



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

*ASPECTOS EMOCIONALES Y FAMILIARES
POST-ABORTO EN MUJERES DE 20 A 35
AÑOS EN EL UMF NUM 20 DEL IMSS*

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. MARA TAMAYO MIRANDA

TUTORA:
DRA. SANTA VEGA MENDOZA



GENERACION: 2011-2014
MEXICO, D.F. 2013



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.

TUTORA:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIA**

Vo. Bo.

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR
UMF 20**

Vo. Bo.

**DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION**

Agradecimientos

A mi madre que en estos últimos años ha tenido la más grande de las responsabilidades, ser padre y madre a la vez, gracias mami por estar conmigo ayudándome en cada momento, gracias por tu apoyo incondicional y por tu infinito amor.

A mis hermanos que han estado conmigo en todo momento soportando lo bueno y lo malo de mí.

A mi padre porque sé que desde donde este se sentiría tan orgulloso de mi como ahora está mi madre

A mi abuela Luisa y a mi tía Araceli que han sido uno de mis principales apoyos en todo este trayecto que hoy culmina

A mi mejor amigo Jesús que ha estado conmigo en las buenas y las malas apoyándome en todos los aspectos, gracias amigo te quiero mucho

Muchas gracias a todos

ÍNDICE	PÁGINA
TÍTULO	
RESUMEN	
MARCO TEÓRICO	01
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	09
OBJETIVOS	10
JUSTIFICACION	11
HIPOTESIS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES	26
CITAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	29

***ASPECTOS EMOCIONALES Y FAMILIARES POST-ABORTO
EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS EN EL UMF NUM 20 DEL
IMSS***

ASPECTOS EMOCIONALES Y FAMILIARES POST-ABORTO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS EN LA UMF NUM. 20 DEL IMSS

TAMAYO-MIRANDA MARA¹, VEGA-MENDOZA SANTA²

1. Residente del segundo año del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20
2. Médico Familiar. Maestra en Ciencias de la Educación. Profesora Adjunta del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20

Objetivo: Determinar los aspectos emocionales y familiares post-aborto en mujeres de 20 a 35 años en la UMF 20 del IMSS. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en 339 pacientes con antecedente de aborto, se interrogó factores sociodemográficos, antecedentes ginecobstétricos, aplicación de Escala de Zung/Escala de Rosenberg, Funcionalidad Conyugal, Apagar y Cuestionario de Duke-UND. Estadística descriptiva. **Resultados:** Edad de 26 ± 4.52 años, rango 20 a 25 50.4%(171), unión libre 46.3%(157), amas de casa 48.4%(164), empleadas 44.5%(151), secundaria 41.6%(141). Antecedentes de 2 embarazos 44.2%(150), promedio 1 ± 8 ; un aborto 94.7%(321), promedio 1 ± 0.3 , edad de aborto 15 a 20 años (196)57.8% promedio de 20 ± 4 años. Aborto espontáneo 87%(295); embarazos deseados 26%(88), no planeado 21.2%(72). Funcionamiento familiar percibido postaborto: familias moderadamente disfuncionales 54.9%(186); apoyo conyugal moderadamente disfuncional 48.4%(164). El 84.4% apoyo social normal (286). Primer aborto de mayor impacto 98.2%(33). El 48.1%(163) mostraron depresión leve, autoestima baja 55.5%(188). Emociones detectadas: tristeza 89.1% (302), dolor 56.3%(191), culpa 50.4%(171), pérdida 39.5%(134) y miedo 31.9%(108).

Conclusiones: Los aspectos emocionales postaborto fueron la tristeza, dolor, culpa, pérdida y remordimiento, además de baja autoestima y depresión leve que se acompañan con una disfunción moderada con la familia y su pareja.

Palabras clave: Emociones, mujeres, aborto, postaborto, apoyo, funcionalidad familiar

EMOTIONAL ASPECTS AND FAMILY POST-ABORTION IN WOMEN 20 TO 35 YEARS IN THE NUM UMF. 20 IMSS

TAMAYO-MIRANDA MARA¹, VEGA-MENDOZA SANTA²

1. Resident of the second year course of specialization in Family Medicine UMF 20

2. Family Physician. Adjunct Professor of the Specialization Course in Family Medicine UMF 20

Objective: To determine the emotional and post-abortion family in women 20-35 years of UMF 20 IMSS. **Methods:** Retrospective descriptive study on 339 patients with a history of abortion was interrogated sociodemographic, gynecological obstetric history, application Zung Scale / Scale Rosenberg, Functionality Spousal off and Duke-UND Questionnaire. Descriptive statistics. **Results:** age 26 ± 4.52 years, range 20-25 50.4% (171), common 46.3% (157), 48.4% housewives (164), employed 44.5% (151), secondary 41.6% (141). Background 2 pregnancies 44.2% (150), an average of 1 ± 0.8 , a 94.7% abortion (321), an average of 1 ± 0.3 , abortion age 15-20 years (196) 57.8% average of 20 ± 4 years. Spontaneous Abortion 87% (295) 26% unwanted pregnancies (88), unplanned 21.2% (72). Family functioning perceived post abortion moderately dysfunctional families 54.9% (186) 48.4 spousal support moderately dysfunctional% (164). The 84.4% average social support (286). First abortion impact 98.2% higher (33). The 48.1% (163) showed mild depression, low self-esteem 55.5% (188). Detected emotions: sadness 89.1% (302), pain 56.3% (191), because 50.4% (171), lost 39.5%(134) and fear 31.9%(108).

Conclusions: The emotional aspects PAC were sadness, grief, guilt, loss and regret, and low self-esteem and mild depression accompanying a moderate family dysfunction and their partners.

Keywords: Emotions, women, abortion, post-abortion support, family functionality

ANTECEDENTES

La organización mundial de la Salud (OMS) define como aborto a la terminación espontánea o provocada de un embarazo antes de la vigésima semana de gestación, contada a partir del primer día de la última menstruación normal.

En algunos textos americanos, la palabra “aborto” indica el procedimiento médico o quirúrgico que se realiza para terminar un embarazo, y el término “aborto espontáneo” hace referencia a la pérdida del feto de tipo natural o no inducida.

Se calcula que el 10-15% de los embarazos terminan en aborto y que sólo el 35% de todos los huevos fecundados alcanzan una edad gestacional superior a 28 semanas. Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos se observa que en las adolescentes puede alcanzar un 10-12%, en tanto que en las mujeres mayores de 4 años, el porcentaje aumenta entre cuatro y cinco veces.

En 1987 la incidencia de aborto en el mundo fue de 43 millones, de los cuales 28 millones fueron legales y 15 millones ilegales. En 1995 la cifra total de abortos inducidos alcanzó los 46 millones, 26 millones legales y 20 millones clandestinos o ilegales. Rusia y Rumania presentan los porcentajes más altos de abortos inducidos (63%).

De los 190 países del mundo sólo en el 22% de ellos es permitido el aborto; de éstos, 6% corresponde a países en vía de desarrollo y 16% a países desarrollados. En Estados Unidos en 1996 se practicaron 1.365.700 abortos inducidos legales y no existen estadísticas de los ilegales. En América Latina el aborto inducido es permitido en Cuba, Puerto Rico y algunos países pequeños del Caribe y al igual que en el resto del mundo, el aborto se asimila a un método más de planificación familiar frente a un embarazo no deseado. Se calcula que en Latinoamérica se producen 4.200.000 abortos inducidos al año, distribuidos así: en las islas del Caribe 400.000, en países de América Central 800.000 y en Sur América 3.000.000, todos ilegales porque en estos países el aborto no está permitido. (1)

El estudio de los factores psicológicos de las mujeres que se someten al aborto no ha arrojado resultados concluyentes. Helene Deutsch ha hecho énfasis en los impulsos destructivos latentes en todos los embarazos, en tanto que Moron tiene en cuenta la ambivalencia del deseo a embarazarse y los sentimientos de pérdida después del aborto. Esta autora ha observado que los embarazos no planeados son más frecuentes en los períodos de depresión.

Los estudios publicados en Francia, Estados Unidos y el Reino Unido después de la legalización del aborto, han encontrado la presencia de escasos síntomas psiquiátricos moderados o severos después del aborto. (2)

Reacciones emocionales

Nada Stotland considera que la respuesta emocional inmediata después del aborto puede incluir sentimientos de dolor, culpa, indiferencia o ambivalencia, los cuales son a menudo confundidos con un trastorno mental. La autora analiza los sentimientos que experimenta la mujer después del aborto en la siguiente forma:

Culpa. Con frecuencia las mujeres que abortan experimentan culpa después del aborto, sentimiento que puede estar relacionado con la terminación de una vida humana pero también con la precipitación o la concepción inoportuna lo cual denota una falta de control o falta de autoestima.

Tristeza/pérdida. Los sentimientos de tristeza y pérdida son universales y frecuentes entre las mujeres que experimentan un aborto. La expresión de estos sentimientos genera confusión en la paciente y en los que le proveen atención y cuidados. Puede parecer paradójico que una mujer que ha elegido terminar un embarazo pueda experimentar tristeza después del procedimiento; sin embargo, la tristeza es originada por la ambivalencia hacia el embarazo y el aborto, porque no se trata de una decisión cualquiera y, por sí mismo, el aborto es un evento vital en la vida de la mujer y está relacionado íntimamente con sus deseos, principios religiosos y éticos, sentimientos, frustraciones y otras emociones.

Madurez. Con frecuencia las mujeres reportan que la experiencia del aborto ha significado un cambio en sus vidas, que han pasado de la pasividad a la responsabilidad activa, y que ahora planean y conducen su destino. Reconocen que esta dolorosa decisión les ha enseñado a tomar con seriedad su futuro, sus deberes y obligaciones y que se sienten más responsables de sus actuaciones, decisiones y de la manera de afrontar las situaciones difíciles.

Alivio. A pesar de los sentimientos de remordimiento, de la decepción y las recriminaciones, algunas mujeres sienten que puede reenfocar su vida y continuar adelante. (3)

Aspectos psiquiátricos del aborto inducido

Existen dificultades y deficiencias metodológicas inherentes en el estudio de los aspectos psiquiátricos del aborto.

Las enfermedades psiquiátricas pueden actuar como factor de riesgo para un embarazo no planeado o para la aparición de complicaciones o problemas de salud mental después de un aborto. (4)

Los trastornos mentales pueden deteriorar la autoestima de la mujer, su asertividad, el control de sus impulsos, el juicio y su introspección. La depresión produce sentimientos de indefensión, falta de dominio, desesperanza y falta de autoestima, sentimientos que pueden interferir con la capacidad de la mujer para insistir en la contracepción o para rehusar a un intercambio sexual.

En el caso de la psicosis, la falta de juicio, la impulsividad y la desinhibición, aumentan el riesgo de acceder a una relación de tipo sexual de manera indiscriminada. (5)

La incidencia total de los episodios de enfermedad psiquiátrica después del aborto no es aun conocida. Los estudios realizados en el Reino Unido, donde el aborto es legal, han demostrado que las complicaciones psiquiátricas severas posaborto, caracterizadas por psicosis y la necesidad de hospitalización psiquiátrica, ocurren en mujeres con enfermedad psiquiátrica previa o en curso. (6)

La enfermedad psiquiátrica severa es ocho veces más común en el período posparto que en el período posaborto, en ambos casos, el riesgo de padecer una enfermedad mental, está relacionado con los cambios hormonales ocasionados por la terminación de la gestación. La investigación reportada por **Major** (7) y colaboradores, es consistente con otros estudios bien diseñados de respuestas psicológicas de mujeres quienes han tenido un aborto en el primer trimestre, pero lo más importante ha sido encontrar que las tasas de depresión y trastorno de estrés postraumático no son más altas entre las mujeres que aborta comparadas con mujeres de la misma edad en la población general.

No es claro porqué persiste la controversia sobre la existencia de riesgos asociados con el procedimiento. Una razón podría ser la naturaleza de la investigación científica que no ha podido proveer suficiente evidencia sobre la ausencia de efectos y la falta de una vía para conducir un estudio definitivo de los efectos del aborto inducido. Se requiere la asignación aleatoria de las mujeres con embarazos no deseados para continuar o terminar su gestación. Lo cual es éticamente imposible.

Por otra parte, si todos los estudios por sí mismos pueden tener algún error metodológico ¿qué tanto se puede confiar en sus conclusiones? Algunas investigaciones se realizan como estudios de casos, otras utilizan muestras autoseleccionadas o no tienen métodos replicables estadísticamente de la recolección de los datos o de su análisis. Un buen número de trabajos toman como

muestra a las mujeres que acuden en busca de ayuda psicológica, y cabe la pregunta ¿qué sucede con las mujeres que no solicitan ayuda? (7)

Otro aspecto que merece consideración es el relacionado con los estudios de seguimiento; se ha encontrado que aquellas mujeres que tienen características asociadas con mayor riesgo de respuesta negativa al aborto inducido son las que más participan en estos trabajos de investigación.

A la ya conocida dificultad metodológica en la investigación sobre el aborto inducido se suma entonces un problema semántico. La confusión a menudo empieza porque no se hace la diferenciación entre sentimientos negativos y síndrome psiquiátrico. El ejemplo más real se da con la confusión que genera el término depresión, el cual es usado como descripción del humor y como un término técnico para enunciar el diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica mayor. El otro problema deriva de que el aborto es practicado en mujeres quienes están embarazadas bajo condiciones difíciles y conflictivas. Las reacciones de la mujer al aborto inducido provienen de varias situaciones, sociales, religiosas, psicológicas, políticas, actitudes del personal que la atiende y de la comunidad. También juega un papel, aunque no principal, el procedimiento al que ha sido sometida para efectuar el aborto.(8)

La experiencia de tener un embarazo no deseado y decidir su terminación es por sí misma estresante, como también lo son los eventos y el contexto que rodean al aborto, el abandono de la pareja, el rechazo, los sentimientos de culpa, por ejemplo.(9)

Las reacciones emocionales que siguen al aborto suelen ser catalogadas como trastornos, pudiendo tratarse perfectamente de las reacciones de duelo o de la manifestación de los sentimientos secundarios a un evento vital, doloroso, y difícil de enfrentar.(10)

Es necesario continuar las investigaciones sobre el tema, buscando disminuir los sesgos metodológicos y llevar a cabo estudios en nuestro contexto, dadas las diferencias culturales, religiosas y las condiciones de nuestras pacientes, quienes acuden de manera clandestina a la práctica del aborto, que es considerada como delito en nuestro país, tal como sucede en otros países del mundo.(11)

Madres y padres que han perdido un niño por un aborto natural también sufren profundamente, aunque frecuentemente su dolor lo vivan en privado, o lo oculten. Temas recurrentes en mujeres que han sufrido un aborto espontáneo son el enfado y la frustración, el sentimiento de culpabilidad, sentirse sola, imaginarse que nadie podrá realmente comprender la profundidad de su dolor, y quedarse como atontada por el dolor.(12)

Un artículo de 2003, en la *Revista Americana de Crianza Materno-Infantil*_(13), afirma: “Sabemos, por estudios sobre la mujer, que la pérdida natural del feto es un suceso que cambia la vida, y que las mujeres experimentan sentimientos de vacío, miedo, culpabilidad y tristeza. Tienen una mayor necesidad de apoyo y albergan muchos temores acerca de su futuro embarazo. Mantienen un elevado nivel de depresión y ansiedad, incluso un año después del suceso”.

Todas las mujeres incluidas en este estudio informaron sobre sus sentimientos de culpabilidad respecto a la causa del aborto espontáneo, aunque la mayor parte de ellas dijeron que sabían que, de hecho, probablemente no lo habían causado. En las primeras semanas de un embarazo, es frecuente que se produzcan sentimientos contradictorios que dificultan la triste situación que produce un aborto espontáneo. Con frecuencia estas mujeres pasan solas ese momento. Pero si lo comparten con alguien, los demás puede que no lo entiendan, y que respondan con algún comentario como este: “Debe de haber ocurrido algo terriblemente malo; es mejor que se haya producido de esa manera”, o bien, “Pronto tendrás otro bebé”. Las mujeres me cuentan sus sentimientos de vacío y desolación, o de sentirse incapaces de criar al niño. Y rumian interiormente sobre qué es lo que hayan podido hacer para que se produjese la pérdida: si demasiado ejercicio, si un vaso de vino, o poca alimentación, o una caída, o sentimientos negativos sobre el embarazo, e incluso el haber pensado en interrumpirlo.

La muerte de un niño por el aborto provocado es con mucho la más traumática de las pérdidas y del pesar consiguiente. La muerte es violenta y prematura, y el cuerpo queda desmembrado. Para esos padres no quedan restos, ni un niño que tener en brazos, ni fotos que conservar, ni una ceremonia religiosa, ni una tumba que visitar. Las madres y los padres de hijos abortados sufren en soledad los sentimientos de desolación, de dolor, de culpabilidad, y frecuentemente sin admitirlos ni mencionarlos entre ellos mismos. La sociedad no otorga validez a sus insoportables sentimientos.

La relación mutua entre padre y madre se deteriora con frecuencia, debido a sus actitudes contradictorias sobre el aborto y respecto del papel que cada uno ha tenido en ello. Dolor, culpabilidad, depresión, odio a uno mismo, abuso de medicamentos, le lleva a tener poca energía física o afectiva en sus relaciones personales, en el trabajo, o en el estudio. Sus vidas se revuelven y se vienen abajo.

Las mujeres que no pueden dormir por la noche, con pesadillas recurrentes de niños a los que se mata o se hace trozos, con frecuencia recurren al alcohol, a las pastillas somníferas o a las drogas ilegales para conseguir dormir. Imágenes que les recuerdan su experiencia vivida del aborto provocado les acosan durante años, provocadas por cosas tan normales en el día a día como el sonido de una aspiradora de limpieza, o del aparato de succión en la clínica dental, o el sonido de

la música que escucharon en la clínica abortista, o ver a un niño en un anuncio en la televisión, o un examen ginecológico. Escenas retrospectivas que les hacen revivir el procedimiento abortivo que sufrieron. Les envuelve una ola de ansiedad, palpitaciones, hiperventilación, e hipersensibilidad al sonido.

Cada año, la fecha en que debía haber nacido el niño y el aniversario del aborto provocan dolor y sentimiento de culpabilidad. Los nuevos embarazos pueden ir acompañados con sentimientos de incapacidad para ser madre, lo que conduce a múltiples abortos. Y los fallecimientos en la familia provocan dolor y remordimiento por pérdidas pasadas también.

Los síntomas depresivos pueden hacerse insoportables y conducir a imaginar un suicidio, o a cometerlo realmente. Un reciente estudio longitudinal en Nueva Zelanda, donde el aborto es legal, siguió la trayectoria de más de 1.000 mujeres, desde su nacimiento hasta los 25 años. Cuarenta y uno por ciento de las mujeres de este grupo resultaron embarazadas antes de la edad de 25 años, con un 14,6% que llevaron a cabo abortos provocados. Las que abortaron acusaron índices elevados de subsiguientes problemas de salud mental que incluían depresión, ansiedad, conductas suicidas y desórdenes por abuso de bebidas o drogas, Estos índices eran significativamente más altos que los de problemas de salud mental en mujeres que no quedaron embarazadas, o que quedaron embarazadas y no procedieron a abortar. Estos hallazgos no cabría atribuirlos a los problemas de salud mental de estas mujeres jóvenes con anterioridad al aborto (13). Un estudio realizado en Finlandia(14) encontró que el índice de suicidios de mujeres, un año después de cometido un aborto, (37,4 por cada 100.000) era casi seis veces mayor que el índice de suicidio entre las que tuvieron el nacimiento normal del niño (5,9 por cada 100.000) y significativamente superior al índice de suicidios cometidos en la población general de mujeres con edad adecuada para el embarazo (11,3 por cada 100.000).

También pueden alterarse las relaciones con otros niños, en familias en las que ha habido abortos. Los niños que han venido después pueden ser objeto de sentimientos maternos contradictorios o de una sobreprotección por parte de la madre. Saber que ha habido hijos que se han abortado por tener malformaciones puede llevar a que los otros niños creen que cualquier actuación por su parte que sea “menos-que-perfecta” puede ser también un motivo para ser rechazado. Los abuelos, amigos, orientadores y enfermeras escolares que aconsejaron abortar, así como los que practicaron el aborto, tampoco escapan de la onda expansiva de esta epidemia actual de dolor y culpabilidad.

Otras culturas también sufren las consecuencias del trauma abortivo. En Japón, a los niños abortados se les llama “bebés aguados” y creen que no quedarán libres

para volver a Dios hasta que no sean rescatados por medio de oraciones ofrecidas en el templo budista por los monjes, y de los regalos de juguetes y caramelos que sus padres colocan ante las pequeñas esculturas de piedra que hay en los templos.(15). En Taiwán, a los niños abortados se los considera como “bebés espíritu” que volverán para acosar a sus padres, destruyendo sus matrimonios y sus negocios, a menos que se ofrezcan oraciones por ellos en los templos.

Los 45 millones de abortos que se han producido en este país durante los 34 años transcurridos desde la sentencia Roe v. Wade, y los 1,2 millones más de cada año, han producido una charca desbordante de dolor en los corazones de mujeres y hombres que han perdido a sus hijos de un modo prematuro y violento; un dolor que, hasta recientemente, han estado ocultando con un gran coste emocional. Cuando los padres de niños abortados superan su silencio y nos cuentan la tragedia que ha supuesto el aborto en sus vidas, y la comunidad científica corrobora los síntomas con datos irrefutables de investigación, el estrago que el aborto ha provocado en nuestra sociedad ya no puede ser denegado.

Cuando se reconoce el aborto como el trauma que realmente es, y el tratamiento profesional, junto al apoyo compasivo y la atención pastoral, se hace posible para madres y padres, entonces los que han sufrido por el aborto pueden convertirse en los que, ya heridos, sanan a nuestra sociedad, proclamando, en silencio o a gritos, un “¡Nunca más!”. El lago de lágrimas se está vertiendo en una encrespada riada de dolor, lista para inundar nuestra cultura y lavarla hasta dejarla limpia.

Cuando se retire la riada, mi esperanza es que dejará sus riberas fértiles para una nueva vida: para una cultura de la vida que surgirá en nuestra tierra y se extenderá por todo el mundo.

Otra de las consecuencias del aborto, suele ser el rechazo de su propia sexualidad. Presentan sentimientos de animadversión y rechazo a su propia pareja, que pueden interrelacionarse con sentimientos de frigidéz sexual, esterilidad futura y distintas dificultades específicas en la adaptación sexual. En general suelen ser mujeres con poca identidad femenina y con rechazo de su papel maternal, que puede llevar en algunos casos a la destrucción de su matrimonio (16).

El hombre y el aborto

Los hombres cuyas mujeres toman la decisión de abortar se sienten fuera de control, aislados y bravos consigo mismo y con su pareja. También temen que el aborto cause daño físico y emocional a la mujer, los hombres por lo general, no quieren intervenir en la decisión y suelen mantenerse un poco distantes aunque en el fondo desean ser partícipes del proceso. Por esto es muy importante que la mujer

comparta con el hombre en estos momentos. Al igual que las mujeres, los hombres se hacen las mismas preguntas cuando su embarazo no es deseado; sin embargo sienten que tienen menos derecho que ellas a presionar porque el niño no depende de su propio cuerpo. Las consecuencias son similares a las de las mujeres; la mayoría de los hombres que han tenido posibilidades de procesar la decisión no sienten arrepentimiento. En cambio cuando la decisión no ha sido tomada en pareja y cuando hay excesivas presiones por tomar la decisión, los sentimientos de culpa le invaden y suelen pensar constantemente en el niño que hubiera podido nacer. En ningún país de occidente en el que el aborto es legal, se da derecho al hombre sobre la decisión porque se considera que la mujer no puede ser legalmente obligada a una decisión que involucra a su cuerpo.

Es lógico que los efectos negativos del aborto en la mujer afecten también la relación con su esposo "amigo". Precisamente entre los efectos negativos emocionales del aborto en la mujer están la aversión hacia su esposo "amigo", una desarmonía general en sus relaciones interpersonales. De hecho ciertos estudios muestran que hasta un 70% de las parejas se separan en término de un año después de haber ocurrido el aborto.

Tristemente, en muchos casos, por no decir la mayoría, es el marido o "amigo" quien empuja a la mujer hacia el aborto, negándole todo tipo de apoyo o aun amenazándola con el abandono si no se lo practica. Todo esto va no sólo en detrimento de la mujer, sino de la misma institución del matrimonio y la familia. El aborto facilita el machismo y la explotación de la mujer por parte del hombre, pues le hace más fácil ser irresponsable y la convierte a ésta en un objeto sexual.(16)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio se realizó porque el aborto es una condición que tiende a dejar huellas psicológicas importantes en la mujer, pese a ello siguen presentándose con mucha frecuencia ya sea legal o ilegal y los aspectos emocionales que se presentan posterior a este siguen estando presentes. Cuando una mujer aborta tiene un seguimiento de aspecto médico por ejemplo evitar infecciones hemorragias y demás complicaciones pero nadie se preocupa por saber cómo se sienten psicológicamente cuales son los factores familiares sociales o sexuales que llevarlo a tomar esa decisión y es de importancia ya que el ser humano es un ente biopsicosocial, se analizaran en este estudio la implicación psicológica (emocional), conyugal, familiar de las mujeres que han tenido la experiencia del aborto por lo tanto nos llevó a realizar la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los aspectos emocionales y familiares post-aborto en mujeres de 20 a 35 años en la UMF No 20 del IMSS?

OBJETIVO.

Determinar los aspectos emocionales y familiares post-aborto en mujeres de 20 a 35 años en el UMF Núm. 20 a del IMSS.

Objetivos específicos:

- a) Identificar las características sociodemográficas y antecedentes ginecológicos de las mujeres.
- b) Identificar la presencia de depresión, baja autoestima en la mujer que ha tenido como experiencia un aborto.
- c) Evaluar el grado de funcionabilidad familiar en las pacientes que han presentado un aborto
- d) Determinar el grado de funcionabilidad y apoyo conyugal de las pacientes con aborto
- e) Determinar el grado de apoyo social percibido por estas pacientes.
- f) Identificar qué características sociodemográficas tienen las mujeres con mayor afectación emocional y familiar.

JUSTIFICACION

Los últimos datos estadísticos obtenidos sobre el aborto son obtenidos en base a las instituciones de salud del Sector Público, según esta estadística en la SSA (solo hospitales) se atendieron 68 874 casos de aborto, en IMSS,31,023 casos, en IMSS solidaridad 9,785, en ISSSTE 9471, y en otras instituciones dentro las cuales se encuentran Institutos Nacionales de Salud (SSA), Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y PEMEX se atendieron 4,070 casos, el total de casos fue de 123,223 mujeres atendidas por aborto. Esta fuente fue obtenida del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2001. Estadísticas del sector salud y seguridad social. Aguascalientes: INEGI.

Las madres y los padres de hijos abortados sufren en soledad los sentimientos de desolación, de dolor, de culpabilidad, y frecuentemente sin admitirlos ni mencionarlos entre ellos mismos. La sociedad no otorga validez a sus insoportables sentimientos.

La relación mutua entre padre y madre se deteriora con frecuencia, debido a sus actitudes contradictorias sobre el aborto y respecto del papel que cada uno ha tenido en ello. Dolor, culpabilidad, depresión, odio a uno mismo, abuso de medicamentos, le lleva a tener poca energía física o afectiva en sus relaciones personales, en el trabajo, o en el estudio. Sus vidas se revuelven y se vienen abajo, incluso en algunos casos la destrucción de su matrimonio.

Las reacciones emocionales negativas posteriores a la interrupción de un embarazo no deseado tienen una relación muy directa con la calidad de la atención que ofrecen los hospitales públicos a las mujeres que buscan atención de urgencia por las complicaciones de una intervención realizada en condiciones inseguras. La calidad técnica de la atención varía de acuerdo con los recursos de los hospitales, pero la mayoría carece de personal capacitado para proporcionar servicios integrales de atención post-aborto, que aseguren el seguimiento de las mujeres, les brinden apoyo emocional, o les ofrezcan información amplia y accesible para evitar un nuevo embarazo no deseado.

De ahí la importancia de esta investigación podemos comprender todos los aspectos psicológicos que se pueden presentar posterior a un aborto , es de importancia saberlo ya que en base a estos podemos determinar qué tipo de apoyo psicológico o psiquiátrico necesitan.

HIPOTESIS DE TRABAJO-

Las pacientes que han sufrido algún aborto si tienen reacciones emocionales y familiares.

SUJETOS MATERIAL Y METODOS

1. **LUGAR DE ESTUDIO**: El hospital donde se llevó a cabo la investigación fue en el UMF NUM 20 de la Ciudad de México, es un hospital de 1er nivel ubicada en Cal. Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas.
2. **DISEÑO**: La presente es una investigación OBSERVACIONAL DESCRIPTIVA.

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

- Por el control de la maniobra a experimentar: Observacional
- Por la medición del fenómeno: Transversal
- Por la presencia de un grupo control: Descriptivo
- Por el tiempo: Retrospectivo

2.2 GRUPOS DE ESTUDIO

A) **Características del grupo de estudio.** Mujeres de 20-35 años de edad que tengan como antecedente ginecobstétrico de aborto, que reciben atención en la consulta externa de la UMF20.

B) Criterios de Inclusión.

- Mujeres de 20-35 años de edad.
- Mujeres con antecedentes abortos.
- Que desearon participar

C) Criterios de exclusión Pacientes con padecimientos neurológicos o psiquiátricos severos que les impidieran contestar la encuesta

D) Criterios de Eliminación.

- Toda paciente que no contestó al 100% el cuestionario

2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para efectos de la recolección de la información se tomó una muestra de pacientes con antecedentes de ABORTO. El tamaño de la muestra se estimó con la prevalencia del 15% = P 0.15 con una amplitud del 10 % y un IC| del 99% dándonos un total de pacientes de 339. |

En base a la fórmula:

$$N=4z\alpha^2 P(1-P)\div W^2$$

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO:

Emociones, depresión ansiedad, apoyo conyugal, funcionalidad familia, funcionalidad conyugal, apoyo social, características sociodemográficas; edad, ocupación escolaridad, etc. AGO.

Aspecto psicológico:	Definición conceptual	Definición operacional	Escalas de medición	Pruebas estadísticas
Depresión	El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el estado del ánimo y la manera de pensar del entorno y de uno mismo.	Se valora por medio de la escala de depresión de Zung cuyos resultados se interpretan como: Ausencia de depresión, depresión leve moderada y severa dependiendo de la puntuación.	Cualitativa ordinal	Frecuencia porcentaje.
Autoestima	Percepción emocional profunda de las personas que tienen por si mismas	Se valora por medio de la escala de autoestima de Rosenberg, cuyos resultados se evalúan como baja autoestima, autoestima estable y alta autoestima	Cualitativa ordinal	Frecuencia Porcentaje
Emociones	La emoción es un proceso psicológico adaptativo, que tiene la finalidad de reclutar y coordinar el resto de los procesos psicológicos cuando situaciones determinadas exigen una respuesta rápida y efectiva para ajustarse a cambios que se producen en el medio ambiente	Se obtendrá por medio del cuestionario expresando en forma escrita el tipo de emoción que experimentaron.	Cualitativa nominal politomica	

Funcionamiento familiar	Grado de satisfacción respecto a las funciones familiares	Se valora mediante el instrumento APGAR que es un instrumento de evaluación familiar, el cual mide la adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución	Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentajes
Funcionabilidad conyugal	Es el estado de satisfacción o acercamiento emocional a la vida de la pareja	Se valorara por medio del instrumento de FUNCIONABILIDAD CONYUGAL DE CHAVEZ Y VELASCO que de acuerdo a su porcentaje obtenido se clasifican a las parejas: -Parejas funcionales -Parejas moderadamente disfuncionales -Parejas gravemente disfuncionales y se evalúan las áreas de comunicación adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.	Cualitativa ordinal	Frecuencia porcentajes
Apoyo social percibido	Es la conexión social que tiene el individuo con otros seres significativos de su entorno social	Se valorar por medio del cuestionario de APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE DUKE UND el cual nos determina: - Buen apoyo -Apoyo regular -Sin apoyo	Cualitativa ordinal	Porcentaje
SOCIODEMOGRAFICAS	Definición conceptual	Definición operacional	Escalas de medición	Pruebas estadísticas
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio	Se medirá en años cumplidos al aplicar el cuestionario y se agrupara en intervalos: -Menor de 20 años -De 21 a 25 -De 25 a 30 -De 30 a 35	Cuantitativa numérica continua	Media y desviación estándar
Estado civil	Condición de un individuo respecto a sus relaciones con la sociedad	Se obtendrá mediante el cuestionario y se clasificara : -Casada -Unión libre	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje

Ocupación	Condición de un individuo que presta un servicio, actividad o función dentro de una empresa o institución para recibir a cambio un pago monetario.	-Soltera Se obtendrá del cuestionario y se clasificara: -Profesional -Empleada -Ama de casa	Cualitativa nominal	Frecuencia y Porcentaje
Escolaridad	Nivel de estudios alcanzados	Se obtendrá por medio del cuestionario y se clasificara: -Primaria -Secundaria -Bachillerato -Carrera Técnica -Profesional	Cualitativa ordinal	Porcentaje
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS	Definición conceptual	Definición operacional	Escalas de medición	Pruebas estadísticas
Numero de gestas	Número de veces que se ha embarazado	Se obtendrá al preguntar directamente en el cuestionario.	Cuantitativa	Media y desviación estándar
Número de abortos	Número de abortos que ha tenido en toda su vida	Se obtendrá al preguntar directamente en el cuestionario.	Cuantitativa	Media y desviación estándar
Edad del primer aborto	Edad en la que tuvo su primer aborto	Se obtendrá al preguntar directamente en el cuestionario.	Cuantitativa	Media y desviación estándar
Tipo de aborto	Se refiere solo si este fue espontaneo o inducido	Se obtendrá al preguntar directamente en el cuestionario.	Cualitativa nominal	Mediana y desviación estándar

2.5 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Se presentó protocolo de estudio a autoridades del hospital para tener la autorización de realizarlo, posteriormente bajo consentimiento informado se aplicaron las encuestas directamente de los pacientes de los sitios antes mencionados.

Una vez seleccionada a la paciente:

1. Se le explicó en que consiste el estudio y si desea participar
2. Después de aceptar se dio a afirmar el consentimiento informado, explicando la importancia de este documento.

Previo al consentimiento informado se aplicó la encuesta elaborada que incluye: de datos generales, ginecoobstétricos, aspectos psicológico determinado por ciertas emociones así como autoestima y depresión, apoyo social percibido, apoyo conyugal y funcionalidad conyugal sexual y familiar.

3. Se recabó la información obtenida
4. Se calificó los instrumentos de acuerdo a cada uno de ellos.
5. Se arrojaron resultados

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

A) FUNCIONALIDAD CONYUGAL DE CHAVEZ Y VELASCO

Es un instrumento que valora a través de la escala cuali-cuantitativa, la comunicación el afecto, la adjudicación de roles, la insatisfacción sexual, y la toma de decisiones en al pareja dando un valor numérico de 0,5,10 según el grado de satisfacción para cada pregunta, realizando la sumatoria de puntos y comparándola con una escala preestablecida en la que el valor de 0 a 40 puntos habla de parejas severamente disfuncionales, valores entre 41 y 70 parejas moderadamente disfuncionales y con mayor de 70 puntos parejas consideradas funcionales.

B) APGAR

Es un instrumento de evaluación familiar que consta de 5 reactivos que mide el funcionamiento familiar, su adaptabilidad su participación su crecimiento, afecto y resolución.

Puntos	Evaluación
0-3	Familia altamente disfuncional
4-6	Moderada disfunción familiar
7-10	Familia funcional

C) CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE DUKE-UND

Consta de 11 ítems, es un reflejo de apoyo social recibido.

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación <32, para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo)

D) ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

Cuestionario formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos.

Tienen gran peso los síntomas somáticos y cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

La interpretación del resultado se basó en una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20 a 80 puntos.

<= 28	Ausencia de depresión
Entre 28 y 41	Depresión leve
Entre 42 y 53	Depresión moderada
>= 53	Depresión grave

E) ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Se considera como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos.

Los valores superiores nos indican una autoestima muy alta y los valores por debajo una autoestima baja.

2.6ANALISIS DE DATOS.

Se utilizó estadística descriptiva de medidas de tendencia central y frecuencias y porcentajes. Una vez obtenida la información, se procedió a procesarla mediante el uso de programas estadísticos disponibles, como el SPSS.

RESULTADOS.

Del total de las pacientes estudiadas se observó lo siguiente:

La edad promedio en el momento del estudio fue de 26 ± 4.52 años, siendo el rango de edad que predominó el de 20 a 25 años con 50.4% (171), con estado civil unión libre un 46.3% (157), ocupación amas de casa con un 48.4% (164) y empleadas el 44.5% (151), con una escolaridad de secundaria el 41.6% (141). Cuadro 1 y 2.

CUADRO 1. DATOS GENERALES DE PACIENTES QUE PRESENTARON ABORTO.

DATOS GENERALES	N	%
Edad:		
20-25 años	171	50.4
26-30 años	92	27.1
31-35 años	76	22.4
Edo. Civil:	88	26.0
Casada	157	46.3
Unión libre	94	27.7
Soltera		
Ocupación:	164	48.4
Ama de casa	151	44.5
Empleada	24	7.1
Profesional		
Escolaridad:	56	16.5
Primaria	141	41.6
Secundaria	76	22.4
Bachillerato	40	11.8
Carrera Técnica	26	7.7
Licenciatura		

Fuente : Encuesta de emociones en pacientes con postaborto UMF 20

CUADRO 2. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

MEDIDAS ESTADISTICAS	MEDIA	MEDIANA	MODA	DE
Edad	26.34	25	21	4.52
No. Embarazos	1.79	2	2	.812
No. de Abortos	1.06	1	1	.310
Edad del Aborto	20.51	20.0	2	4.079

Fuente : Encuesta de emociones en pacientes con postaborto UMF 20

Los antecedentes ginecoobstétrico de importancia con los que contaban son el haber tenido 2 embarazos en el 44.2% (150) y un embarazo el 40.7% (138), siendo el promedio de $1 \pm .8$, han tenido un aborto en el 94.7% (321), siendo el promedio $1 \pm .3$, de los cuales el rango de edad donde se suscitó este fue en un 57.8% en mujeres de 15 a 20 años (196) con un promedio de 20 ± 4 años. El tipo de aborto encontrado fue el espontaneo con un 87% (295) y la programación del embarazo que termino en aborto fueron embarazos deseados en un 26% (88) y el no planeado en el 21.2% (72).
CUADRO 3

CUADRO 3. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE PACIENTES QUE PRESENTARON ABORTO.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	N	%
No. EMBARAZOS		
1	138	40.7
2	150	44.2
3	38	11.2
4	11	3.2
5	2	.6
No. ABORTOS		
1	321	94.7
2	16	4.7
4	2	.6
EDAD DEL ABORTO:		
15-20 años	196	57.8
21-30	126	37.2
31-35	17	5
TIPO DE ABORTO:		
Espontaneo	295	87
Inducido	44	13
PROGRAMACION DEL EMBARAZO QUE TERMINO EN ABORTO		
Planeado	68	20.1
No planeado	72	21.2
Programado	49	14.5
No programado	37	10.9
Deseado	88	26
No deseado	25	7.4

Fuente : Encuesta de emociones en pacientes con postaborto UMF 20

El tipo de funcionamiento familiar percibido al momento del aborto se encontró familias moderadamente disfuncionales con un 54.9% (186) y con un apoyo conyugal moderadamente disfuncional en un 48.4% (164) dentro de las cuales el 84.4% mostraron apoyo social normal (286). CUADRO 4

CUADRO 4 CARACTERISTICAS SOCIALES DE PACIENTES QUE PRESENTARON EL ABORTO

CARACTERISTICAS SOCIALES	N	%
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR :		
Disfunción Severa	66	19.5
Disfunción Moderada	186	54.9
Funcional	87	25.7
APOYO CONYUGAL:		
Parejas Severamente Disfuncionales	80	23.6
Parejas Moderadamente Disfuncionales	164	48.4
Parejas Funcionales	95	28
APOYO SOCIAL:		
APOYO NORMAL	286	84.4
APOYO BAJO	53	15.6

Fuente : Encuesta de emociones en pacientes con postaborto UMF 20

El aborto que causó más impacto fue el primero con un 98.2%(33), de estas pacientes el 48.1 % mostraron depresión leve (163), con una autoestima baja en el 55.5%(188). Las emociones detectadas posterior al aborto fueron tristeza en un 89.1% (302), dolor en un 56.3% (191), culpa 50.4% (171), pérdida 39.5% (134) y miedo en un 31.9% (108). CUADRO 5

CUADRO 5. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS PRESENTES EN EL ABORTO

CARACTERISTICA PSICOLOGICA	N	%
<u>ABORTO QUE CAUSO MAS IMPACTO:</u>		
1º	333	98.2
2º	6	1.8
<u>DEPRESION:</u>		
AUSENCIA DE DEPRESION	92	27.1
DEPRESION LEVE	163	48.1
DEPRESION MODERADA	73	21.5
DEPRESION GRAVE	11	3.2
<u>AUTOESTIMA:</u>		
AUTOESTIMA BAJA	188	55.5
AUTOESTIMA NORMAL	144	42.5
AUTOESTIMA ALTA	7	2.1
<u>EMOCIONES ENCONTRADAS POR EL ABORTO:</u>		
TRISTEZA	302	89.1
DOLOR	191	56.3
REMORDIMIENTO	105	31
PERDIDA	134	39.5
CULPA	171	50.4
ALIVIO	49	14.5
MADUREZ	53	15.6
FRACASO	91	26.8
CORAJE	99	29.2
RESENTIMIENTO	75	22.1
MIEDO	108	31.9

Fuente : Encuesta de emociones en pacientes con postaborto UMF 20

DISCUSION.

Los aspectos emocionales encontrados en el grupo de pacientes estudiadas fueron la tristeza, dolor, culpa, pérdida, remordimiento. Al momento del aborto se percibía una disfunción moderada con la familia y su pareja, baja autoestima y depresión leve.

Dichas manifestaciones encontradas concluyen con los estudios elaborados de Nada Stotland⁶ donde refiere que la tristeza es un sentimiento universal expresado por las mujeres que han tenido como experiencia un aborto, así la culpa es un sentimiento que con frecuencia expresan las mujeres que abortan, sentimiento que puede estar relacionado con la terminación de una vida humana pero también con la precipitación o la concepción inoportuna lo cual denota una falta de control o falta de autoestima.

Un estudio realizado en torno al aborto terapéutico Pavia y cols¹⁵. reportó que si bien la etapa inmediatamente seguida al aborto la mayoría de las mujeres observaba un alivio y reacciones positivas, en el presente estudio esta emoción fue una de las manifestaciones psicológicas que encontramos en menor frecuencia sobre todo en aquellas mujeres cuyo tipo de aborto fue inducido y principalmente en grupo de mujeres que en la adolescencia decidieron abortar, aunque en otros estudios muestran al alivio y la culpa, ambos, como un sentimiento de ambivalencia, sin embargo este proceso es una respuesta emocional de la mujer y de su familia frente al aborto que resulta complicada ante la decisión de tal evento.

La madurez también como reacción psicológica encontrada en esta muestra de pacientes, coincide nuevamente con los estudios de Nada Stotland⁶, donde refiere que con frecuencia las mujeres reportan que la experiencia del aborto ha significado un cambio en sus vidas, que han pasado de la pasividad a la responsabilidad activa, y que ahora planean y conducen su destino. Reconocen que esta dolorosa decisión les ha enseñado a tomar con seriedad su futuro, sus deberes y obligaciones y que se sienten más responsables de sus actuaciones, decisiones y de la manera de afrontar las situaciones difíciles. La madurez y el alivio como tal en nuestro estudio se encontró en menor porcentaje en comparación con el resto de las emociones encontradas, así tenemos que la madurez fue expresada en mujeres que experimentaron su primer aborto en la adolescencia en cuyo momento se encuentran haciendo planes profesionales. En nuestro grupo de pacientes principalmente en aquellas que presentaron el aborto en la adolescencia se encontraban cursando la secundaria y preparatoria, con un mínimo porcentaje de profesionistas que también culminó su embarazo en aborto inducido quizá por el mismo concepto de expectativas o planes elaborados.

Por otro lado, las diferencias obtenidas con respecto a la muestra de abortos espontáneos, nos permiten pensar que se trata de dos situaciones que difieren en algo,

ya que principalmente en nuestro grupo de pacientes, las mujeres que indujeron un aborto muestran reacciones emocionales diferentes como la tristeza y la culpa en cuyo momento del estudio estaban a un presentes como el dolor con expresión de lágrimas, así de los abortos espontáneos, son el enfado y la frustración, el sentimiento de culpabilidad, sentirse sola, imaginarse que nadie podrá realmente comprender la profundidad de su dolor, y quedarse como atontada por el mismo. Uno de los casos la mujer lo expresaba como si nada pasara a pesar de ya haber tenido 4 abortos, con esto podemos decir que este aspecto merece consideración ya que se ha encontrado que aquellas mujeres que tienen características asociadas con mayor riesgo de respuesta negativa al aborto inducido de las cuales son las que más participan en estos trabajos de investigación por tener cierto control de expresión de sus emociones.

Observamos que el aborto que genero mayor impacto fue el primero en un 80% de las mujeres investigadas, en todas aquellas en las que el segundo aborto genero más impacto regularmente eran mujeres que ya habían tenido un aborto previo cuyo embarazo que termino era planeado, programado o deseado. Sin duda en aquellas mujeres que cuyo embarazo no eran deseados o planeados son las mujeres que coinciden en que su tipo de aborto fue inducido.

Un artículo de 2003, en la *Revista Americana de Crianza Materno-Infantil*¹³ afirma: que la pérdida natural del feto es un suceso que cambia la vida, y que las mujeres experimentan sentimientos de vacío, miedo, culpabilidad y tristeza; teniendo una mayor necesidad de apoyo y albergando muchos temores acerca de su futuro embarazo. Pero a pesar de todos los estudios realizados no arrojan resultados concluyentes por lo cualitativo del de manejo de la variable emoción. Tomando en cuenta lo que refieren Helene Deutsch¹⁵ al hacer énfasis en los impulsos destructivos latentes en todos los embarazos, en tanto que MORON⁴ tiene en cuenta la ambivalencia del deseo a embarazarse y los sentimientos de pérdida después del aborto. En el presente estudio nuestras pacientes presentaron abortos cuya programación del embarazo fue deseado se encontraban ya con pareja estable en unión libre por lo que pudiera explicarse los sentimientos de ambivalencia entre el deseo y rechazo.

Dentro de los efectos psicológicos en la mujer destacan los trastornos depresivos y de ansiedad¹⁵. Un 60% de las mujeres que experimentan secuelas post-aborto declaran albergar ideas suicidas y un 28% intentan quitarse la vida de las cuales la mitad lo ha intentado más de dos veces Los efectos están más determinados por factores como la edad, estado físico y emocional, número de ocurrencia si fue la primera vez y/o han ocurrido otras ocasiones, creencias religiosas, conceptos de lo bueno y malo, pensamientos filosóficos, éticos y religiosos así como el estado civil y número de hijos existentes. Aunque no se analizó ansiedad en nuestras variables con lo respecto a la depresión en al menos un 70 % manifestaciones de algún grado de depresión, siendo

importante valorando el nivel de autoestima con la que contaban estas pacientes en el momento del aborto donde más del cincuenta por ciento mostraron autoestima baja.

Aunque no se interrogó sobre tipología familiar, se indaga que el porcentaje de las mujeres que abortaron durante la adolescencia guarda relación con esta así como en la dinámica familiar ya que la gran mayoría de ellas en el momento del aborto se encontraron en familias moderadamente disfuncionales y también con la pareja, aminorado por el apoyo percibido ya que culturalmente las redes de apoyo para con estas pacientes principalmente adolescentes llegan a ser tanto internas como externas.

CONCLUSIONES

- Edad de las pacientes estudiadas fue el grupo de 20 a 25 años de edad con un 50.4%. Con estado civil de unión libre, amas de casa y escolaridad de secundaria. La gran mayoría de las pacientes presentaron 2 embarazo, un 94.7% han tenido un aborto en su vida predominantemente en el rango de edad de los 15 a los 20 años, el mecanismo del aborto fue espontaneo y de acuerdo a su programación eran embarazos no deseados.
- Un 70% de las pacientes presentaron algún grado de depresión posterior a su aborto: siendo el grado leve la de mayor frecuencia en casi el 50 %. El mismo porcentaje de pacientes refirió baja autoestima.
- Al momento del aborto percibieron encontrarse en familias moderadamente disfuncionales. Con apoyo conyugal moderadamente disfuncional.
- Aunque se contará con familias y parejas disfuncionales se percibieron con apoyo social.
- Las emociones desencadenadas posteriores al aborto fueron en mayor porcentaje: tristeza, dolor, culpa, pérdida y miedo.

REFERENCIAS

- (1) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, 2001. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 17. Aguascalientes: INEGI.
- (2) IPAS MÉXICO, 2002. Resultados de la encuesta aplicada durante los talleres de atención integral e interrupción legal del embarazo para mujeres víctimas de violencia sexual. Informe preliminar (no publicado).
- (3) MAITRE S, BOUCHAR DP, SPITZ I. Medical Termination of Pregnancy. *New Engl Medicine* 2000; 342: 946-56.
- (4) MORON MC. Psychological Aspects of Induced Abortion. *Psychol Med* 1982; (8): 181-185
- (5) MURRAY S, MUSE K. Mifepristone and First Trimester Abortion. *Clin Obst Gynecology* 1996; 39(2):474-85.
- (6) STOTLAND NL. Psychological Aspects of Induced Abortion. *Clin Obst Gynecology* 1997; 40(3):673-668.
- (7) MAJOR B, COZARELLI C., et al. Psychological Responses of Women After Second Trimester Abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000(4); 512-530.
- (8) STOTLAND NL. Abortion: Facts and Fellings. American Psychiatric Press, Washington, D.C, 1998;30(6): 234-245.
- (9) STOTLAND NL. Induced abortion in the United States. In: *Psychological Aspects of Women's Health Care*, Stotland N.L., Stewart D.E. (Eds), American Psychiatric Press. Washington, D.C, 2000; (8): 180-185
- (10) MAJOR B, COZARELLI C, COOPER L, ZUBEK J, RICHARDS C., et al. Psychological Responses of Women After First Trimester Abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000(4); 777-884.
- (11) BLUMENTHAL SJ. Psychiatric consequences of abortion: Overview of research findings. In *Psychiatric aspects of abortion*. Stotland NL (Ed). American Psychiatric Press Washington D.C, 1991, 47 (1): 19-24
- (12) DAGG PK. The psychological sequelae of therapeutic abortion—denied and completed. *Am J Psychiatry* 1991; (148): 578-585.

(13) FOSTER A., VAN J., STEINAUER J. Educational and legislative initiatives affecting residency training in abortion. *JAMA* 2003; (29): 177-178

(14) Freda, MC, "The Lived Experience of Miscarriage after Infertility", *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 2003, (28) :16-23.

(15) Ferguson, DM, et al. "Abortion in Young Women and Subsequent Mental Health", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006,47 (1): 16-24

(16) Gissler M, "Suicides alter Pregnancy in Finland. 1987-94: register linkage study", *British Medical Journal*, Dec.7, 1996(31):1431-1434.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha	El estudio se realizará en UMF No. 20 del IMSS Distrito Federal, a ____ del mes: ____ del 2012
Por medio de la presente autorizo	_____
participar en el protocolo de investigación titulado	ASPECTOS EMOCIONALES Y FAMILIARES POST-ABORTO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS EN UMF No. 20 DEL IMSS
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	3404

El objetivo del estudio es: Determinar los aspectos emocionales y familiares post-aborto en mujeres de 20 a 35 años en la UMF No. 20 del IMSS

Se me ha explicado que mi participación consistirá: si acepto a participar ocurrirá lo siguiente:

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Llenar un cuestionario de factores sociodemográficos, antecedentes de aborto y aspectos familiares.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar oportunamente las emociones individuales y familiares que puedan repercutir en la paciente postaborto y en caso de detectarse con cronicidad alguna alteración podrá orientarse para el manejo adecuado.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE
	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 08:00 a 15:00 hrs., de lunes a viernes al teléfono 53331100 extensión 15320 , en la Coordinación de Educación de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, Distrito federal, IMSS.

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1	LUGAR Y FECHA
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2	LUGAR Y FECHA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“ASPECTOS EMOCIONALES Y FAMILIARES POST-ABORTO EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS EN LA UMF NUM 20 DEL IMSS”

Instrucciones: La veracidad de sus respuestas es muy importante para este estudio por lo que marque con una X de manera veraz las siguientes preguntas, toda la información será **CONFIDENCIAL**.

1. **EDAD** _____ años cumplidos

2.ESTADO CIVIL	Casada	Unión Libre	Soltera
3.OCUPACION	Ama de casa	Empleada	Profesional
4.ESCOLARIDAD TERMINADA	Primaria	Secundaria	Bachillerato
	Carrera Técnica	Licenciatura	

5. ¿Cuántas veces te has embarazado? _____

6. De esos embarazos ¿cuantos han sido abortos? _____

7. Si has tenido más de un aborto ¿Cuál fue el que genero más impacto emocionalmente? _____

8. En forma honesta, que sentimiento o sentimientos experimentaste cuando se suscitó el aborto: _____

9. ¿Cuántos años tenías cuando sufriste el aborto? _____

10. El aborto fue: Espontáneo () Inducido ()

11. El embarazo que culminó en este aborto era :
 A) Planeado B) No planeado C) Programado D) No programado E) Deseado F) No deseado

12. A continuación se realizaran una serie de preguntas, favor marcar con una **X** la columna según la respuesta escogida, sus respuestas serán en base al momento en que se suscitó el aborto.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Estaba satisfecha con el apoyo que recibió de su familia cuando tuvo el problema o paso por la situación crítica?			
2. ¿Estuvo satisfecha con la manera e interés con que su familia discutió el problema y la forma en que participó			

con usted en la resolución?			
3. ¿La familia respeto sus decisiones y aceptó sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
4. ¿Estuvo satisfecha con la forma en que su familia expreso el afecto y respondió a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
5. ¿Estuvo satisfecha con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasaron juntos en el evento?			

En las siguientes preguntas marque con una x la columna de la respuesta que elijas, sus respuestas serán en base al momento en que se suscitó el aborto:

	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
Se comunicó directamente con su pareja cuando sucedió el aborto			
La pareja expresó claramente los mensajes que intercambiaba			
Existió congruencia entre la comunicación verbal y la análoga			
La pareja cumplió con roles que mutuamente se adjudicaron			
Fueron satisfactorios los roles que asumió su pareja			
Se propició el intercambio de roles entre pareja			
Fue satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales			
Fue satisfactoria la calidad de la actividad sexual			
Existieron manifestaciones físicas de afecto por parte pareja			
El tiempo que le dedico su pareja fue gratificante			
Se interesó por el desarrollo y superación de su pareja			
Percibió que fue querida por su pareja			
Las decisiones importantes para la pareja se tomaron conjuntamente			

Por favor marque con una (X) la columna elegida, sus respuestas serán en base al momento en que se suscitó el aborto.

	POCO TIEMPO	ALGO DE TIEMPO	UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
Me sentía decaída y triste				
Por las mañanas es cuando me sentía mejor				
Sentía ganas de llorar e irrumpir en llanto				
Tenía problemas para dormir por la noche				
Comía la misma cantidad de siempre				
Todavía disfrutaba del sexo				
Perdí peso				
Tuve problemas de estreñimiento				
Mi corazón latía más rápido de lo normal				

Me cansaba sin razón alguna				
Mi mente estuvo tan clara como siempre				
Me fue difícil hacer lo que siempre hacía				
Me sentía agitada y no puede estar quieta				
Sentía esperanza en el futuro				
Estuve más irritable de lo normal				
Me fue fácil tomar decisiones				
Sentía que era útil y me necesitaban				
Mi vida era bastante plena				
Sentí que los demás hubieran estado mejor si yo muriera				
Todavía disfrutaba de las cosas que disfrutaba antes				

En las siguientes preguntas marque con una x la columna de la respuesta que elijas, sus respuestas serán en base al momento en que se suscito el aborto.

	Mucho menos de lo que deseo.	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibí visitas de mis amigos y familiares.					
2. Recibí ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibí elogios y reconocimientos cuando hacia bien mi trabajo					
4. Conté con personas que se preocupaban de lo que me sucedió					
5. Recibí amor y afecto					
6. Tuve la posibilidad de hablar con alguien de mi problema en el trabajo o en la casa.					
7. Tuve la posibilidad de hablar con alguien de mi problema personal y familiar.					
8. Tuve la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibí invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10. Recibí consejos útiles cuando me ocurrió el acontecimiento importante en mi vida.					
11 Recibí ayuda cuando estuve enferma en la cama					

Por favor marque con una (X) la columna elegida, sus respuestas serán en base al momento en que se suscito el aborto.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Sentía que era una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Creía que tenía un buen número de cualidades.				
3. En general, me incline a pensar que soy una fracasada.				
4. fui capaz de hacer las cosas también como la mayoría de la gente.				
5. Me sentí que no tenía muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6. Tenía una actitud positiva hacia mí misma.				
7. En general, estaba satisfecha conmigo misma				
8. Deseaba valorarme más a mí misma				
9. A veces me sentía verdaderamente inútil.				
10. A veces pensé que no era buena en nada.				