ni conocen el discurso de la iglesia sobre ese asunto. El mundo de los pobres tiene una ética propia. Es la ética de la sobrevivencia. Hace pocos días una empleada doméstica golpeó a mi puerta y me dijo que se iba a suicidar. Ella tiene ocho hijos; uno murió, tres están con su primer compañero tres con ella y uno vive en la calle. Ella es una mujer muy pobre, vive en un rancho de lata y se mantiene haciendo limpiezas. Quedó embarazada después de una relación eventual. Habló con. El padre, quien le dijo que no quería la criatura. Es casi siempre así: los padres abortan a los hijos con palabras. Habló entonces con su patrona, quien se negó a darle el dinero para el aborto. La señora no quiso involucrarse pero le garantizó que si tenía algún problema clínico después, la llevaría al médico. Esa es la moral de la clase media.

¿Es posible que la iglesia cambie de opinión sobre el aborto ?

Nada permite preveerlo, pero eso no ocurrirá a corto plazo. No es algo que ocurrirá en este siglo. Pienso que esta cuestión no debería ser discutida como un dogma de la Iglesia. Es una cuestión que atañe a la sociedad civil. La legalización del aborto es necesaria y no puede ser impedida por credos religiosos.

¿Vale la máxima que dice que si el Papa pudiese tener hijos, la Iglesia ya habría autorizado el aborto?

Esa es una broma que a la gente le gusta hacer con el Papa. Es una fantasía. La cuestión no es tan simple.

¿Su posición sobre el aborto es solitaria dentro de la Iglesia ?

La mayoría del clero esta contra el aborto y reduce el asunto a una cuestión privada. Los conservadores hablan más, y siempre con el discurso del respeto absoluto a la vida. Pero si, hay sacerdotes y monjas a favor. Es un segmento más avanzado que sólo se manifiesta entre bastidores y vive en un conflicto entre aquello en que cree y lo que la institución piensa. Son hombres y mujeres desgarrados a causa de sus convicciones.

¿ En el confesionario, recomiendan el aborto ?

Por lo que prefieren el silencio. Defienden la legalización en círculos muy restringidos, nunca en la esfera oficial.

¿Como juzga usted la moral de los sacerdotes que condenan el aborto y tienen relaciones sexuales ?

La transgresión siempre existió al interior de las organizaciones religiosas. Son muchos los casos, y sé de eso porque las propias monjas terminan comentándolo. La iglesia católica desarrollo una moral muy rigida que lleva a eso a veces la transgresión es importante. Es una señal de que es necesario revisar las leyes establecidas.

La Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil propuso terminar con el celibato.

¿ Usted cree que los sacerdotes del año 2000 podrán casarse ?.

Eso va a ocurrir pero, como en el caso del aborto, aún no en este siglo. Mientras tengamos esa curia Romana con la teología que ha predominado, no habrá manera de poner fin al celibato. Llegará el día en que, si el Vaticano quiere continuar con el clero, tendrá que ordenar mujeres y hombres casados. El celibato es una prescripción de orden legal que no forma parte de la esencia del sacerdocio.

¿Usted cree que sería una monja más feliz si pudiera casarse y tener hijos ?

A mis vecinas de Camaragibe les parece ridícula mi forma de vida. A ellas les resulta incomprendible no tener un hombre y no ser madre. En su simplicidad ellas se preguntan cuando va aparecer mi hombre y dicen que yo debería tener hijos para que me cuiden en la vejez. Tal vez tengan razón. Yo voy a terminar mi vida sola. A veces, ellas dicen que desean estar en mi lugar, para no tener

porque preocuparse y vivir en paz. Cada una carga con una limitación por lo que ha elegido. El tipo de vida que yo llevo tiene su carga como cualquier otra.

¿ Como se las arregla usted con la falta de cariño físico y de sexo?

Tuve deseos sexuales y continúo teniéndolos, pero soy coherente con lo que elegí. El sexo hace falta, como hacen falta varias cosas en cualquier vida humana. No es porque el sexo está liberado que las personas realizan todas sus potencialidades. Antes de ser monja, estudié filosofía en la PUC de San Pablo y tuve allí mis enamorados. Pero el deseo de ayudar a las personas fue más fuerte y aposté a otro tipo de vida. La experiencia religiosa no es sólo de renuncia. Tú encuentras placer de otra forma. No es posible vivir sin afecto, sin amistad, sin mirar a los pobres, es posible vivir sin sexo. (III)

GLOSARIO

- ANTAGONISMO:** Contrariedad, rivalidad, oposición tenaz, en especial en doctrinas y oposiciones.
- ANTROPÓFAGIA:** Costumbre de algunos salvajes de comer carne humana.
- CONSTRICCIÓN:** Encogimiento.
- DECORO:** Es domar una cosa o sitio con accesorios destinados a embellecerlo.
- DISOLUCION:** Puede ser la desintegración de un lazo familiar.
- EMBRIÓN:** (de Spee): Es el producto de la concepción desde las primeras modificaciones del huevo fecundado.
En la especie humana, este producto durante los tres primeros meses, a partir de los cuales toma el nombre de feto.
- ENCINTAS:** Embarazada, grávida, preñada.
- ESTEREOTIPADO:** Es un adjetivo fijo invariable.
- ESTIGMA:** Es un prejuicio de opinión contra el aborto.
- FALO:** Miembro Viril, especialmente su representación simbólica.
El concepto de falo en psicoanálisis, ocupa un eje privilegiado en la organización y evolución de la libido.
Lacan recentra la teoría psicoanalítica alrededor de la noción de falo como "significante del deseo"
- FANATISMO:** Que defiende con tenacidad y apasionamiento creencias u opiniones religiosas.
- FETO:** Es el producto de la concepción desde el final del tercer mes hasta el parto.
- HIPOCONDRIA:** Sensibilidad excesiva del sistema nervioso, con tristeza habitual.
Es cuando una persona cree estar enferma de varias cosas.

IDOLATRÍA:	Culto divino dado a falsos dioses. Adoración de ídolos.
INFANTICIDIO:	Muerte dada a un niño recién nacido o próximo a nacer.
INTRÍNSECO:	Íntimo, dice de lo que está situado totalmente dentro de una parte que pertenece exclusivamente a ella, situado en el interior.
MARASMO:	Agotamiento y enflaquecimiento progresivo grave. Suspensión y paralización, inmovilidad en la moral o en lo físico.
MORBILIDAD:	Número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinados.
PARADÓJICO:	Figura de pensamiento que consiste en emplear expresiones o frases que envuelven aparentemente, contradicción.
PARRICIDIO:	Muerte violenta que alguien da a su ascendiente o cónyuge, o a otros parientes, según las diversas legislaciones.
POLIANDRIA:	Estado de la mujer casada simultáneamente con dos o más hombres.
PUNIBLE:	Que merece castigo.
PLEBISCITO:	Resolución tomada por todos los habitantes de un país a pluralidad de votos; votación de todos los ciudadanos para legitimar algo.
PREÑEZ:	Se refiere al embarazo de una mujer.
SECULARIZAR:	Hacer secular lo que era eclesiástico autorizar a una religiosa para que pueda vivir fuera de la clausura.
SUPERSTICIÓN:	Creencia extraña a la religión y contraria a la razón.