



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“El proceso de duelo en adolescentes ante un
aborto inducido”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

Samid Wendy Herrera Portillo

Sandra Patricia López Contreras

Director: Lic. Rogelio León Mendoza

Dictaminadores: Mtra. Rosa Isela Ruiz García

Lic. Lino Mauricio Contreras Vázquez



Los Reyes Iztacala, Edo. México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

La culminación de la presente tesis, es un gran esfuerzo en el cual directa o indirectamente participaron muchas personas especiales, a las que nos gustaría agradecer su amistad, paciencia, ánimo y compañía a lo largo de las diferentes etapas de nuestra vida, sin importar donde estén les queremos dar las gracias por todo lo que nos han brindado y por formar parte de cada uno de nuestros logros.

Familia:

A ustedes quienes durante todos estos años han sido las primeras personas que creyeron en nosotras comprendiendo y respetando nuestros ideales, acompañándonos en los momentos más difíciles y felicitándonos en cada uno de nuestros triunfos; les damos las gracias por su apoyo, ejemplo, valores, esfuerzo, principios, perseverancia, confianza, paciencia y empeño durante toda nuestra formación académica; todo ello dado con dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

Profesores:

En específico a nuestros asesores, a quienes admiramos por su inteligencia, les agradecemos haber depositado su confianza en nosotras, y brindarnos su importante aporte y participación activa para poder realizar esta tesis de la mejor manera posible, de igual manera agradecemos enormemente su disponibilidad para poder transmitirnos sus conocimientos y guiarnos tanto en nuestra formación profesional como personal.

Centro de Atención Integral a la Pareja, A.C. Clínica Acompáñame:

Agradecemos de manera especial a la Dra. Ana Camarillo y a la Dra. Rocío Mejía por su amabilidad, colaboración, disponibilidad y por permitir que esta investigación se llevará a cabo dentro de sus instalaciones; también queremos

expresar nuestros agradecimientos a todas aquellas mujeres, que nos brindaron su tiempo y confianza para compartirnos sus experiencias, pues sin ellas no hubiera sido posible esta investigación.

Amigos:

Les agradecemos el haber llegado a nuestras vidas, así como acompañarnos a lo largo de esta gran odisea de la vida con sus palabras de aliento, motivación y compartiendo momentos agradables que nos han ayudado a madurar y quererlos como personas.

Por último, pero no menos importante, hacemos extensivo nuestro más sincero agradecimiento a todos aquellos que no pudimos mencionar pero que siempre han formado parte de nuestra vida, nos han apoyado incondicionalmente y de una u otra forma colaboraron en la consecución de un proyecto más en nuestra vida.

No tenemos palabras para decir lo feliz que nos hace poder terminar este proyecto pero sabemos que este sólo es el comienzo de una gran historia llena de aprendizajes y retos. ¡Gracias a todos y cada uno de ustedes!

INDICE

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA | 13 |
| 1.1 <i>PUBERTAD</i> | 16 |
| 1.2 <i>CAMBIOS PSICOLÓGICOS</i> | 19 |
| 1.2.1 <i>Autoconcepto y autoestima</i> | 19 |
| 1.2.2 <i>Búsqueda de identidad</i> | 21 |
| 1.2.3 <i>Pensamiento y lenguaje</i> | 23 |
| 1.3 <i>CAMBIOS SOCIALES</i> | 27 |
| 1.3.1 <i>Familia</i> | 27 |
| 1.3.2 <i>Amigos</i> | 31 |
| 1.4 <i>DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD</i> | 32 |
| 1.5 <i>PROBLEMAS EN LA ADOLESCENCIA</i> | 38 |
| 1.5.1 <i>Farmacodependencia, alcoholismo y drogadicción</i> | 39 |
| 1.5.2 <i>Suicidio adolescente</i> | 40 |
| 1.5.3 <i>Delincuencia juvenil</i> | 40 |
| 1.5.4 <i>Deserción escolar</i> | 41 |
| 1.5.5 <i>Embarazo no deseado</i> | 41 |
| CAPÍTULO 2. EMBARAZO ADOLESCENTE | 42 |
| 2.1 <i>CAUSAS</i> | 42 |
| 2.2 <i>CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS, EMOCIONALES Y SOCIALES</i> | 44 |
| 2.2.1 <i>Físicas</i> | 45 |
| 2.2.2 <i>Psicológicas</i> | 45 |
| 2.2.3 <i>Sociales</i> | 46 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN----- | 47 |
| a) Continuar el embarazo ----- | 47 |
| b) Interrumpir el embarazo----- | 49 |
| CAPÍTULO 3. ABORTO ----- | 51 |
| 3.1 TIPOS DE ABORTO ----- | 52 |
| 3.1.1 Procedimiento tradicional----- | 53 |
| 3.1.2 Procedimiento químico ----- | 54 |
| 3.1.3 Procedimiento quirúrgico ----- | 54 |
| 3.2 LEGISLACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN MÉXICO----- | 56 |
| 3.2.1 Distrito Federal.----- | 57 |
| 3.3 ANTES Y DESPUÉS DE LA LEGISLACIÓN ----- | 62 |
| 3.4 CAUSAS DEL ABORTO INDUCIDO ----- | 64 |
| 3.5 CONSECUENCIAS DEL ABORTO INDUCIDO ----- | 66 |
| 3.6 FACTORES SOCIALES Y CULTURALES ----- | 76 |
| CAPÍTULO 4. PROCESO DE DUELO----- | 79 |
| 4.1 PÉRDIDA ----- | 79 |
| 4.2 DEFINICIÓN DE DUELO ----- | 80 |
| 4.3 CONCEPCIÓN BIOPSIICOSOCIAL DEL DUELO ----- | 86 |
| 4.4 FACTORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS SOCIALES Y CULTURALES. ----- | 87 |
| 4.5 PROCESO PSICOLÓGICO DEL DUELO ----- | 89 |
| 4.6 DUELO EN EL ABORTO ----- | 93 |
| CAPÍTULO 5. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN----- | 97 |
| 5.1 DELIMITACIÓN DEL TEMA ----- | 97 |
| 5.2 JUSTIFICACIÓN ----- | 98 |
| 5.3 OBJETIVO GENERAL: ----- | 101 |
| 5.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:----- | 101 |

| | |
|--|------------|
| 5.5 MÉTODO ----- | 102 |
| 5.5.1 Participantes ----- | 102 |
| 5.5.2 Escenario ----- | 102 |
| 5.5.3 Instrumento ----- | 102 |
| 5.5.4 Diseño de investigación ----- | 102 |
| 5.5.5 Procedimiento ----- | 103 |
| 5.6 RESULTADOS ----- | 104 |
| a) Características generales ----- | 104 |
| b) Factores que influyeron en la práctica del aborto ----- | 105 |
| c) Repercusiones fisiológicas ----- | 107 |
| d) Repercusiones cognitivas-conductuales: ----- | 108 |
| e) Repercusiones sociales ----- | 110 |
| f) Proceso de duelo ----- | 111 |
| 5.7 DISCUSIÓN ----- | 113 |
| | |
| CONCLUSIONES ----- | 116 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA ----- | 121 |
| | |
| ANEXOS ----- | 129 |

RESUMEN

La conducta sexual irresponsable, el embarazo no deseado y el aborto provocado se presentan con frecuencia en los adolescentes. La presente investigación tuvo como objetivo describir las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que la adolescente experimenta después de un aborto inducido, así como indagar si se presenta un proceso de duelo. Se aplicó un cuestionario a 48 mujeres que experimentaron un aborto durante la adolescencia, encontrando sentimientos, pensamientos y conductas negativas como; llanto, insomnio, soledad, ira, culpa hacia la pareja y hacia sí mismas, aislamiento de familiares y/o amigos, rechazo a los temas relacionados con el aborto; también la mayoría de las adolescentes consiguieron negociar su pérdida pero difícilmente logran completar su proceso de duelo. Por último se destaca la necesidad de apoyo psicológico a adolescentes que optan por abortar, además de enfatizar en la prevención, mediante el diseño de programas de educación sexual con un enfoque integral e interdisciplinario para disminuir el embarazo y el aborto en las adolescentes.

INTRODUCCIÓN

La gestación es consecuencia de ejercer una vida sexual activa con coito vaginal sin el uso de algún método anticonceptivo. El coito es una de las conductas sexuales que despiertan el interés del individuo durante la adolescencia debido a los cambios físicos y hormonales que se experimentan en la pubertad, este desarrollo fisiológico desencadena en el adolescente sensaciones e impulsos de tipo sexual que a su vez provocan que tengan deseos y fantasías eróticas; conductas sexuales que les permiten sentir placer físico a través de su propio cuerpo y del cuerpo de otros.

Aunque desde el punto de vista biológico los adolescentes se encuentran listos para las relaciones sexuales y la procreación, desde los puntos de vista médico, psicológico y social, rara vez están preparados porque a lo largo de esta etapa el individuo se encuentra en una constante lucha por la búsqueda de su identidad, personalidad, autonomía e independencia familiar (Cáceres & Escudero, 1994; Coleman & Hendry 2003; García 2005).

Sin embargo la carencia de una adecuada educación sexual, la preocupación por las opiniones que tienen los otros sobre ellos, la falsa creencia de que son únicos e invulnerables al peligro, la deficiente comunicación con la familia, la falta de autoestima, las pocas expectativas escolares; son algunos factores que aumentan el riesgo de un embarazo entre los adolescentes.

Un embarazo para la gran mayoría de los adolescentes es considerado como un acontecimiento inesperado, evidentemente no planeado y muchas veces no deseado ya que la maternidad o paternidad no es una de sus aspiraciones, así que para los adolescentes esta situación genera un sinnúmero de percepciones, experiencias físicas, emocionales y psicológicas; por ejemplo, depresión, ansiedad, miedo a la crítica, temor a informar de su estado a los padres o ser descubierto, minusvalía, culpa, vergüenza hacia ellos mismos, familiares o

compañeros, resentimiento consciente o inconsciente hacia la pareja, riesgo de suicidio (Cáceres & Escudero, 1994; García 2005).

Con el fin de eliminar las secuelas mencionadas anteriormente, evitar las responsabilidades de la maternidad o paternidad, impedir el truncamiento de sus estudios y dar fin a las presiones sociales-familiares, algunas adolescentes deciden interrumpir voluntariamente su embarazo sin importarles las secuelas físicas, psicológicas y sociales que esto podría ocasionarles.

Hoy en día, gracias a la despenalización del aborto en México, podemos conocer que la interrupción voluntaria del embarazo se ha convertido en un problema social y de salud pública debido a que año con año aumenta el número de mujeres que recurren a esta alternativa como una solución a un embarazo no deseado, según las estadísticas presentadas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal publicadas en La Agenda Estadística 2009 (SSDF, 2010), los periódicos El Universal (Archundia, 2010), La Jornada (Quintero, 2010) y la revista Impacto (Guerrero, 2011) se observa que de abril del 2007 a enero del 2011 se han realizado en el D.F. un total de 53,278 interrupciones legales de embarazo (ILE), de las cuales 4,799 corresponden al 2007; para el 2008 esta cifra aumenta a 13,404; en el 2009 ascienden a 16,476 y finalmente en el 2010 se concretaron 18,600. Del total de las intervenciones, el 75% corresponde a mujeres residentes del Distrito Federal, un 21% son residentes del Estado de México y un 3% son residentes de otros estados de la república. Así mismo estas estadísticas también muestran que la mayor parte de ILE (47.7%) se han realizado a jóvenes de 18 a 24 años, un 14% corresponde a jóvenes de 14 a 17 años y la población de mujeres con menos intervenciones (0.6%) son las menores de 14 años de edad (Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C., [GIRE], 2011).

No obstante el aborto inducido conlleva implicaciones tanto físicas, psicológicas y sociales. Entre las consecuencias físicas a corto y largo plazo se encuentran; laceración del cuello uterino, perforación del útero, hemorragias e infecciones

uterinas, esterilidad, embarazos extrauterinos, abortos espontáneos, adherencias entre las paredes uterinas puestas al vivo por el raspado y cáncer de mama. Sin embargo estas complicaciones en la mayoría de los casos son disminuidas o anuladas una vez que el aborto se legaliza, dando la posibilidad de que las mujeres sean atendidas de una forma adecuada dentro de un hospital sin las privaciones directas de la clandestinidad, ni en condiciones insalubres (Alva, 2007; Aray, 1998; Checa, 2006; Gutiérrez, 2005; Guillaume & Lerner, 2007).

En cuanto a las consecuencias psicológicas existe una gran controversia al respecto, debido a la política y valoraciones culturales e institucionales que existen acerca del aborto. Los hallazgos encontrados en los estudios realizados hasta ahora, toman dos vertientes; por un lado se encuentra que no hay ninguna evidencia que demuestre que el aborto tenga efectos psicológicos negativos ni a corto ni a largo plazo, al contrario es considerado la mejor solución en las peores situaciones; en estos casos las jovencitas después de la experiencia del aborto se sienten aliviadas o liberadas aun cuando la alternativa del aborto no es agradable ni deseable en sí misma, pero si un recurso necesario. Por el otro lado también se ha encontrado que las adolescentes después del aborto experimentan sentimientos de pesar, dolor o culpa, tristeza, depresión, ansiedad, resentimiento, baja autoestima, ira, incertidumbre, pesadillas, insomnio, temor a la fecha del aborto, aversión o amor excesivo por los bebés, temor a tomar decisiones, entre otras. Estas secuelas generalmente se presentan en los casos donde el aborto se realiza en contra de su voluntad, por presiones externas ya sean familiares, del novio, económicas o culturales (Alva, 2007; Cáceres & Escudero 1994; Cole, 1997; Rodríguez, 2004).

Así que el entorno socio-cultural en el cual se desenvuelve la adolescente influirá de manera determinante en sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas; los primeros en involucrarse son la familia y las adolescentes retardan la noticia de esta situación por el temor o pánico de hablar con los padres pues piensan en las reacciones violentas que sin duda acarreará la confesión, los

padres se recriminarán, regularmente el padre culpará con ira a su mujer de lo sucedido por no haber podido cuidar a su hija y el hogar será un caos (Deschamps, 1979). Esta situación entre los padres a la adolescente le generará angustia, soledad, vergüenza por su falta, sentimientos de poca valía que la harán sentirse culpable.

Aunado a este drama familiar, las adolescentes también deben enfrentarse a la fuerte controversia política, a las valoraciones culturales e institucionales de la iglesia y la sociedad acerca del aborto; las cuales provocan una actitud estigmatizante y de rechazo hacia las mujeres que abortan, por lo que esto genera en las adolescentes en un primer momento alivio por la eliminación del “problema” (el embarazo); pero este es pasajero y viene seguido de varios sentimientos y conductas negativas como culpa por considerar que hicieron algo “pecaminoso”, temor al “castigo divino” porque atentaron contra una vida, aislamiento de su familia o amigos por temor a los juicios.

Debido a estas alteraciones cognitivo-conductuales, la adolescente vivirá en una situación de confusión, ambivalencia y la mayoría requerirá ayuda profesional psicológica para elaborar un proceso de duelo “normal” por esos sentimientos de pérdida y culpa (Worden, 1997).

El duelo es el proceso de asimilación de una pérdida o un cambio, sin importar lo insignificante o profundo que sea (Schnake & Bennett, 2003). Consiste en la sucesión de emociones y cogniciones encontradas vividas de manera personal y única, afectando varios aspectos funcionales de la persona.

Por lo regular en el aborto inducido, el duelo que se experimenta es como el de la muerte de un hijo con la diferencia que en muchas de las ocasiones este permanece oculto y gran parte del proceso se experimenta antes del suceso, es decir, durante la toma de decisiones. Posteriormente la madre podrá experimentar durante días, semanas o meses, tristeza al pensar en el aborto, incluso años

después si no se ha elaborado un buen proceso de duelo, las consecuencias emocionales a lo largo de la vida pueden ser graves (Castro, 2008).

Es por ello que el presente trabajo tiene como objetivo describir las repercusiones físicas, psicológicas y sociales del adolescente ante la experiencia del aborto inducido, así como analizar si se presenta un proceso de duelo.

Con el fin de conseguir el objetivo propuesto, el trabajo se encuentra estructurado en cinco capítulos. En el primer capítulo, la adolescencia, se expone el desarrollo físico, psicológico, sexual y social característico de esta etapa, con la intención de poder comprender a la adolescente desde una perspectiva biopsicosocial. Posteriormente en el segundo capítulo se analiza el embarazo adolescente esclareciendo sus causas, consecuencias e implicaciones sociales, las cuales influyen en la toma de decisión de alguna alternativa de solución. El capítulo tres, se realiza una apreciación más profunda de la interrupción voluntaria del embarazo, exhibiendo sus causas, la legalización en México, estadísticas, consecuencias y entorno socio-cultural en el que se presenta este fenómeno. Dentro del capítulo cuatro, se describe el duelo como proceso psicológico ante una pérdida y su relación con el aborto inducido.

Con las bases y fundamentos descritos en los cuatro capítulos anteriores, en el quinto se presenta nuestro trabajo de investigación efectuado con 48 mujeres mexicanas que experimentaron un proceso de aborto voluntario durante la adolescencia (15 a 20 años de edad), a las cuales se les aplicó un cuestionario estructurado de 18 preguntas y los resultados fueron analizados mediante gráficas de frecuencias y una matriz estocástica para poder explorar y describir las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que pueden experimentar las adolescentes después de realizar un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, así como también identificar si las secuelas generadas exigen la elaboración de un proceso de duelo.

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia viene del latín *adolescere*, que significa crecer o madurar (Muss, 1982 citado en Kimmel & Weiner, 1998). Pero la experiencia de la adolescencia no sólo varía de una cultura a otra, sino también a lo largo de la historia de cualquier cultura.

Antes era más común referirse a la gente entre los 14 y 20 años como la juventud. El concepto de adolescencia, surgió en América a finales del siglo XIX e inicio del siglo XX como consecuencia de cambios importantes: la promulgación de leyes que restringían el trabajo infantil y leyes que declaraban obligatorias la primaria y secundaria, así como el desarrollo del campo de la adolescencia como un área de estudio académico gracias a la obra del psicólogo norteamericano G. Stanley Hall, quién en 1904 publicó una obra fundamental sobre la adolescencia que abrió definitivamente el camino al estudio de la adolescencia (Arnett, 2008; Delval, 2006).

En nuestra sociedad actual se considera generalmente la adolescencia como una etapa del desarrollo que se encuentra entre la infancia y la edad adulta. Es un periodo de transición, es decir, de cambio, crecimiento y desequilibrio en términos de madurez física, psicológica, social y sexual donde los individuos se preparan para asumir las funciones y responsabilidades de la adultez en su cultura. Feldman (2007) considera que empieza un poco antes de los 12 años y termina antes de los 20 años, sin embargo, el significado de la adolescencia, las edades que empieza y termina son diferentes de una parte del mundo a otra pues es variable la forma en que las culturas definen el status de adulto y el contenido de las funciones y responsabilidades adultas que los adolescentes aprenden a cumplir (Arnett, 2008).

Las concepciones sobre la adolescencia son muy variadas y diferentes autores han subrayado algunos aspectos que otros no, pero gran parte de la información

es complementaria y no se contradice, por lo que según Delval (2006) y Santrock (2004) las cuatro teorías más elaboradas sobre el desarrollo adolescente son:

1. Psicoanalítica: la adolescencia se atribuye primordialmente a causas internas inconscientes, ya que es el resultado del desarrollo de las pulsiones que se producen en la pubertad y que modifican el equilibrio psíquico, lo que produce una vulnerabilidad de la personalidad. Junto a ello hay un despertar de la sexualidad que lleva a buscar objetos amorosos fuera de la familia, produciendo un proceso de desvinculación con la familia que permite la formación de nuevas relaciones con el exterior. Hay probabilidades de que se produzca un comportamiento mal adaptado, con fluctuaciones en el estado de ánimo, inestabilidad en las relaciones, depresión e inconformismo.
2. Cognitivas: enfatizan los cambios que se producen en la manera de pensar de los adolescentes por lo que ellos construyen activamente su comprensión del mundo, es decir durante la adolescencia el individuo se inserta en la sociedad pero tiende a modificarla y para ello elabora planes de vida, que consigue gracias a que puede razonar no sólo sobre lo real sino también sobre lo posible, esta forma de pensar permite que los adolescentes elaboren imágenes mentales de situaciones hipotéticas y a la hora de resolver un problema son más sistemáticos: formulan hipótesis sobre porque las cosas ocurren de ese modo y las ponen a prueba utilizando la deducción. Así que la complejidad con la que piensa un individuo afecta a la complejidad de su autoimagen, de su identidad y de su capacidad para comprender las relaciones interpersonales.
3. Conductuales y sociológicas: subrayan la importancia de estudiar los factores medioambientales y el comportamiento observable. El conductismo hace hincapié en que el desarrollo adolescente es aprendido y a menudo cambia en función de las experiencias ambientales mientras que las teorías sociológicas conciben la adolescencia como el resultado de tensiones y

presiones que viene de la sociedad, en la cual el individuo tiene que adoptar determinados papeles sociales.

4. Socio-cognitivas: sostienen que el comportamiento, el ambiente y los factores personales/cognitivos son importantes para entender el desarrollo del adolescente pues estos interactúan recíprocamente.

En conclusión, la adolescencia es referida como un periodo en la vida del ser humano, que comienza con el incremento de cambios fisiológicos y hormonales los cuales influyen en la imagen que el adolescente tiene de sí mismo, en su estado emocional, en su relación con los demás, en su forma de interacción y su comportamiento en general. También se produce un marcado desarrollo cognitivo, que al mismo tiempo consolida su identidad, su autonomía o su integración en algún grupo, o en alguna relación sentimental.

Como ya se mencionó anteriormente es difícil determinar cuándo finaliza la adolescencia en función de la edad biológica, pues no hay cambios biológicos ni fisiológicos que diferencien los últimos años de la adolescencia, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó en forma aleatoria que la adolescencia transcurre entre los 10 y 20 años, iniciándose en la pubertad y finalizando con el completo desarrollo del crecimiento y su integración autónoma a la sociedad (Gispert, 2004).

Autores como Havighurst (citado en Kimmel & Weiner, 1998), Horrocks (1993), Papalia y Wendkos (1997) prefieren enmarcar el final de la adolescencia por la adquisición o desarrollo de ciertos conocimientos, destrezas, actitudes o funciones intelectuales, sociales, legales y psicológicas. Intelectualmente los adolescentes deben poseer un pensamiento abstracto; sociológicamente cuentan con la capacidad de elegir una carrera, establecer compromisos profesionales, lograr un rol social masculino o femenino, la incorporación al mundo laboral y adquisición de independencia económica; legalmente tienen edad para votar (a los 18 años), para casarse, sin permiso de los padres (por lo común las mujeres a los

18 años y los hombres a los 21), pueden ser juzgados como adultos por delitos penales; y psicológicamente se aceptan físicamente, saben utilizar su cuerpo con eficacia, descubren su propia identidad, adquieren independencia emocional de los padres, desarrollan un sistema ético y de valores personales (moral propia), y logran conservar relaciones afectivas estables con coetáneos de ambos géneros.

Según Delval (2006), Kimmel y Weiner (1998) los jóvenes por lo general consiguen los logros del desarrollo de la adolescencia en una secuencia de tres fases: la adolescencia temprana, media y tardía. Durante la adolescencia temprana (11 a 13 años), los adolescentes crecen deprisa tanto físicamente como en sus capacidades intelectuales, empiezan a adquirir las características sexuales de los adultos, empiezan a distanciarse de sus padres y de su condición de niños; en la adolescencia media (14 a 16 años) se convierten en personas físicamente seguras de sí mismas y alcanzan la autonomía psicológica de los padres, logran la capacidad necesaria para consolidar amistades íntimas y aprenden a confrontar las relaciones heterosexuales; por último en la adolescencia tardía (mayor de 17 años) forman un sentido razonablemente claro y coherente de su identidad personal en relación con los demás, empiezan a elaborar algunos roles sociales definidos y sistemas de valores, de igual forma empiezan hacer planes respecto a la vida futura, el/la joven es independiente de la vida familiar, pasa mucho tiempo fuera de casa y saca partido de los cambios referentes a la vida social y al pensamiento.

1.1 Pubertad

Pubertad deriva de la palabra latina *pubertas*, que significa edad de la madurez. Es un proceso que marca el inicio de la maduración sexual y empieza cuando la hipófisis cerebral indica a otras glándulas del cuerpo que produzcan las hormonas sexuales: andrógenos (hormonas masculinas) o estrógenos (hormonas femeninas). Los hombres y las mujeres producen ambos tipos de hormonas, pero los hombres tienen una concentración más alta en los andrógenos y las mujeres en los estrógenos (Feldman, 2007).

La pubertad en las niñas comienza alrededor de los 12 años y en los niños a inicia a los 13 o 14 años, sin embargo, hoy en día debido a factores ambientales, de salud, nutricionales, enfermedades, caracteres raciales y sociales existen variaciones; por ejemplo, en los países más pobres en vías de desarrollo, la pubertad comienza más tarde que en los países más ricos o acomodados debido a su alimentación sana y balanceada. En nuestra sociedad los niños y niñas experimentan la pubertad a edades más tempranas que en generaciones anteriores, es decir, las niñas entre los 8-13 años y los niños entre los 9-14 años (Gispert, 2004).

Los cambios físicos que se manifiestan durante la pubertad se pueden dividir en características sexuales primarias y características sexuales secundarias; las primarias están asociadas con el desarrollo de los órganos genitales consecuencia de la maduración de las gónadas y estructuras del cuerpo que concierne específicamente a la reproducción; y las secundarias, son aquellas otras modificaciones biofisiológicas que se dan en el ser humano, son los signos visibles de la madurez sexual que no se refiere de manera directa a los órganos sexuales (Feldman, 2007; Gispert, 2004).

En las niñas, el desarrollo de las características sexuales primarias significa cambios en la vagina y útero, también se puede observar dilatación del ovario y la maduración de los folículos. Alrededor de los 12 años aparece la primera menstruación, conocida como *menarquía* la cual supone el comienzo de la vida uterina, pero está todavía no alcanza una función reproductiva completa, si no que existe un periodo de esterilidad que dura entre un año y año y medio después. Las características sexuales secundarias, incluyen el desarrollo de los senos, pigmentación de areolas, crecimiento de pezones, ensanchamiento de la cadera, cambio de la pelvis a ginecoide, adelgazamiento de cintura, incremento de grasa redondeando las caderas y aparición de vello púbico y axilar. El vello axilar comienza a crecer dos años después de la aparición del vello púbico (Feldman, 2007).

La pubertad en los niños, sigue un curso ligeramente diferente. Las características sexuales primarias incluyen el crecimiento y desarrollo en los testículos, escroto y pene que empiezan a crecer de una forma acelerada alrededor de los 12 años y alcanza su tamaño adulto unos tres o cuatro años más tarde; el pene crece tanto en longitud y circunferencia; a medida que este se agranda se da un desarrollo en las glándulas uretrales, la próstata y la vesícula seminal en la cual se produce el semen. La primera eyaculación en un niño, es conocida como *espermarquia* por lo regular ocurre alrededor de los 13 años, al principio el semen contiene pocos espermatozoides, pero su cantidad se incrementa a medida que avanza la edad. También desarrollan características sexuales secundarias, como el crecimiento de vello púbico, axilar y facial; se observa un ensanchamiento de los hombros, poluciones nocturnas y cambio en el tono y timbre de la voz debido al aumento de la laringe y el alargamiento de las cuerdas vocales (Feldman, 2007).

En ambos sexos se puede advertir una importante aceleración del crecimiento en peso y talla el cual puede comenzar a los 9 años en los chicos con un aumento de 12 centímetros por año mientras que en las chicas este mismo proceso comienza a los 7 u 8 años con un aumento de 9 centímetros por año (Coleman & Hendry, 2003).

Al mismo tiempo se producen cambios en la piel con aumento de los poros que pueden provocar acné y puntos negros, así como las glándulas de la piel sobre todo en las axilas y en las regiones anales y genitales dan lugar a un olor característico más marcado en los varones que en las mujeres (Delval, 2006).

La pubertad es un acontecimiento en la vida física del cuerpo con implicaciones de gran amplitud, se acompaña de cambios no sólo en el sistema reproductor y en las características sexuales secundarias del individuo, si no en el funcionamiento del corazón y del sistema cardiovascular; el peso del corazón aumenta casi al doble, hay un aumento en el número de glóbulos rojos en la sangre, un ritmo cardiaco lento, una mayor capacidad para transportar oxígeno en la sangre y una mayor

presión arterial sistólica sanguínea siendo mucho mayor en los chicos que en las chicas. En los pulmones hay un crecimiento acelerado y una disminución del metabolismo basal, que afecta a su vez el sistema respiratorio. Hay un aumento en el tamaño y fuerza de muchos de los músculos del cuerpo que es superior en los varones, así como también existen más posibilidades para eliminar los productos de desecho del ejercicio muscular, tales como el ácido láctico. Todos estos cambios se producen con unos dos años de adelanto en las mujeres respecto a los hombres (Coleman & Hendry, 2003).

1.2 Cambios psicológicos

Algunos cambios en la adolescencia no se limitan solo en lo físico u hormonal sino también en lo psicológico. Una de las primeras cosas que debe conseguir el adolescente es asimilar los rápidos cambios físicos que está experimentando, todos ellos hacen que la imagen corporal que tiene de sí mismo se modifique.

1.2.1 Autoconcepto y autoestima

La maduración temprana o tardía presenta un cuadro complejo de ventajas o desventajas; por ejemplo, en los varones la maduración temprana puede ser una ventaja, porque pueden ser más aptos para los deportes debido a su mayor tamaño, también son más aceptados por sus iguales, lo cual hace que posean un autoconcepto positivo de ellos. Pero también puede tener una desventaja; pueden ser proclives a tener tropiezos escolares y es más probable que caigan en actos delictivos y/o abuso de sustancias. Las niñas que maduran antes son más solicitadas para salir y esta aceptación al igual que en los varones mejora su autoconcepto. En ambos géneros esta madurez temprana influye grandemente en su confianza, autoestima, identidad, status y el entorno social significativo del adolescente debido a que descubre la existencia de sus semejantes, trata de sobresalir y es más cuidadoso en su higiene personal. Por otro lado la maduración tardía tiene un efecto negativo, el cual les produce ansiedad, infelicidad y depresión, sin embargo aunado a esto se tienen que considerar los factores sociales (familiares o amigos) que afectan al adolescente (Feldman, 2007).

En la adolescencia se observan importantes cambios en el concepto de sí mismo o autoconcepto. El autoconcepto es la percepción y evaluación cognitiva consciente que los individuos hacen sobre sí mismos, es decir los adolescentes describen lo que ven cuando se miran a sí mismos en términos de sus características físicas, de su personalidad, sus habilidades, sus rasgos, sus roles, sus valores y su status social, por lo que también está determinado por las ideas que tiene otros de ellos o la forma en que los perciben, puesto que se comparan a sí mismos con sus propios ideales y los de otros (Rice, 2000). Así que el autoconcepto es el producto resultante de las aspiraciones propias y de la imagen que devuelven los demás, pero esa imagen no siempre exacta y pueden llegar a producirse deformaciones tremendas desde sentirse excepcional, hasta situarse muy por debajo de los compañeros.

Sobre el desarrollo del concepto de sí mismo Delval (2006), Coleman y Hendry (2003) coinciden que durante la adolescencia temprana la apariencia física es el elemento más destacado del autoconcepto tanto para los chicos como las chicas, confían mucho en las características físicas para describirse a sí mismos. A medida que avanzan por el estadio adolescente, dependen menos de la imagen corporal y otros atributos físicos, pueden hacer mayor uso de los aspectos intelectuales o sociales de la personalidad para describirse a sí mismos. Por lo cual se piensa que durante la adolescencia, el autoconcepto se hace más diferenciado a medida que la visión del yo se vuelve más organizada, más amplia, abstracta y cuenta con las opiniones de los demás.

Habiendo construidos conceptos sobre sí mismos, los adolescentes deben enfrentarse a la estima que consideran que tienen de sí mismos ya que de esta va a depender el valor que el adolescente se dé a sí mismo. La autoestima es referida por Santrock (2004) como la consideración, impresión o la opinión de una persona sobre sí misma y se desarrolla a partir de la interacción humana por lo que uno se considera importante para otra persona.

Para que las personas se tengan autoestima, debe haber una correspondencia entre los conceptos de sí mismo y los yo ideales, al principio durante la adolescencia temprana, la mayoría de los individuos comienza a realizar evaluaciones sobre sí mismos, comparando los aspectos físicos, las habilidades motoras, las capacidades intelectuales y las habilidades sociales con los de sus iguales y con los de sus ideales o héroes e intentan reconciliar el yo percibido con su yo ideal. En la adolescencia tardía, puede que hayan logrado integrar sus metas con sus yo ideales (Rice, 2002).

La autoestima de los adolescentes crece porque descubren que tareas son importantes para alcanzar sus metas, pueden dominarlas y alcanzar resultados positivos; poseen el apoyo y afecto de los padres; la aceptación por parte de los iguales y las amistades; entre otras. En caso contrario, los adolescentes poseen una baja autoestima que provoca un ajuste social pobre manifestado en depresión, ansiedad, soledad, suicidio, delincuencia, trastornos alimenticios, abuso de drogas o alcohol, embarazos no deseados (Rice, 2002).

1.2.2 Búsqueda de identidad

La identidad se refiere a una posición existencial, a una organización interna de necesidades, capacidades y autopercepciones (Delval, 2006). Proviene, en parte, de la implicación con los otros, la intimidad, la participación en grupo, la cooperación y la competición.

El desarrollo de la identidad es un proceso largo y complejo, requiere no sólo la noción de tener existencia separada y ser diferente a otros, sino también un sentido de coherencia de sí mismo, y conocimiento firme de la propia apariencia para el resto del mundo. Marcia, (1994, citada en Santrock, 2004) cree que el desarrollo de identidad contiene cuatro estados o formas diferentes de resolver la crisis de identidad los cuales se determinan combinando un periodo o toma de decisión y el compromiso personal respecto a la ocupación, ideología y orientación sexual:

- Difusión: el adolescente no ha experimentado una crisis de identidad, ni han asumido ningún compromiso.
- Delegación: adolescentes que han asumido con posiciones ocupacionales e ideológicas, sin haber experimentado una crisis. Las posiciones han sido elegidas por otros, generalmente los padres.
- Moratoria: aquellos adolescentes enfrentados con los problemas ocupacionales e ideológicos, que están en una crisis de identidad que todavía no han resuelto, por lo que el compromiso está completamente ausente o sólo está vagamente definido.
- Logro de la identidad: El individuo ha pasado el periodo de toma de decisiones y ha resuelto la crisis por sus propios medios, ahora persigue una ocupación elegida por él mismo así como una orientación sexual y objetivos ideológicos propios.

Durante la adolescencia la identidad se caracteriza por la búsqueda del equilibrio entre las necesidades de autonomía y de vinculación. Para lograr obtenerla, los adolescentes deben estar seguros de que pueden contar con el apoyo de sus padres, deben tener establecido un sentido de productividad, deben experimentar con distintos roles y deben ser capaces de adoptar una postura autoreflexiva para el futuro.

Algunos otros aspectos que favorecen la consecución de la identidad son; los padres democráticos que animan a los adolescentes a participar en las decisiones familiares, presencia de una atmósfera familiar que favorece tanto la individualidad (capacidad de tener y comunicar un punto de vista propio) como la vinculación (sensibilidad y respeto por puntos de vista de los demás), padres capacitadores, estilos educativos que conceden al adolescente el derecho a cuestionar (Santrock, 2004).

Los individuos que han establecido su identidad tienen una confianza mayor en ellos mismos, más facilidades para relacionarse con los demás y están más

adaptados a las situaciones sociales pues son capaces de adoptar nuevos roles propios de los adultos.

1.2.3 Pensamiento y lenguaje

En la adolescencia se alcanza un desarrollo cognoscitivo avanzado, hacia los 12 años emerge el pensamiento operacional formal el cual Piaget (1970, citado en Rice, 2002) es el cuarto estadio de su teoría del desarrollo de la inteligencia.

Con la aparición de las operaciones formales los adolescentes son capaces de utilizar:

1. La introspección: tendencia a pensar sobre el pensamiento en sí mismo.
2. El pensamiento abstracto: el adolescente piensa no sólo en función de lo que observa en situación concreta si no de lo abstracto y lo posible. Pueden hacer conjeturas sobre situaciones imaginarias, acontecimientos que son posibilidades puramente hipotéticas o proposiciones estrictamente abstractas. La utilización de un razonamiento sobre lo posible exige que el razonamiento sea verbal, es decir el adolescente va hablar sobre las cosas además de actuar sobre ellas así que el lenguaje ocupará un papel mucho más importante, pues lo posible sólo puede formularse en términos verbales ya que son situaciones que no están visibles, ni tangibles y pueden no ser del presente.
3. El pensamiento lógico: el adolescente maneja una lógica de preposiciones, que es un tipo de lógica verbal y está fundada en una combinatoria, ésta última es un procedimiento para combinar elementos, que ante una situación dada, nos permite producir todos los casos posibles, es decir el sujeto es capaz de generar de manera sistemática todas las combinaciones posibles con unos pocos elementos a través de utilizar estrategias como la de disociar los factores para determinar el efecto causal que tiene cada uno de ellos sobre el resultado, analizar la interacción de factores manejándolos de dos en dos, de tres en tres, etcétera. De esta forma pueden controlar no

sólo la influencia de un factor si no el comportamiento de otros y las relaciones entre ellos.

4. El razonamiento hipotético-deductivo: posibilidad que tienen los adolescentes de formular hipótesis o soluciones tentativas a los problemas, contrastarlas y examinar si son ciertas o falsas para deducir sistemáticamente o concluir cual es la mejor opción para resolver el problema. Este tipo de razonamiento es la forma característica de la ciencia por lo que proporciona al adolescente la capacidad de entenderla, construir y contrastar sistemas teóricos complejos.
5. Un segundo sistema de símbolos: utilización de un conjunto de símbolos para los símbolos, como por ejemplo el habla metafóricamente o los signos algebraicos. Esta capacidad para simbolizar los símbolos, hace que el pensamiento del adolescente sea mucho más flexible que el del niño debido a que las palabras ahora pueden contener un doble o triple significado (Delval, 2006; Papalia & Wendkos, 1997 y Santrock, 2004).

La utilización del pensamiento operacional formal por parte del adolescente favorece el desarrollo de sus estructuras neurológicas, amplía su ambiente social y surgen nuevas oportunidades de experimentación; la interacción de estos factores da como resultado la maduración de sus estructuras cognoscitivas, las cuales alcanzan su mayor auge hacia los 16 años después de esta edad ya no se muestran cambios cualitativos en estas estructuras. El desarrollo de las estructuras cognoscitivas permite a los adolescentes manejar una gran variedad de problemas intelectuales y estar en un estado avanzado de equilibrio, sin embargo si la cultura, la educación (profesores y familia), comunidad, especializaciones profesionales, actitudes, experiencias y conocimientos no les exigen practicar este tipo de razonamiento quizá nunca logre llegar a este estadio aunque tenga el suficiente desarrollo neurológico (Papalia & Wendkos, 1997).

También durante la adolescencia encontraremos mejoras en la atención selectiva y dividida, la memoria a corto y largo plazo, las estrategias de organización, la

planificación de tareas que implican memoria y aprendizaje; así como capacidad de procesar información a una tasa más rápida, esto es, se puede organizar, almacenar, recuperar, pensar sobre ella y combinarla de forma que se pueda responder a preguntas, resolver problemas y tomar decisiones, pero todo esto va a depender del crecimiento cerebral y el desarrollo de la memoria (Sternberg, 1996, citado en Rice, 2002).

Una de las características de una persona inteligentemente madura, es la capacidad para tomar buenas decisiones y la adolescencia es una época en la que se toman muchas decisiones que afectan el curso de la vida. Algunas de estas decisiones se refieren a la educación, carrera profesional, elección de pareja, actividades de tiempo de libre, consumo de drogas, cuidado de médico y hábitos que influyen sobre la salud, entre otras.

Durante la adolescencia temprana, hay poco reconocimiento de que la actividad de la toma de decisiones implica especificar metas, considerar las opciones y examinarlas antes de tomar una decisión que lleve a una acción a diferencia de la adolescencia tardía donde los individuos son más eficaces a la hora de tomar decisiones pues son más proclives a generar distintas opciones, a examinar una situación desde distintos puntos de vista, a anticipar las consecuencias de las decisiones y evaluar la credibilidad de las fuentes de información (Rice, 2002). Pero consideramos que tener la capacidad de tomar decisiones no garantiza que se vayan a aplicar en la vida cotidiana donde la experiencia, el estrés, la escasez de tiempo y la implicación emocional juegan un papel importante.

El logro del pensamiento operacional formal además tiene otras implicaciones sobre los pensamientos y la conducta de los adolescentes, hay un aumento en la conciencia sobre sí mismos, que se refleja en su creencia de que los demás estarán interesados en ellos mismos. El individuo encuentra sumamente difícil diferenciar entre aquello en lo que los otros piensan y sus propias preocupaciones,

sienta el supuesto de que si él está obsesionado con su apariencia y su conducta, entonces los otros deben tener esa misma preocupación.

Esta creencia de que los otros están preocupados por su apariencia y su conducta constituye el egocentrismo adolescente. Este egocentrismo según Elkind (1978, citado en Santrock, 2004) se manifiesta de dos formas; la primera es la audiencia imaginaria, los adolescentes creen que los otros están fijándose en ellos constantemente por lo que se preocupan mucho por su apariencia y conductas pues se basan en la premisa de que los demás son tan críticos o admirativos hacia ellos como ellos lo son de sí mismos y la segunda es la fábula personal, los adolescentes intuyen que sus experiencias, preocupaciones y sentimientos son especiales e incluso únicas lo cual los lleva a suponer que nadie puede entender lo que les sucede o cómo se sienten realmente. Algunos tienen un sentido único de su propia inmortalidad e invulnerabilidad hacia el daño.

Otro efecto de la transformación intelectual de los adolescentes es el desarrollo del razonamiento moral, este les permite evaluar lo que aprenden y distinguir no sólo como es el mundo adulto si no como debería ser. Se produce un desajuste entre los valores que han sido transmitidos a lo largo de la infancia, y la realidad que nos rodea. Se hacen observadores críticos de las cosas y de los adultos pero esta revelación fundamentalmente es a un nivel verbal, haciendo poco en realidad por las causas humanitarias que defiende.

Con la capacidad para el razonamiento moral se produce la formación de valores a largo plazo en vez de la búsqueda de la gratificación y satisfacción inmediata, sin embargo, este es un proceso gradual que va a depender de como el ambiente social del adolescente promueve la adopción de valores a través de la comunicación democrática con sus padres; identificación con los padres, familiares o profesores que son personas morales; apoyo y sensibilidad por parte de los padres; contactos sociales con individuos de diferentes orígenes culturales

y socioeconómicos; influencia de los medios de comunicación y/o valores del grupo de iguales (Rice, 2002).

El razonamiento moral de los adolescentes es significativamente superior cuando se consideran dilemas abstractos que cuando se hace frente a dilemas con los que tienen relación personal directa donde los individuos son menos capaces de aplicar su capacidad de razonamiento moral (Coleman & Hendry, 2003).

1.3 Cambios sociales

La interacción entre los cambios físicos y psicológicos va a posibilitar la inserción del adolescente al mundo adulto, es decir, hace posible el paso hacia la independencia y la acción, permite desarrollar al joven una perspectiva temporal que incluye el futuro, facilita el progreso hacia la madurez en las relaciones sociales, contribuye al desarrollo de las destrezas de comunicación y finalmente subyace a la capacidad del individuo para asumir papeles adultos en la sociedad.

Sin embargo la escolaridad obligatoria, la formación académica durante muchos más años, el desempleo juvenil, la no necesidad de trabajo por parte de los jóvenes y las leyes que limitan el poder de los padres sobre los hijos son algunos de los cambios que existen actualmente en las condiciones de vida y que retrasan la incorporación del adolescente a la sociedad adulta prolongando la duración del periodo de la adolescencia y la permanencia de este en la familia (Moreno, 1990, citado en Delval, 2006).

1.3.1 Familia

La inserción en el mundo de los adultos no es simplemente algo que el adolescente viva, sino que también la perciben los adultos, principalmente en el círculo familiar se produce una situación de ambivalencia.

La razón de esta situación es el cambio de roles que deben asumir tanto padres como hijos durante la adolescencia. Por un lado los adolescentes buscan cada vez

más autonomía, independencia y control sobre su vida, situación que desconcierta a los padres porque de niños dependían completamente de ellos, pedían sus opiniones o hacían su voluntad, en la adolescencia sus hijos empiezan a cuestionar o rebelarse en contra de sus juicios, opiniones y directrices, también los padres exigen más a los adolescentes, por ejemplo, que contraiga más responsabilidades pero se le sigue considerando inmaduro e inexperto (Feldman, 2007).

Los principales conflictos entre padres e hijos durante las primeras etapas de la adolescencia se deben a las diferencias entre las generaciones pues a menudo tienen discrepancias tanto en función del gusto personal (preferencias musicales, estilos de vestir, hábitos, ideología) como en relación a las disposiciones de la vida diaria (horarios de salidas, actividades). Esto hace de la adolescencia un periodo difícil pues al mismo tiempo que el número de conflictos entre padres e hijos se hace más grande, disminuye el tiempo que pasan juntos, así como su percepción de proximidad emocional (Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2004).

Aunque es importante recordar que no todas las familias son afectadas en el mismo grado. Para analizar la relación del adolescente con la familia, se debe tomar en cuenta el género, la personalidad del joven, el origen étnico, las oportunidades culturales, sociales, económicas disponibles en el ambiente, tamaño de la familia, relaciones interpersonales entre familia, personalidades de cada uno de sus integrantes, el rol de los abuelos, circunstancias de los padres, actitudes de los padres hacia los hijos, comunicación entre padres e hijos, número y edad de los hermanos.

Según el número de integrantes de una familia la relación entre padre-adolescente va a ser diferente, esta puede variar en exigencia y sensibilidad, por ejemplo Hurlock (1994, citado en Sánchez 2003) las divide en tres tipos. Las primeras son *las familias con hijo único* donde el adolescente puede sufrir sobreprotección y presión de aspiraciones paternas. Los padres son indulgentes

en lo que se refiere a privilegios o posesiones materiales pues por lo general el hijo es el orgullo de los padres y abuelos; *las familias con dos o tres hijos* tienden a ser conflictivas, por lo general, estas familias se rigen por un control democrático, todos los miembros son incitados a desarrollar su propia individualidad y a expresar libremente lo que piensa y sienten. La presión paterna para que los hijos alcancen un buen rendimiento es particularmente fuerte por lo que puede haber resentimiento y desilusión de los padres cuando sus hijos no alcanzan los niveles de aspiración que les han fijado; por último *las familia grandes*, son menos conflictivas que la anterior porque los padres tienden a poner en práctica métodos de control autoritarios. Por lo general estos adolescentes están restringidos en el uso de su independencia, debido a las condiciones económicas poseen menos símbolos de status y no tantas oportunidades educacionales. Con frecuencia, los hermanos mayores deben privarse de participar en actividades sociales porque tienen que cuidar a los más pequeños.

Así mismo, Coleman y Hendry (2003) señalan que el desarrollo de la independencia o autonomía de los adolescentes va a depender también del comportamiento educativo de los padres el cual puede ser de cuatro tipos diferentes; los *autoritarios* dan gran valor a la obediencia y la conformidad, es más probable que castiguen por mala conducta y tienden a no fomentar la autonomía; los *padres con autoridad (democráticos)* son cálidos pero firmes, establecen normas y se atienden a los límites, es más probable que den explicaciones y que razonen con el joven a que castiguen, establecen guías flexibles, discusiones abiertas llevadas a cabo en una atmósfera de interés y justicia, modifican gradualmente las reglas a medida que el joven se acerca a la adultez, por tanto sus hijos poseen mayor autoestima y existe mayor probabilidad de que eviten comportamientos de riesgo; los *padres indulgentes o permisivos* se comportan de una manera benigna y aceptadora, pero esencialmente pasiva, es poco probable que establezcan normas o que tengan expectativas elevadas para sus hijos y no ven el castigo como importante, por lo que sus hijos son menos maduros, más irresponsables y sometidos a sus iguales; y los *padres indiferentes o descuidados*

están poco enterados de lo que hacen sus hijos e intentar minimizar el tiempo dedicado a actividades del cuidado del niño, así que es probable que sus hijos sean más impulsivos y se impliquen en comportamientos de alto riesgo a una edad temprana.

Existen diferencias entre los estilos e intereses que aportan las madres y los padres en la tarea de la educación. Las madres proporcionan más apoyo, estimulan más las destrezas interpersonales y el compromiso con la familia, se comprometen más en la tarea de educar a sus hijos e hijas, parecen desempeñar un rol más íntimo con ellos. Por su parte los padres están más implicados en fomentar la independencia y la asertividad.

Con lo que respecta a la interacción entre hermanos, es menos intensa durante el período adolescente ya que a medida que el adolescente está más implicado en la amistad y las parejas, invierte menos tiempo y energía en la relación con los hermanos; además de que ya no quiere depender tanto de ellos porque son parte de la familia de la cual está intentando establecer autonomía, sin embargo para aquellos jóvenes que tienen dificultad para hacer amigos, una relación gratificante entre hermanos puede compensar el apoyo emocional (Berk, 2001).

Finalmente aunque al principio los padres reaccionen a la defensiva ante los desafíos que les presentan sus hijos mostrándose inflexibles y rígidos, conforme los padres ven que los argumentos de sus hijos adolescentes suelen ser convincentes, razonables y pueden confiar en ellos al darles más libertad, van cediendo gradualmente, permitiendo e incluso alentando a sus hijos a la independencia hasta que llega el momento en que las relaciones pueden establecerse en un plano de mayor igualdad. Sin embargo, los jóvenes siguen siendo muy dependientes, no solo material si no también afectivamente necesitan mucho el apoyo y la comprensión de la familia (Coleman & Hendry, 2003).

La modificación en los lazos familiares se ve facilitada por el establecimiento de nuevas relaciones afectivas con los amigos, el descubrimiento del amor y de las relaciones sexuales.

1.3.2 Amigos

Cuanto mayor es la distancia con la familia, el adolescente necesita más a los amigos. Para los adolescentes la amistad significa entablar relaciones duraderas, basadas en la aceptación, confianza, intimidad, comunicación, afecto y conocimiento mutuo (Giró, 2007). Se puede decir, que se valora a los amigos principalmente por sus características afines y psicológicas, por ello los amigos son las personas ideales para compartir sentimientos, dudas, incertidumbres y/o ayudar a resolver problemas psicológicos como pueden ser la soledad, la tristeza, las depresiones, el desamor, entre otras.

Para todos los adolescentes, los amigos son una fuente de apoyo a la hora de alejarse de la familia, brindan la posibilidad de compartir experiencias con otras personas que tienen los mismos problemas y una posición semejante, facilitan el desarrollo de las habilidades sociales y permiten que se tome conciencia de la realidad del otro formándose actitudes sociales.

Estas relaciones interpersonales de amistad van a variar según la fase de la adolescencia en que se encuentre el individuo; durante la adolescencia temprana, las amistades, se centran en juntarse para hacer actividades; en la adolescencia media, lo más importante es la seguridad y la lealtad se convierte en un valor central; y en la adolescencia tardía, las amistades, se hacen más relajadas y seguras, principalmente se valora la personalidad de los amigos y la posibilidad de compartir puntos de vista (Delval, 2006).

Así mismo la forma de relacionarse con los amigos se diferencia entre hombres y mujeres, de tal forma que la amistad de los hombres se orienta más hacia la acción mientras que las mujeres se preocupan sobre todo por las relaciones

emocionales, esto se debe a la forma de socialización de cada género y el papel que cada uno de ellos desempeña en la vida social (Delval, 2006).

La necesidad de comunicarse y relacionarse con sus coetáneos aumenta cada vez más por diversas razones (comparación social e identidad gregaria), el adolescente tiende a reunirse en varios grupos, tales como los *grupos de referencia*, donde los individuos se comparan, se brindan información acerca de que roles y comportamientos son aceptables para usar en el grupo de referencia, de esta manera estos grupos presentan un conjunto de normas, o estándares, con los que los adolescentes juzgan sus habilidades y éxito social; *grupos por amistad*, conformados de dos a doce personas cuyos miembros tienen interacciones sociales frecuentemente entre sí, tienen la confianza de hablar de sus problemas, salen a divertirse y hacen un sin fin de actividades; *grupos por similitud*, son grupos mucho mayores compuestos por individuos que comparten las mismas características particulares pero pueden no interactuar entre sí; por ejemplo, los jugadores de un equipo de soccer, de estudio, entre otras; y *grupos por género*, son más comunes en la pubertad, como su nombre lo indica están compuestos por individuos del mismo género, esta situación cambia a medida que avanza la adolescencia, los miembros de cada grupo empiezan a converger, ya que van a fiestas o bailes mixtos en donde tienen que convivir un género con el otro (Feldman, 2007).

Cuando los adolescentes rompen esta brecha del género suelen interesarse por las citas, aunque este término, ellos lo pueden considerar como anticuado, y prefieren los términos de andar o salir, concepciones que abarcan desde besarse hasta tener relaciones sexuales.

1.4 Desarrollo de la sexualidad

La sexualidad refleja la maduración biológica, el desarrollo cognitivo, el aprendizaje social, el grupo de compañeros y la familia, es decir, es el resultado único de la interacción de las características físicas, psicológicas y socio-culturales

que poseemos tanto hombres como mujeres. Se encuentra presente durante toda la existencia humana debido a que nace, evoluciona, se desarrolla, proyecta y muere con cada persona, pero es en la adolescencia donde se vive y manifiesta de manera diferente a como se expresa en otras etapas de la vida.

Durante la pubertad los cambios hormonales, en particular la producción de andrógenos, no sólo estimulan la maduración de los órganos sexuales, sino que también produce un nuevo rango de sentimientos, pensamientos, relaciones y conductas con respecto a la sexualidad, por ejemplo, son habituales las fantasías románticas, los sentimientos de estar enamorado, escribir poesía, sentirse incómodo o atraído por las escenas amorosas de las películas o fotografías de modelos casi desnudas, querer estar cerca de personas sexualmente atractivas, la masturbación, los sueños o fantasías sexuales y las exploraciones tentativas de conducta sexual con otros (Feldman, 2007).

Todas estas conductas pueden despertar sentimientos de culpa, confusión, vergüenza, entusiasmo, fascinación, curiosidad y placer. De esta forma van a estar en función de las normas culturales del tiempo y el lugar en el que les tocó vivir, por ejemplo, en los años setenta del siglo pasado se consideraba que el sexo antes del matrimonio era inmoral, se creía en la virginidad hasta el matrimonio. A principio de los setentas del siglo pasado con la aparición y distribución de las píldoras anticonceptivas la mayoría de las personas no creían que el sexo fuera malo o bueno, juzgaban que era la base de la relación entre los miembros de una pareja y no era necesario que se casaran, el 50% de la población aprobaba la homosexualidad. Para 1979 hubo una tendencia hacia la liberación sexual, aumentó la actividad sexual entre adolescentes, la sociedad estaba abierta hacia actividades sexuales como masturbación, homosexualidad, unión libre en las parejas, aprobación a las relaciones premaritales. Esta revolución sexual influyó más en las mujeres que en los hombres, sin embargo trajo varios problemas hacia la sociedad; relaciones sexuales sin control natal y propagación de enfermedades de transmisión sexual. Debido a esto para los años ochenta del siglo pasado hubo

una actitud conservadora, estaba vigente la monogamia, la promiscuidad era vista como algo inmoral y hubo una reacción homofóbica por miedo a las enfermedades de transmisión sexual (Papalia & Wendkos, 1997).

Hoy en día, la primera conducta sexual que practican los adolescentes suele ser la autoestimulación sexual solitaria o masturbación, con mayor frecuencia en los varones que en las mujeres. Esta permite a los adolescentes: familiarizarse con los propios genitales, conocer los tipos de estimulación que son excitantes, identificar las respuestas sexuales propias, aceptar estas respuestas y los genitales como una parte de sí mismo. A pesar de, que la masturbación es normal e inofensiva sigue produciendo culpa y temor en los adolescentes porque por lo general los métodos de masturbación provocan ansiedad en los padres así que los jóvenes aprenden que es una actividad privada normal si se hace en el lugar y momentos adecuados (Kimmel & Weiner, 1998).

Posteriormente los adolescentes detectan que sus sentimientos sexuales se dirigen a personas del otro género, del mismo o de ambos. Los adolescentes que descubren que se sienten atraídos sexualmente hacia personas del mismo género a menudo se enfrentan a un estigma socio-cultural que pueden afrontar; reprimiendo sus pensamientos, ocultando sus sentimientos o revelando su orientación sexual resistiendo las reacciones hostiles de los compañeros y un enfrentamiento doloroso con los padres.

El descubrimiento de la propia orientación sexual por parte del adolescente da paso a una sucesión de conductas sexuales en pareja, entre las que se encuentran los besos profundos, masajes, caricias (tocarse y acariciarse mutuamente arriba de la cintura), manoseo (tocarse mutuamente y acariciarse debajo de la cintura), sexo oral y por último las relaciones sexuales las cuales siguen siendo importantes en la percepción de casi todos los adolescentes.

Algunos estudios recopilados por Feldman (2007) demuestran que el promedio de edad en la cual los adolescentes tienen su primera relación sexual ha disminuido en los últimos 50 años, uno de cada cinco adolescentes han tenido sexo antes de los 15 años, alrededor de la mitad de los adolescentes empieza las relaciones sexuales entre los 15 y 18 años, al menos el 80 por ciento ha tenido sexo antes de los 20 años. Además los hombres inician su vida sexual antes que las mujeres, por lo general, con una pareja informal, la actividad sexual se empieza en edades más tempranas en adolescentes con nivel socio-económico bajo, establecen relaciones sexuales que tengan significado para ellos.

No existe la edad adecuada para experimentar la primera relación sexual ya que cada adolescente tiene un proceso interno de maduración y debe decidir por él mismo cuando ha llegado el momento aunque en la gran mayoría interfieren la presión de los compañeros. De tal forma que el proceso en que se toma la decisión de la primera experiencia de relaciones sexuales completas reflejará las personalidades individuales y la capacidad de una pareja particular de negociar, hablar de sentimientos y afrontar su conducta sexual, además se debe tomar en cuenta las resistencias represivas, tolerantes o permisivas que la sociedad determina para que se propicien o no las relaciones prematrimoniales (Kimmel & Weiner, 1998).

La primera relación sexual en el adolescente es muy importante, marca el comienzo de una vida sexual activa y la percepción que se tenga de ésta van a depender las posteriores, por lo general los hombres en su primera relación sexual, tiene miedo de no estar a la altura de las circunstancias que se les presentan, mientras que las mujeres suelen tener el mismo miedo al dolor y al hecho de perder la virginidad; ambos miedos muchas veces es atribuido al simple hecho de que para ellos es algo desconocido o a relatos de las amigas(as) que ya han experimentado este suceso.

La actividad sexual a esta edad satisface una gran cantidad de necesidades como aprender sobre sí mismo, sobre las reacciones del otro ante el cuerpo de uno; habilidad e interacción para mejorar la comunicación; búsqueda de nuevas experiencias para la maduración; conocer actividades que le producen placer físico, ansiedad o incomodidad; acabar presiones de amistades; investigar los misterios; entre otras.

El enamoramiento y el amor son otras expresiones de la sexualidad en los adolescentes, se definen como una actitud o series de creencias que alguien tiene sobre otra, según Arnett (2008) los tipos principales de amor adolescente son: el encaprichamiento y el amor romántico. El encaprichamiento es común entre adolescentes jóvenes, en parte porque son nuevos en el amor y las primeras ocasiones que se enamoran pueden tomar la pasión como prueba suficiente de amor, debido a la intensidad de la pasión, del sentimiento y del deseo sexual. Por otro lado durante la adolescencia avanzada se vuelve más común el amor romántico donde la pasión, está ahí, con sus emociones y deseo sexual al máximo, pero ahora se combina con intimidad, es decir, los dos adolescentes pasan tiempo juntos, se conocen mutuamente, comienza a compartir pensamientos y sentimientos que no comparten con nadie más, buscan entre sí consuelo y protección en tiempos de crisis, se toman como refugio, como fuente de seguridad psicológica. Rara vez las relaciones amorosas del adolescente pasan del encaprichamiento y amor romántico al amor consumado debido a que las relaciones amorosas entre adolescentes son breves, fugaces, carecen de compromiso o es vacilante, duran tan solo unas cuantas semanas o meses.

Las relaciones amorosas entre adolescentes se pueden advertir a través del noviazgo o *free*. En la primera se busca una relación seria y responsable con alguien con quien se encuentran aspectos agradables o afines, se basa en mayor medida en aspectos individuales del carácter, la personalidad y cualidades afectivas; a diferencia de ésta, el *free* se caracteriza por ser una relación en la cual

no existe ningún tipo de responsabilidad para la otra persona y la atracción se basa en mayor medida en los aspectos físicos.

Lo que los adolescentes buscan en una pareja cambia con la edad, generalmente se sienten atraídos por quien se les parece en características; como inteligencia, clase social, origen étnico, credo religioso, entre otras debido a que quieren encontrar en otras un acuerdo o consenso con sus propias características para apoyar o validar su propia manera de ver el mundo. Durante la adolescencia temprana los varones buscan el atractivo físico mientras que las mujeres buscan cualidades personales como el apoyo y la intimidad. Sin embargo en la adolescencia tardía ambos prefieren las cualidades personales como el apoyo, la intimidad, la comunicación, la dedicación y la pasión (Kimmel & Weiner, 1998).

La adolescencia es una época en la que hay mayor sensibilidad a las opiniones de amigos, estos ejercen un poder considerable sobre la vida amorosa, en particular durante la adolescencia temprana, examinan los intereses románticos de cada uno y rápidamente ofrecen inspiración, guía, apoyo o menosprecio pero se van volviendo menos importantes conforme la relación amorosa del adolescente crece.

Según Brown (citado en Arnett, 2008) el desarrollo de las relaciones amorosas en la adolescencia tiene cuatro fases; la primera es la *iniciación* que tiene lugar en la adolescencia temprana cuando inician las primeras exploraciones tentativas de intereses románticos, estas exploraciones son superficiales, breves y con frecuencia están llenas de ansiedad, miedo y excitación; la segunda es de *estatus*, en esta etapa los adolescentes comienzan a ganar confianza en sus habilidades para interactuar con posibles parejas románticas, evalúan no sólo cuánto les gustan y si se sienten atraídos hacia la otra persona, sino como van a quedar entre sus amigos y quienes pueden actuar como mensajeros. Los grupos sociales de iguales tienen una jerarquía clara y los adolescentes sólo invitan a quienes tienen un status similar en el grupo; la tercera es el *cariño* aquí los adolescentes se conocen mejor y expresan sus profundos sentimientos por el otro e incluso

tienen actividad sexual, así que las relaciones pueden durar varios meses ya que la intimidad es mayor, adquieren mayor carga emocional y enfrentan fuertes dificultades para manejar sus emociones, en esta fase la importancia del status disminuye pero los amigos son importante para monitorear la fidelidad de la pareja romántica o como árbitros cuando ocurren conflictos en la pareja y sistemas de apoyo cuando surgen dificultades y enredos; la cuarta es la *vinculación*, es cuando la relación romántica se vuelve más permanente y seria, los adolescentes comienzan a analizar la posibilidad de un compromiso de por vida en esta etapa el papel de los amigos disminuye, sin embargo los siguen tomando en cuenta ya que ofrecen una guía y consejos.

En conclusión la tarea principal de la adolescencia respecto a la sexualidad es integrar los propios sentimientos, los valores morales, estereotipos del rol de género, las normas y expectativas sociales, temores y ansiedades sobre el sexo. Igualmente debe decidir qué actividades sexuales prefiere, desarrollar patrones satisfactorios de intimidad sexual, resolver los conflictos que se dan entre las necesidades de seguridad, intimidad y apetito sexual. Por ello es necesaria la fomentación de una educación sexual que le permita al adolescente incorporar el sexo a su vida presente y futura, brindarle una comprensión básica de todos los aspectos de la vida sexual para que reconozca la existencia de diferentes pautas sexuales y pueda integrarlas con aquellas normas sexuales que difieren de las suyas.

1.5 Problemas en la adolescencia

A veces la adolescencia se caracteriza por las fugas, los conflictos con la familia, la escuela o la policía; la delincuencia, el consumo de drogas, embarazos no deseados, suicidios. En la mayoría de los casos estas conductas se deben a la imposibilidad de adaptarse a un ambiente hostil cuando no se poseen capacidades para hacerlo, pueden generar fuertes tensiones en el adolescente y recurrir a medios externos para soportarlas. Por otro lado la sociedad no proporciona los medios para que se realice una integración sin sobresaltos, en

ocasiones los padres o familiares, quienes conforman el primer entorno en el que vive el adolescente, lo descuidan, ignoran o no tienen tiempo para estar con él debido a las intensas jornadas laborales en las que se sumergen.

1.5.1 Farmacodependencia, alcoholismo y drogadicción

Fumar, beber y consumir drogas son comportamientos que reducen las tensiones, la sensación de frustración o mitigan el aburrimiento del adolescente; e incluso les ayuda a evadir la realidad.

Los alucinógenos o drogas psicodélicas, los estimulantes (cafeína, nicotina, anfetaminas y cocaína), los depresores (barbitúricos y los tranquilizantes), el alcohol y el tabaco son las principales drogas que consumen los adolescentes (Feldman, 2007; Giró, 2007; Rice, 2002). Todas ellas incrementan o ralentizan el funcionamiento del sistema nervioso central, alteran las experiencias perceptivas de los individuos, producen alucinaciones, aceleran la tasa cardiaca y la respiración, suben la temperatura, reducen el apetito, producen estado emocional placentero, mayor desinhibición, disminución en la capacidad de juicio y cuando sus efectos desaparecen, el consumidor suele sentirse cansado, deprimido e irritable y a veces con dolor de cabeza.

El consumo con fines de gratificación y adaptación temporal implica la dependencia con respecto a la sustancia consumida la cual puede ser física o psicológica, en la primera existe la necesidad de consumir una sustancia debido a los síntomas desagradables, propios del síndrome de abstinencia mientras que en la psicológica se consume la droga por motivos emocionales como mitigar el estrés o experimentar sensación de bienestar (Santrock, 2004). A medida que los adolescentes siguen consumiendo la misma droga desarrollan tolerancia a la misma, lo que significa que necesitaran cada vez mayor cantidad de droga para obtener los mismos efectos. De la misma manera también observamos en estos jóvenes una desorganización personal y social con mayores posibilidades de que contraigan enfermedades graves y a veces fatales.

1.5.2 Suicidio adolescente

Feldman en el 2007, menciona que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes de 15 a 24 años, después de los accidentes y homicidios. Los intentos de suicidio entre los adolescentes varones suelen ser más violentos y pueden recurrir a las armas, mientras que las chicas suelen ser con sobredosis de medicamentos.

No existe una causa única o universal que explique porque los adolescentes intentan suicidarse, sin embargo se han encontrado que diversos factores u experiencias pueden desencadenar un intento de suicidio. Dichos factores pueden clasificarse en *factores proximales, o inmediatos*, que son aquellas circunstancias estresantes, como la pérdida de un novio(a), sacar malas notas en la escuela o un embarazo no deseado, consumo de drogas; y los *factores distales o alejados en el tiempo*, es cuando existe una larga historia de infelicidad e inestabilidad familiar (Santrock, 2004).

1.5.3 Delincuencia juvenil

El término delincuencia juvenil engloba el comportamiento socialmente inaceptable (comportarse de forma agresiva, impulsiva), faltas cometidas por menores (escaparse de casa, beber, promiscuidad sexual) y los actos criminales (robos, asaltos callejeros, violaciones, homicidios.).

Existen dos tipos de delincuentes juveniles; los delincuentes no socializados y los socializados; los primeros son adolescentes que no han sido enseñados a socializar de manera apropiada por sus padres, por lo que no conocen los estándares de conducta para regular su comportamiento, fueron educados con poca disciplina o con supervisión indiferente de los padres; por el contrario los delincuentes socializados, son aquellos que conocen las normas sociales pero por lo general son altamente presionados por sus coetáneos para cometer actos delictivos los cuales habitualmente ocurren en grupo (Feldman, 2007).

1.5.4 Deserción escolar

Los estudiantes que se retiran de la institución educativa antes de obtener su grado, por lo común tienen graves problemas vocacionales y sociales, es decir el adolescente deja de estudiar debido a alguna incapacidad física o emergencia familiar (desertor involuntario); es incapaz de realizar el trabajo que requieren los estudios de secundaria (desertor retrasado); o tiene la capacidad para graduarse pero la abandonan por otros factores como la carencia económica o un embarazo no deseado (desertor capaz) (Papalia & Wendkos, 1997).

1.5.5 Embarazo no deseado

Es aquella gestación inesperada que ocurre durante la adolescencia, ocasionado por la inestabilidad familiar, la necesidad de probar su fecundidad, la pérdida de la religiosidad, mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas, la aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces, la falta de información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (Santrock, 2004).

CAPÍTULO 2. EMBARAZO ADOLESCENTE

La maternidad y paternidad claramente no son una aspiración de la mayoría de los adolescentes, así que la gestación durante esta etapa generalmente es un acontecimiento inesperado y evidentemente indeseable.

2.1 Causas

Los embarazos en adolescentes pueden deberse a múltiples razones; prolongación del período de la adolescencia, postergación del matrimonio, disminución de la edad de la menarquía, iniciación precoz y aumento de la actividad sexual, ignorancia de la existencia de anticonceptivos o miedo sobre sus consecuencias, dudas sobre su fertilidad, uso inadecuado e inconsistente del método anticonceptivo o uso de un método de menor efectividad (ritmo) y finalmente puede ser consecuencia de una violación. (Rodríguez, 2004; Toledo, 2003).

Kimmel y Weiner (1998) junto con Rodríguez (2004) coinciden en que el uso de preservativos está relacionado con las creencias sobre la sexualidad, el embarazo, la anticoncepción y el VIH/sida, de tal manera que los adolescentes no los usan debido a que la gran mayoría de los métodos anticonceptivos delegan principalmente la responsabilidad en las mujeres; las jóvenes de áreas rurales viven lejos de las clínicas o centros de salud por lo que no saben dónde pueden conseguirlos, no pueden pagarlos ó tienen parejas que se los prohíben; existen creencias erróneas que obstaculizan su acceso como el miedo a los efectos secundarios (exceso fluido de sangre, aumento de peso) ó desconocimiento sobre la forma correcta de utilizarlos; algunas regulaciones religiosas que prohíben los métodos anticonceptivos son barreras para algunas mujeres, sobre todo para las que tienen menos estudios; a medida que se fortifica el vínculo en la pareja hay un abandono paulatino de los métodos anticonceptivos; preexisten creencias entre las adolescentes de que el riesgo de quedarse embarazada no es muy grande, en

todo caso, la mujer puede abortar si lo considera necesario; y el nivel de desarrollo cognitivo del adolescente puede inhibir la posibilidad de planificar una relación sexual pues su egocentrismo les hace pensar que las cosas negativas no le sucederán.

Por su múltiple causalidad, principalmente social, consideramos que el embarazo entre adolescentes debe abordarse con una participación multidisciplinaria ya que es el resultado de la interacción entre la maduración biológica, el desarrollo cognitivo, el ambiente social en el que se desenvuelve el adolescente; así como sus experiencias percibidas anteriormente respecto a la sexualidad. Aquellos factores que aumentan el riesgo de embarazo en adolescentes según Gispert (2004) son:

- Ejercicio de la vida sexual activa: contactos heterosexuales clandestinos previos, conducta sexual promiscua, haber sido objeto de abuso sexual.
- Biológicos: menarquía temprana, desarrollo precoz de caracteres sexuales secundarios, depresión nerviosa, retraso mental superficial o profundo, antecedentes maternos de embarazo en la adolescencia, antecedente de embarazo previo.
- Incidentes intrafamiliares: falta de comunicación con los padres, discusiones y peleas entre los miembros de la familia, ambiente hostil, distanciamiento o enemistad con los progenitores principalmente con la madre, padre desentendido, agresivo e impetuoso, alcoholismo o vicios en el seno de la familia.
- Conducta escolar: reprobadora, agresiva con maestros y compañeros, ser mal estudiante, apático, irresponsable, faltista, preferencia por compañía varonil de mayor edad, no ser participante de distractores (deportes, artes, excursiones).
- Falta de autoestima: poseer deficientes relaciones humanas con compañeros basadas en un trato con temor, tensión o desconfianza, deseos de llamar la atención, mostrar dependencia hacia el varón e infantilismo, uso de tabaco alcohol o drogas.

- Deseo de embarazo: para tener algo propio que amar, como prueba de haber sido amada, para identificarse con la madre, hermanas o parientes, para retener al novio o formalizar la relación.
- Culturales: crecer en condiciones pobres o precarias, residir en modelos fuertemente patriarcales, falta de educación por parte de los padres, vivir en comunidades o asistir a escuelas donde los embarazos tempranos son comunes, proliferaciones de pornografía y erotismo a través del cine, la radio, la televisión y la prensa.

Muy pocos de estos indicadores son susceptibles de modificación por acción médica, docente o medios de comunicación, dependen más del entorno donde se desarrollan los adolescentes. Por ejemplo, en México las condiciones socioeconómicas de la población del medio rural favorecen el inicio de la vida sexual activa desde temprana edad debido a que no existen distractores para la juventud, siguen patrones ancestrales de reproducción, tienen poco acceso a información anticonceptiva, inician noviazgo temprano (Checa, Erbaro & Schavartzaman, 2003). Por otro lado en el medio urbano los embarazos en adolescentes se acentúan en la población perteneciente a la calle (terrenos baldíos y alcantarillas) inmersa en la miseria, explotación, hacinamiento, promiscuidad, acoso sexual, hambre y necesidades.

Desde una perspectiva socio-cultural, el embarazo adolescente lejos de presentarse como desvíos resultado de déficit individuales y familiares, resultan en la mayoría de los casos de situaciones de vulnerabilidad y fragilidad ligadas a una estructura social desigual e injusta, es decir, se le entiende como un fenómeno que da cuenta de inestabilidades vinculadas a la estructura desigual capitalista y patriarcal (Fainsod, 2006).

2.2 Consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales

Frente a un embarazo no deseado las percepciones y experiencias entre las mujeres y los hombres difieren, por ejemplo, las mujeres son las que experimentan

mayores presiones porque como ya lo mencionamos anteriormente habitualmente son ellas las que se asumen la responsabilidad de prevenir el embarazo, y precisamente es en su cuerpo donde se desarrollará. Esta situación, genera en los adolescentes una gran cantidad de complicaciones y consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales, las cuales influirán de manera significativa en el proceso de toma de decisión:

2.2.1 Físicas

Una adolescente tiene mayores complicaciones y riesgos durante el embarazo (amenaza de aborto, anemias, eclampsia, prematuridad, gestosis, abortos espontáneos, entre otros.), y el parto (distocias, cesáreas). Así mismo se han encontrado investigaciones donde el contacto sexual coital y el embarazo precoz se suele asociar con cáncer cervical y complicaciones uterinas (Cáceres & Escudero, 1994).

2.2.2 Psicológicas

La adolescente que detecta estar embarazada experimenta un estado de depresión, ansiedad, miedo, pánico, minusvalía, culpa, vergüenza hacia ella, familiares o compañeros, estos sentimientos se acrecientan cuando no suele contar con el apoyo emocional o económico de la pareja. En el caso contrario recrimina al novio, duda de su amor y teme a la crítica, presenta temor a enfrentarse a las nuevas responsabilidades, a informar de su estado o ser descubierta por sus padres, y esto a su vez puede desencadenar a la larga problemas psicosexuales (frigidez, rechazo al sexo y al varón) y psicológicos (aislamiento, hiporexia o anorexia, neurosis de angustia) que afectarán su relación de pareja, familiar y social (García, 2005).

Por su parte el varón al ser informado por su compañera siente temor a la responsabilidad que representa ser padre, recriminará a la pareja por haberse embarazado guardándole un resentimiento permanente, lo cual llevará al fracaso la relación de pareja sea cual sea su determinación futura; también puede

manifestar sentimientos de culpa, exhibir problemas o dudas para decidir entre continuar independiente o encarar la responsabilidad. Si el embarazo es fruto de una relación clandestina, producto de un irresponsable, este humillará y ofenderá a la adolescente, rechazando toda solución, ofreciéndose hacerse cargo del aborto e intentará pretender continuar la relación de pareja (Gispert, 2004).

Debido a que los adolescentes se encuentran aún en un proceso de maduración y afianzamiento de su personalidad, consideramos que en ambos sexos se observará un fracaso para desarrollar una independencia propia, estancamiento en el desarrollo de la personalidad, interferencias en el desarrollo de relaciones heterosexuales estables, dificultades en el desarrollo del rol de género, cambios importantes en las expectativas ante la vida, complicaciones emocionales en la formación de la identidad y el autoconcepto, mayor riesgo de suicidio (García, 2005).

2.2.3 *Sociales*

La revelación del embarazo a los padres es uno de los grandes problemas del adolescente por lo que demoran este momento tanto como les es posible, desde luego, por el temor o pánico a hablar con los padres pues piensan en las reacciones violentas que sin duda acarrearán la confesión de su estado.

Tanto si el embarazo es anunciado por la misma adolescente o si es adivinado por el padre o la madre, es raro que la reacción sea de comprensión y de ayuda afectuosa. Lo primero que acude al ánimo de los padres no es tanto lo que ocurre con su hija sino lo que va ocurrirles a ellos, lo cual en seguida da lugar a severos e irracionales reproches para la hija llenos de cólera y dureza comprensible, acompañados de un sentimiento ambiguo del fracaso de no haber sabido preservar a su hija de una maternidad demasiado precoz. Inclusive en los hogares con ambos padres puede presentarse un violento enfrentamiento entre los mismos; regularmente el padre culpará con ira a su mujer de lo sucedido por no haber podido cuidar a su hija y el hogar será un caos (Deschamps, 1979). Esta

situación entre los padres al adolescente le genera angustia, soledad, vergüenza por su falta, sentimientos de poca valía que la harán sentirse culpable.

Sólo en contadas ocasiones no existe esta reacción adversa de los padres de hecho según García (2005) las reacciones de los padres ante la noticia del embarazo también dependerán del estatus socioeconómico de la familia, en un nivel alto probablemente predominen los sentimientos de vergüenza, culpa y gran angustia por el qué dirán los familiares y amigos; en la clase social media o baja con el paso del tiempo la adolescente generalmente recibe más aceptación y apoyo de la madre.

En la esfera educativa las muchachas embarazadas suelen desertar de los sistemas educativos formales y rara vez tienen oportunidad de retomarlos, por lo que a larga terminan por convertirse en personas socialmente aisladas y en ocasiones deprimidas. Económicamente tienen largos períodos de desempleo, menor salario y mayor grado de dependencia a los servicios de bienestar social, privaciones económicas y desigualdad de oportunidades (Checa, et al., 2003).

2.3 Alternativas de solución

Ante un embarazo no deseado, autores como García (2005), Gispert (2004) y Rodríguez (2004) mencionan que existen dos opciones:

a) Continuar el embarazo

Las adolescentes que deciden continuar con el embarazo poseen mayor riesgo de tener bebés prematuros con bajo peso, malformaciones genéticas, problemas de desarrollo, deficiencias sensoriales, epilepsia y parálisis cerebral (Hunt, 1976, citado en Cáceres & Escudero, 1994). Así como también diversas investigaciones demuestran que los hijos de adolescentes experimentan muchos más problemas de conducta, funcionamiento intelectual disminuido, problemas de aprendizaje a diferencia de los hijos de madres adultas (Feldman, 2007).

Sin embargo para algunas mujeres la maternidad puede cubrir diferentes necesidades, resignificación del sentido a su vida (Checa et al, 2003); funciona como un atajo, un modo de cortar caminos respecto de las crecientes dificultades de este periodo; puede incrementar el compromiso del hombre; logra llamar la atención; resuelve la ilusión de tener algo propio (al que amar y del que se recibirá amor) por lo que la maternidad vendría a confirmar cierta dependencia, necesidad de cuidado y protección de otro (Eva Giberti, 1991, citada en Fainsod, 2006).

En la actualidad las adolescentes pueden asumir la maternidad de diferentes maneras según su estrato social, nivel educativo, historia familiar, entre otras (García, 2005; Gispert, 2004):

- *Madre soltera*: las adolescentes que optan por esta alternativa suelen ser de estratos socioeconómicos débiles, bajo nivel educativo, con instinto maternal y responsabilidad cívica o moral fuertes. Ellas tienen mayores probabilidades de abandonar la escuela para conseguir un trabajo lo cual requerirá un mayor desempeño, también tienen menos posibilidades de casarse y de llegar hacerlo su matrimonio podría terminar en divorcio, ya que los padrastros habitualmente tarde o temprano le reprocharan el tener un hijo que no sea suyo.
- *Casarse de manera obligada*: los jóvenes que recurren a esta alternativa suelen tener a menudo unos niveles educacionales más bajos, mayor desempleo, menor nivel socioeconómico y un número mayor de hijos no deseados posteriormente, menor estabilidad en la relación de pareja, problemas de convivencia, probablemente una tasa alta de divorcio y separaciones.
- *Adopción*: no es una alternativa valorada positivamente por las adolescentes, ya que son pocas las que suelen optar por ella pues plantea una serie de consecuencias dolorosas donde se trata de suprimir los sentimientos hacia el bebé bloqueando su mente, por lo que presentan depresión, arrepentimiento, nostalgia y añoranza por la criatura que dio en

adopción. En los estratos socioeconómicos altos los padres de la adolescente tratan de encubrir el hecho registrando al nieto como su hijo.

b) Interrumpir el embarazo

Con el fin de atenuar todas las secuelas generadas al darse cuenta que están embarazadas, muchas adolescentes toman la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo por carecer del apoyo de su pareja, evitar las presiones sociales-familiares (temor a las críticas o las reacciones de los padres y ser rechazadas) o económicas, poseer sentimiento de inmadurez para afrontar el tener un hijo e impedir las consecuencias propias que implican la maternidad o paternidad adolescente como educación incompleta, posición social inferior, supresión de privilegios y libertades (Torres & Darroch, 1988, citado en Toledo, 2003; González, 2003).

Una característica general de la interrupción del embarazo por parte de las adolescentes es que lo realizan en edades de gestación tardía (después de doce semanas) que el resto de las mujeres debido a desconocimiento de los signos de embarazo, falta de posibilidades económicas, ambivalencia en relación con los deseos de tener el hijo, falta de consultas apropiadas donde el consejo y la solución les puedan ser facilitado (Cáceres & Escudero, 1994). Aunado a esto debemos considerar que cuanto más joven sea la adolescente más se empeña negar el embarazo, no refiere o niega presentar amenorrea, puede ocultar fácilmente su embarazo durante los tres o cuatro primeros meses de gestación debido a que posee pared muscular resistente que evita demostrar el crecimiento uterino y a la falta de síntomas neurovegetativos de náusea, vomito, mareo, ascos, antojos.

Estudios realizados en distintos países, entre ellos México, determinan que una tercera parte de los embarazos no planeados termina en hijos no deseados, los cuales, generalmente, pertenecen a jóvenes de un nivel socioeconómico bajo (Hunt, 1976; citado en Cáceres & Escudero 1994; Berk, 2001; Gutiérrez, 2003).

Por el contrario las adolescentes de clase media o alta por lo general tienen un aborto o entregan al bebé en adopción, siendo este último en menor porcentaje. (Gispert, 2004).

Cuando el embarazo es resultado de un abuso sexual o violación va acompañado de una crisis depresiva que dificulta la toma de decisión por lo que se requieren servicios de apoyo psicológico profesional. En los casos en que hubo consentimiento sexual, hay mejores condiciones para que los adolescentes puedan tomar decisiones bien informadas.

CAPÍTULO 3. ABORTO

Desde su nivel máximo en 1957 se ha producido una marcada disminución en la maternidad adolescente aunque no en los embarazos, pero la cantidad de mujeres embarazadas aumenta y cada vez más disminuye el rango de edad en el que esto sucede ya que se han llegado a observar casos de adolescentes preñadas entre los 10 y los 14 años (Kimmel & Weiner, 1998).

Estos datos nos indican que las jóvenes empezaban a recurrir con mayor frecuencia al aborto a consecuencia de que gran parte de los países del mundo liberaron sus leyes a favor del aborto, en el breve lapso entre 1950 y 1985, 36 países ya contaban con leyes que despenalizaban el aborto, por lo que permitieron a las mujeres interrumpir sus embarazos no deseados por razones sociales, médicas, o sin razón alguna (Tarajano, 2010).

El aborto no es una práctica reciente, si no todo lo contrario es ancestral y generalizada en todo el mundo; ya que se ha observado, tanto en contextos rurales como urbanos, estratos pobres y ricos, entre mujeres casadas y no casadas, de distintas edades y en momentos diferentes de su vida reproductiva; esta práctica se realizaba para regular el tamaño de la población, mantener estables las condiciones socio-económicas o evitar malformaciones físicas del producto y las legislaciones antiguas no castigaban su ejecución (Mayo, 2002). La represión del aborto comienza en Roma cuando aparecen sustancias nocivas para la salud de las mujeres que se sometían a estos métodos y las concepciones cristianas irrumpieron con una nueva valoración de la vida dando el calificativo de homicidio al aborto provocado, así que se promulgaron leyes que convertían el aborto en ilegal castigando a la mujer sujeta a esta acción con pena de muerte, castigos corporales y exilio (Tarajano, 2010). Es hasta fines del siglo XVIII y principios del XIX, que comienzan a inquietarse las esferas intelectuales y legales, proponiendo la exclusión del aborto como una práctica punible en determinadas situaciones, por ejemplo cuando el embarazo representa un riesgo grave para la

salud de la madre o es producto de una violación o incesto, también para evitar la transmisión de una enfermedad hereditaria o contagiosa de carácter grave al feto (Mayo, 2002).

3.1 Tipos de aborto

La palabra aborto, proviene del latín "abortus" donde el vocablo "ab" implica privación y "ortus" nacimiento, es decir significa "sin nacimiento" (Alva, 2007). Hoy en día el aborto se define como la interrupción del embarazo en cualquier momento de la vida uterina, a partir de la concepción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997), diferencia tres tipos de aborto; el espontáneo o accidental, el terapéutico y el inducido o voluntario. El *espontáneo o accidental*, se produce cuando el embrión o feto sale del seno de la madre natural o accidentalmente. El *terapéutico*, es la sustracción intencional del feto justificado por razones médicas para salvar la vida de la madre, cuando la continuación del embarazo o el parto significan un riesgo grave para su vida y/o para salvar la salud física o mental de la madre, cuando ésta está amenazada por el embarazo o por el parto; también puede ser para evitar el nacimiento de un niño con una enfermedad congénita o genética grave que es fatal o le condena a padecimientos y discapacidades muy graves; e incluso puede ser para reducir el número de fetos en embarazos múltiples hasta un número que haga el riesgo aceptable. Por último el aborto *inducido o voluntario*, es cuando la expulsión ha sido inducida intencional o artificialmente por la mujer que por alguna razón ha quedado embarazada y no quiere llevar a cabo el embarazo.

Las mujeres conocen toda una gama de métodos que sirven para inducir de manera intencional un aborto, estos van desde los métodos tradicionales, en ocasiones arcaicos, que presentan los mayores riesgos hasta métodos médicos más sofisticados que ofrecen una mayor seguridad; dicho conocimiento se transmite de generación en generación, a través de las mismas mujeres, los curanderos o médicos tradicionales y los profesionales de la salud o por medio de

personas cercanas a quienes abortan, como amigos o familiares (Guillaume & Lerner, 2007).

Por tal motivo la OMS (1997) y autores como Alva (2007), Blazquez, (1977) Guillaume y Lerner, (2007) dividen los métodos para inducir un aborto en:

3.1.1 Procedimiento tradicional

Son todos aquellos procedimientos que supuestamente funcionan como abortivos y las mujeres realizan por sí mismas aunque su eficacia no haya sido comprobada científicamente; muchos de ellos provocan complicaciones graves que requieren a veces la hospitalización de la mujer para terminar el aborto e incluso pueden llegar a provocar la muerte. Dentro de estos métodos podemos encontrar (Guillaume & Lerner, 2007):

- Plantas, hiervas o especies: son conocidas por provocar las menstruaciones, favorecen las contracciones o evitan la implantación del embrión; entre otras, se menciona el zoapatle, la ruda, el orégano, la canela, el chocolate. Se utilizan en forma de infusiones, brebajes, lavados o en óvulos vegetales; a veces solos y a veces asociados a otros.
- Productos químicos manufacturados: ingestión o inserción de sondas por vía vaginal de diversas sustancias ácidas o productos cáusticos como detergentes, azul de metileno, permanganato de potasio, agua de lejía, cloro, limón, alcohol blanco, vino, vinagre, refrescos de cola, entre otros componentes.
- Productos farmacéuticos: se trata de productos médicamente desaconsejados en caso de embarazo y que, empleados como abortivos, se utilizan en dosis mayores a las habituales. Entre ellos se encuentran los antipalúdicos (nivaquina y quinina), las hormonas (crinex, metrigen y synergon), la aspirina o el paracetamol, los antibióticos, los laxantes, etcétera.
- Físicos: consisten en la introducción de objetos en la vagina como tallos o raíces de plantas, objetos puntiagudos metálicos o de plástico, vidrio

triturado, rayos de bicicletas, catéteres, agujas de tejer, varillas, ganchos de ropa, etcétera; con la finalidad de romper las membranas y provocar la expulsión del contenido. A esto se agregan masajes o manipulaciones del útero, esfuerzos físicos intensos, golpes y caídas; para provocar contusiones directas en el vientre.

- **Mágicos:** son de naturaleza muy distinta y a los cuales se les atribuyen efectos abortivos, algunos de ellos son las plegarias, los talismanes y amuletos.

3.1.2 *Procedimiento químico*

Consiste en la interrupción del desarrollo del embrión y en su eliminación por el canal del parto, a través de inducirlo por fármacos (metotrexate, mifepristona o misoprostol) que pueden utilizarse solos o combinados por vía oral y/o vaginal. Este método es factible en las primeras semanas del embarazo, no requiere anestesia ni intervención quirúrgica; su efectividad se ve reducida después de la séptima semana de desarrollo. A pesar de su relativa sencillez, el proceso requiere vigilancia médica continuada para asegurar el éxito, prevenir posibles complicaciones y garantizar que el feto sea efectivamente expulsado (Alva, 2007; Blazquez, 1977).

3.1.3 *Procedimiento quirúrgico*

Tiene como objeto principal separar manual o artificialmente la placenta del útero y se lleva a cabo con diferentes métodos (Alva, 2007; Blazquez, 1977; OMS, 1997):

- a. por aspiración:* es la sustracción del feto o del embrión a través de succión, usando una jeringa manual o una bomba eléctrica de aspiración. Si se aplica durante las primeras semanas no requiere dilatación cervical (cérvix o cuello uterino); a partir de la semana decimoquinta y hasta la vigesimosexta se requiere dilatación cervical y manipulación quirúrgica además de succión.
- b. por dilatación y raspado ('legrado'):* consiste en dilatar progresivamente el cuello uterino con dilatadores metálicos hasta poder introducir el

raspador con el cual se separa el feto y la placenta de la pared uterina, posteriormente todo ello es evacuado mediante el fórceps. Se recomienda que este método se aplique durante los tres primeros meses de gestación y se use sólo cuando la aspiración manual no es factible.

c. *por inducción de parto prematuro*: reside en el suministro de prostaglandinas o en la inyección de suero salino o urea en el líquido amniótico, que causa quemaduras fatales en el feto. Se emplea sólo en caso de aborto por razones terapéuticas con estados avanzados de la gestación.

d. *histerotomía o mini-cesárea*: requiere dos o tres días de preparación, para asegurar la dilatación cervical necesaria y los fármacos que induzcan el parto. El médico manipula al feto, para hacer salir primero sus piernas, hasta dejar adentro sólo la cabeza para vaciar el encéfalo por succión después de practicar una incisión en la base del cráneo. Esta técnica se aplica en los casos más avanzados pero en menos de la sexta parte de los abortos tardíos.

La elección de los métodos abortivos depende de la situación legal de esta práctica existente en cada país, de las condiciones de acceso a los servicios de salud disponibles para practicar los abortos legales, o de la oferta, tanto formal como informal, cuando están prohibidos por la ley. Además, del nivel socioeconómico, nivel de instrucción, del estatus y autonomía que tengan las mujeres; las mujeres más pobres y con menor escolaridad recurren a métodos peligrosos, autopracticados o realizados por personas no calificadas en condiciones de higiene inadecuadas, en contraste con las de mayores recursos quienes tienen la posibilidad de pagar honorarios médicos elevados para acceder a abortos “medicalizados” y en servicios de salud que ofrecen mayor seguridad (Langer, 2002, citado en Guillaume & Lerner, 2007).

3.2 Legislación del aborto inducido en México

En todas las entidades de la República Mexicana, el aborto es legal en determinadas circunstancias, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Situación legal del aborto en las entidades de la República Mexicana

| Causales | Entidades de la República Mexicana |
|--|--|
| Por violación | En las 32 entidades federativas |
| Imprudencial o culposo (provocado accidentalmente) | No aplica sólo para Chiapas y Nuevo León |
| Por peligro de muerte en la mujer | No aplica sólo para Guanajuato, Guerrero y Querétaro |
| Por malformaciones genéticas o congénitas graves del producto | Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán |
| Por grave daño a la salud de la mujer | Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas. |
| Inseminación artificial no consentida. | Baja California, Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Morelos, San Luis Potosí, Tabasco y Veracruz |
| Económicas cuando la mujer tenga al menos tres hijos | Yucatán |
| Por voluntad de la mujer, durante las primeras 12 semanas del embarazo | Distrito Federal |

Fuente: Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2011

Como podemos observar en la tabla anterior de ocho razones sólo la primera (por violación) es válida en todo el territorio nacional. A pesar de la existencia de este marco jurídico el acceso de las mujeres al aborto seguro está marcadamente restringido aún bajo las circunstancias previstas en la legislación; la mayoría de los códigos penales estatales carecen de los instrumentos normativos adecuados para dar cumplimiento a las leyes y los hospitales públicos con capacidad para atender casos de aborto legal son muy pocos en el país.

Por ejemplo un estudio realizado en Baja California, Chiapas, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, San Luís Potosí y Yucatán documenta cómo los funcionarios públicos del área de procuración de justicia niegan que existan embarazos producto de una violación, no le confieren credibilidad al testimonio de las mujeres violadas y se oponen o resisten a que ejerzan su derecho y decidan interrumpir el embarazo. Así de ocho casos denunciados a las autoridades correspondientes, sólo en dos se les proporcionó información a las víctimas de violación sobre el aborto legal, pero no de cómo obtenerlo si así lo deseaban (Tesoro & Velazco, 2007).

Dadas estas restricciones, para la práctica del aborto, que existen en toda la República Mexicana, la gran mayoría de las mujeres se ven obligadas a interrumpir su embarazo de manera clandestina en condiciones de inseguridad, lo que propicia una alta incidencia de complicaciones y un número desconocido de muertes prematuras que podrían evitarse.

3.2.1 Distrito Federal.

Según la información proporcionada por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2011) y mostrada en la tabla anterior, el Distrito Federal es la única entidad de la República Mexicana con mayores avances en la despenalización del aborto. En 1930 se hizo la primera aprobación al Código Penal para el Distrito Federal, en el que se incluyó la despenalización del aborto en casos de violación, cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer y cuando el aborto es

producto de una imprudencia de la mujer (Flores, 2009). Posteriormente esta práctica se legalizó para los casos en que el embarazo provoque un grave daño a la salud de la mujer, el producto tenga malformaciones genéticas o congénitas graves y cuando el embarazo sea resultado de una inseminación artificial no consentida. La regulación del procedimiento, los servicios y obligaciones de los funcionarios públicos involucrados en la realización de abortos legales, fueron encomendados a la Secretaría de Salud (SS) y a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF).

Para el 2000 con las modificaciones y adiciones en materia de aborto al Código Penal y al Código de Procedimientos Penales en el DF, aprobadas por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), se precisó que, en caso de violación e inseminación artificial no consentida, el Ministerio Público (MP) se encargaría de autorizar el aborto. Con esto se logró que las mujeres víctimas de violación en el DF pudieran ejercer una denuncia inmediata de los hechos y no esperar a confirmar un embarazo por agresión, pues si bien el MP no tiene un tiempo determinado para la denuncia, a nivel médico sólo se cuenta con un lapso de 20 semanas para interrumpir el embarazo (Tesoro & Velasco, 2007).

Finalmente el 24 de abril del 2007 se da el dictamen para la despenalización del aborto por voluntad de la mujer, este fue discutido en la ALDF, con 46 votos a favor, 19 en contra y una abstención. La despenalización del aborto se aprobó en lo general y en lo particular hasta la 12 semana de gestación; la interrupción del embarazo después de la 13 semana, quedó tipificada como delito (Tesoro & Velasco, 2007). Para estos fines se reformaron los artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal, para quedar de la siguiente manera:

Artículo 144: El aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación, y para los efectos del Código Penal del DF, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el

endometrio (García, 2008, p. 5). Por ello antes de las doce semanas de gestación, ya no se llama aborto, sino Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

Artículo 145: Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado. Al que hiciere abortar a una mujer con el consentimiento de ésta se le impondrá de uno a tres años de prisión (García, 2008, p. 6).

Artículo 146: Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada. Para efectos de éste artículo, al que hiciere abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión. Y si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión (García, 2008, p. 6).

Artículo 147: Si el aborto o aborto forzado lo causara un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le corresponden conforme a lo mencionado en los artículos anteriores, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta (García, 2008, p. 6).

Cabe mencionar que en el artículo 148 se mantuvieron las excluyentes de responsabilidad penal para la mujer cuando decide interrumpir un embarazo después de la semana doce cuando es resultado de una violación, pone en riesgo su salud o su vida, o porque el producto presenta malformaciones genéticas o congénitas graves que ponen en riesgo la sobrevivencia del mismo.

Así mismo la reforma también incluye adiciones a la Ley de Salud del Distrito Federal, las cuales se publicaron el 26 de abril en la Gaceta Oficial del Gobierno del Distrito Federal (GDF). Estas se realizaron al artículo 16 Bis 6 con la inclusión de un tercer párrafo quedando así:

“Las instituciones públicas de salud del gobierno del Distrito Federal atenderán las solicitudes de interrupción del embarazo a las mujeres solicitantes aun cuando cuenten con algún otro servicio de salud público o privada” (García, 2008, p. 7). Esto significa que las solicitudes de ILE deben ser atendidas en los hospitales públicos del Gobierno del Distrito Federal, gratuitamente y en condiciones de calidad, como todos los demás servicios a cargo de la Secretaría de Salud del DF; también deberán proporcionar información oportuna y veraz de otras opciones con que cuentan las mujeres además de la interrupción del embarazo y las consecuencias que se generaran en su salud, en el caso de ser solicitada la interrupción deberá realizarse en un término de cinco días, contados a partir de que sea presentada la solicitud y satisfechos los requisitos establecidos en la legislación aplicable (Flores, 2009).

Además se adicionó el artículo 16 Bis 8, para quedar de la siguiente manera:

La atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio de derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.

El gobierno promoverá y aplicará permanentemente y de manera intensiva, políticas integrales, tendientes a la educación y capacitación sobre la salud sexual, los derechos reproductivos así como la maternidad y paternidad responsables. Sus servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como propósito principal reducir el índice de abortos, a través de la prevención de embarazos no planeados,

disminuir el riesgo reproductivo, evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y coadyuvar al pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas con una visión de género, de respeto a la diversidad sexual y de conformidad a las características particulares de los diversos grupos poblacionales, especialmente para los niños y niñas, adolescentes y jóvenes.

El Gobierno del Distrito Federal otorgará servicios de consejería médica y social en materia de la atención a la salud sexual y reproductiva, funcionando de manera permanente con servicios gratuitos que ofrecerán la información, difusión y orientación en la materia, así como el suministro de todos aquellos métodos anticonceptivos cuya eficacia y seguridad estén acreditadas científicamente. Así mismo proporcionará a la mujer que solicite la interrupción del embarazo la información a que se refiere el último párrafo del artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal. Los servicios de consejería también ofrecerán apoyo médico a la mujer que decida practicarse la interrupción del embarazo después del procedimiento de aborto, particularmente en materia de planificación familiar y anticoncepción (García, 2008, p. 8).

Al definir como positivo el dictamen en materia del aborto y con ello la despenalización de éste, aprobada por las comisiones en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), los grupos como el de las Católicas por el Derecho a Decidir; el grupo de Salud Integral para la Mujer (SIPAM) y el grupo GIRE, se pronunciaron a favor ya que lo ven como un progreso en la legislación del país hacia los derechos de las mujeres; pero también proponen la difusión de programas enfocados hacia el ejercicio de una sexualidad responsable para que de esta manera el aborto sea utilizado solo en casos de emergencia, y no como la salida fácil hacia el problema del embarazo no deseado, ya que lo que debe predominar es la planificación de los hijos.

3.3 Antes y después de la legislación

Los datos oficiales de México constatan que durante los 90 ocurrieron 533 100 abortos (Guillaume & Lerner 2007). Actualmente se reconoce que antes de las reformas legales del aborto, este era la tercera causa de muerte en féminas de la capital del país y la quinta en toda la República, afectando más de mil mujeres al año, la mitad de estas muertes ocurría en mujeres menores de 19 años, muchas de ellas pobres o indígenas. (Guerrero, 2011; Rodríguez, 2004).

En México, un estudio realizado en 1990 por el doctor Armando Valle Gay (citado en Guillaume & Lerner, 2007) con base en los registros de mujeres atendidas por complicaciones de aborto en el Hospital General se encontró que del total de la muestra, 30% de las mujeres tenían de 21 a 25 años de edad, 26% de 15 a 20 años y 25% de 25 a 30 años; también se reveló el bajo nivel de escolaridad de las mismas: 16% eran analfabeta, 44% de las mujeres no habían terminado la primaria, 28% tenían la primaria completa, y sólo 3% eran profesionistas. Posteriormente en el 2003 una encuesta nacional realizada por Menkes y Suárez (citados en Guillaume & Lerner, 2007) revela que son las adolescentes de los estratos más bajos quienes recurren menos al aborto (4.9%), incrementándose la incidencia en la medida en que las condiciones materiales son mejores.

Así que según las estadísticas anteriores se puede decir que la práctica del aborto puede ser un problema social, económico y cultural, debido a que la incidencia es mayor en las mujeres con un estrato socioeconómico mayor, jóvenes y con menor escolaridad, las cuales pueden ser influenciadas por los prejuicios sociales acerca de los embarazos a temprana edad y/o fuera del matrimonio; sin embargo en los estudios anteriores sólo se registran los datos obtenidos del hospital general, pero el gobierno por su parte tiene sus propios censos relacionados con las personas que han requerido asistencia médica debido a una complicación de aborto espontáneo o inducido, los datos se muestran a continuación en la Tabla 2 la cual expone las estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de los cuatro estados de la República Mexicana con mayor

índice de mujeres que han experimentado un aborto espontáneo o inducido entre los años 2000 y 2008; debido a que la interrupción voluntaria del embarazo antes del 2007 era ilegal, su práctica era negada y ocultada, por lo que no se puede conocer la cantidad exacta de abortos inducidos que se practicaban realmente.

Tabla 2. Índice del aborto en México

| Entidad | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------|------|------|------|-------|-------|------|-------|-------|-------|
| Estado de México | 890 | 794 | 858 | 1,014 | 1,048 | 852 | 1,144 | 1,152 | 1,455 |
| Distrito Federal | 912 | 927 | 895 | 948 | 943 | 910 | 875 | 1,024 | 1,024 |
| Veracruz | 101 | 89 | 85 | 78 | 84 | 107 | 93 | 101 | 142 |
| Hidalgo | 67 | 64 | 42 | 33 | 58 | 46 | 70 | 54 | 85 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2008

Como podemos observar hay una gran discrepancia entre el número de abortos en el Estado de México y Distrito Federal en comparación de los estados de Hidalgo y Veracruz siendo mayor en el D.F. y en el Estado de México; de la misma manera también podemos afirmar que en fechas anteriores al 2007 el índice de mujeres no es constante de un año a otro, este puede descender o ascender, no obstante es en el 2008, un año después de la legislación, que se vislumbra el mayor número de episodios de aborto registrados en los cuatro estados.

No obstante, como ya lo mencionamos anteriormente estos datos son estimaciones, no son totalmente fiables debido a la condición de ilegalidad del aborto mantenido en aquellas fechas en nuestro país, además estos datos no pueden ser generalizados porque no se contempla a todos los sectores de la población ya que son obtenidos de los registros de los hospitales públicos del país donde por lo regular hay más probabilidad de que recurran a ellos mujeres de

escasos recursos, pues entre mayor son las posibilidades económicas se puede aspirar a una interrupción del embarazo con métodos de mayor eficacia dentro de un hospital privado, en un estado de anonimato.

3.4 Causas del aborto inducido

El aborto como recurso depende de las realidades sociales particulares de cada país, de su situación legal, del acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, de las condiciones materiales y culturales, de las expectativas de vida de las mujeres, de los obstáculos que ellas enfrentan para ejercer de manera libre su sexualidad y maternidad. Así que supone un complejo de decisiones en donde las mujeres ponen a consideración todos los factores a favor y en contra, se encuentra en una situación límite en la que se da un conflicto de valores éticos, morales, legales, religiosos; elección entre bienes de distinta envergadura e inevitablemente renuncias (Bernal, 2003; García, 2008).

El aborto casi nunca responde en muchos de los casos a una sola causa, las razones para abortar no son universales y comunes a todas las mujeres, varían de acuerdo con la edad, la etapa del ciclo de vida, la paridad alcanzada, su estatus social, condiciones de vida, por mencionar algunos. Los principales motivos por los que las adolescentes deciden interrumpir su gestación según Alva (2007), Guillaume y Lerner (2007) están interrelacionados con la falta de comunicación y confianza hacia los padres; gran temor a decepcionarlos y a ser un problema más, si la familia ya es disfuncional. El miedo a la maternidad, a la responsabilidad, tanto del hombre como de la mujer. La aspiración, expectativas y proyectos de vida de la mujer; realización personal o profesional, no querer dejar una carrera profesional o laboral inconclusa. El relaciones no estables, de conflicto o de desamor con la pareja, en el peor de los casos abandono repentino por parte de la pareja o familia. La presión de los padres o de quien las haya embarazado para que aborten. La falta de empleos para las adolescentes embarazadas o la práctica de políticas en las empresas que consisten en despidos o liquidación de la mujer que se llegue a embarazarse, sea casado o no, en el tiempo que trabaje para dicha

empresa. No contratación de mujeres con hijos o casadas en determinados trabajos. Las problemáticas y dificultades económicas, por lo general las adolescentes no cuentan con autonomía financiera o recursos propios y puede faltarles la ayuda de sus familiares o del padre del hijo. El embarazo pone en riesgo la salud física (vida) o mental de la mujer. La mujer padece alguna enfermedad como rubeola, epilepsia, diabetes, lupus, sida, cáncer, alteraciones en la presión arterial, incompatibilidad sanguínea de los padres, alcoholismo y/o drogadicción. Posible presencia de enfermedades congénitas en el bebé como deformaciones, deficiencias mentales, etc. El embarazo es resultado de una violación o de un incesto, o sea, debido a la coacción, abuso o violencia sexual. Incitación constante a llevar una vida sencilla y cómoda, donde lo que importa es el tener y muchas cosas son desechables e intercambiables. La desaprobación de la familia; estigmatización, reprobación o presión social y moral ocasionada por un embarazo prenupcial, o fuera del matrimonio y la percepción del rechazo que pueden sufrir las mujeres en tal situación por parte de la familia y la comunidad.

Los hallazgos de investigaciones realizadas por Faúndes y Barzelatto (2005, citados en Guillaume & Lerner, 2007) coinciden en que es la pareja de la adolescente quien influye directa o indirectamente en su decisión de recurrir al aborto, ya sea apoyando, favoreciendo, obstaculizando, negando o bien siendo indiferente y estando ausente.

La participación del varón en la decisión de abortar dependerá del entorno social, cultural e ideológico en el cual se construyen los significados de género, las identidades y roles masculinos, y en particular las relaciones de poder entre hombres y mujeres; por ejemplo, en sociedades patriarcales donde se mantienen normatividades y roles tradicionales de género, el hombre domina en la decisión de que la mujer aborte o continúe su embarazo, ya sea a través de una indicación directa, una amenaza indirecta o implícita o abandonando a su pareja. Estas atribuciones impuestas provocan tensiones y conflictos en las identidades masculinas, por una parte ellos aprenden a ser los encargados de la toma de

decisiones por lo que deben ser fuertes, valientes, capaces, responsables y cumplir con el rol de proveedores; estos atributos frente a un aborto, los ubican en una situación que llegan a vivir con miedo, rechazo, culpa, confusión e impotencia.

De la misma manera Aliaga y Machicao (1995, citados en Guillaume & Lerner, 2007) detectaron que el grado de intervención de los varones en la toma de decisión sobre el aborto, también dependerá del vínculo emocional y naturaleza de la relación de la pareja, la etapa de vida, la situación económica y la predisposición emocional que manifestaron para asumir el papel de padre. Asimismo, identificaron que las actitudes para optar por esta práctica pueden manifestarse de diversas maneras:

- a) Los varones que no vinculan el sexo con el amor y a quienes un embarazo y la interrupción del mismo les afecta en tanto se sienten involucrados sentimentalmente con su pareja, o bien expresan sentimientos de preocupación por la pareja en términos afectivos y psicológicos, y en caso de que sólo experimenten algún grado de responsabilidad llegan a pagar el servicio médico, pero se distancian.
- b) Varones que apoyan la decisión de su pareja, pero no asumen la responsabilidad de la misma.
- c) Varones que reaccionan agresivamente, expresando la duda de haber sido quienes embarazaron a la mujer.
- d) Varones que manifiestan el deseo de asumir la paternidad del hijo y resienten la decisión de su pareja de abortar, situación en la que se sienten frustrados, desilusionados y marginados de una decisión en la cual perciben que deberían involucrarse.
- e) Varones que asumen una actitud de solidaridad con su pareja, tanto con respecto a su salud física como emocional.

3.5 Consecuencias del aborto inducido

Es difícil afirmar que el aborto constituye un bien en sí mismo; generalmente es una forma de evitar un mal superior que es el embarazo (Bernal, 2003). Ante el

estado de angustia, soledad y miedo en que se encuentra la mujer que inicia un embarazo inesperado o no deseado difícilmente puede prever las consecuencias que se ocasionarán a partir de su decisión.

La mujer es la principal protagonista de los efectos del aborto inducido; son las mujeres quienes se embarazan y abortan, quienes enfrentan y cargan con las consecuencias físicas, materiales, emocionales y familiares de interrumpir el embarazo, son quienes reciben casi exclusivamente las sanciones estipuladas por la legislación vigente, quienes mueren o sufren las secuelas físicas y mentales por haberse practicado un aborto en condiciones de higiene inadecuadas, quienes son estigmatizadas o sancionadas moralmente por la sociedad.

Entre las consecuencias físicas autores como Alva (2007), Aray (1998), Checa (2006), Gutiérrez (2005) y Guillaume y Lerner (2007) mencionan que las complicaciones inmediatas originadas por el aborto son: sangrado profuso, reacción vagal (caída de la presión arterial y mareos), malestares pélvicos crónicos, lesiones en los órganos genitales, laceración del cuello uterino, perforación del útero, desgarro del cérvix, hemorragias o infección uterina, abscesos pélvicos; mientras que las consecuencias secundarias del aborto son: irregularidad menstrual subsiguiente, cáncer de mama, esterilidad, incontinencia, posibilidad de embarazos extrauterinos, abortos espontáneos, adherencias entre las paredes uterinas por el raspado; en el caso de quienes abortan por medio de ingerir medicamentos sin supervisión médica tienen alto riesgo de tener una complicación, terminar en el hospital debido a que los químicos estimulan al útero a contraerse y expulsar su contenido afectando con esto a otras muchas vísceras produciendo calculo biliar, perforación de un apéndice o infarto cardiaco y la muerte.

Así que los riesgos mencionados anteriormente dependen de los métodos empleados, las condiciones bajo las cuales se efectuó y de la capacitación profesional de quienes lo practiquen; por lo que los mismos autores consideran

que en países donde la interrupción del embarazo voluntario no es penalizada, estas consecuencias se disminuyen o anulan ya que hay mayor posibilidad de que las mujeres sean atendidas de una forma adecuada dentro de un hospital sin las privaciones directas de la clandestinidad, ni en condiciones insalubres, además de que en estos países se introducen y utilizan nuevos métodos evolucionados con mayores avances tecnológicos y médicos.

Con respecto a las consecuencias psicológicas de un aborto inducido, Lask en 1975 (citado en Cáceres & Escudero 1994), encontró que en el 68% de las mujeres los efectos habían sido positivos y sólo en el 32% restante la paciente experimentó problemas psicológicos como: arrepentimiento, sentimientos de culpa moderados o profundos, se experimenta una gran pérdida y es el origen de numerosos autoreproches, trastorno mental de la misma intensidad o más profundo que antes de haberse producido el aborto. También se identificó que estas mujeres estuvieron entre 21 y 30 años, con una historia previa de trastorno psiquiátrico, presentaron sentimientos de abandono por la pareja, dificultad en la toma de decisión hacia el aborto.

Barglow y Weinstein (citado en Deschamps, 1979) interrogaron a veinticinco adolescentes, después de que hubieran abortado. Descubrieron, en cuatro de ellas, una angustia emocional importante: una estaba gravemente deprimida y obsesionada con la idea de haber cometido un asesinato y un error trágico, había tenido complicaciones médicas infecciosas, la decisión de abortar se había tomado por presión de la madre con la que había una mala relación; otra adolescente experimentó psicosis grave seis semanas después del aborto; las dos últimas estaban igualmente perturbadas habían tenido dificultades psicológicas anteriores. Las veintiuna adolescentes restantes que no tenían problemas en el momento de la entrevista, presentaron posteriormente síntomas de desequilibrio emocional cuya expresión en algunas fueron somáticas y en otras se tradujo en trastornos del comportamiento. A largo plazo, algunas se sintieron más maduras y

adultas, considerando que el recurso a la interrupción del embarazo había afirmado su capacidad de tomar una decisión importante para su vida personal.

Así mismo, Major (citado en Cole, 1997) en sus estudios realizados en 1985, 1989 y 1990 encontró que las expectativas referentes a la capacidad de afrontar los efectos emocionales del aborto son determinantes importantes en los ajustes posaborto; es decir, las mujeres con expectativas bajas o que le echaron la culpa de su embarazo a otras personas y/o circunstancias fuera de su control reportaron mayores quejas físicas, peor estado emocional, anticiparon consecuencias negativas severas y demostraron mayores niveles de depresión, a diferencia de aquellas mujeres que habían tomado la decisión por sí mismas quienes tenían mayor capacidad para afrontar las consecuencias. Otro aspecto que dicho autor menciona es el apoyo social, en el que la falta de éste, representó una fuente adicional de tensión, por eso las mujeres que informaron su decisión con anterioridad a la práctica del aborto y recibieron reacciones negativas tenían peores resultados que mujeres que no habían informado a nadie. Por lo tanto se establece la importancia de las expectativas en la pareja en la conformación del apoyo recibido; es decir, hombres con niveles bajos de autoeficiencia e indecisiones sobre la decisión del aborto pueden comunicar sus dudas y ansiedad a la pareja; así mismo, hombres que están preocupados por su propia capacidad para afrontar el aborto pueden ser incapaces de brindar apoyo afectivo y constituyen un problema adicional para la mujer (Major, 1992, citado en Cole, 1997).

Por otra parte Amuchástegui y Rivas (2002, citadas en Guillaume & Lerner 2007) y Rodríguez (2004), mencionan que si la adolescente actúa por presión externa (presión familiar, problemas económicos, etcétera), vive con resentimiento, culpa, depresión, ansiedad, y miedo; pero cuando decide de manera consciente, firme, libre e informada interrumpir su embarazo y lo realiza en buenas condiciones sanitarias siendo tratada con respeto por el personal, este no generará ningún daño psicológico sino todo lo contrario un sentimiento de alivio, tranquilidad y

liberación, aun cuando la alternativa del aborto no es agradable ni deseable en sí misma, pero si un recurso necesario.

Lo anterior ya había sido vislumbrado en 1979 por Deschamps, quién al recopilar toda una serie de investigaciones concluye que las adolescentes que no toman la decisión de abortar por sí mismas si no obligadas por presiones culturales, familiares o de la misma pareja tienden a sentirse culpabilizadas, a consecuencia de ello en años posteriores experimentan el temor de esterilidad, y después embarazadas se preocupan por posibles anomalías de la gestación, un parto prematuro o por malformaciones del niño, e inclusive si llegan a tener dificultades en posteriores embarazos suelen relacionar eventuales fracasos con la interrupción que tuvieron antes.

Más recientemente, la doctora Franz (citada en Alva, 2007) especialista en atención del síndrome posaborto, presentó los siguientes resultados de diversas investigaciones, en una ponencia dictada en la ciudad de Bogotá, Colombia en julio de 1992. De doscientas treinta mujeres que opinaron respecto al aborto: sentirse forzadas por presiones externas, deseos de haberse quedado con el bebé en mejores circunstancias, arrepentidas con la decisión, creencia de no haber recibido la información suficiente para tomar una decisión efectiva un 47% presentó problemas físicos posteriores al aborto y a 94% se le detectaron problemas psicológicos (8% en menor grado, 31% moderados y 55% problemas severos) como: peor imagen propia después del aborto, comportamientos suicidas, sentimientos de ira, sentimiento de vivir infame a causa del aborto, pesadillas, insomnio, temor a la fecha del aborto, temor a tocar o relacionarse con bebés, pensamientos y/o sueños del niño abortado, miedo al castigo, temor de tomar decisiones, sentimientos de soledad o desamparo, falta de perdón propio, ansiedad, amargura, depresión y promiscuidad.

Aunado a esto en otros estudios realizados hasta ahora en diferentes países también se ha encontrado que el aborto inducido puede producir efectos

psicológicos negativos cuando existe una influencia cultural. Debido a la fuerte controversia política, a las valoraciones culturales e institucionales de la iglesia y la sociedad acerca del aborto algunas adolescentes pueden experimentar sentimientos negativos o de culpa porque consideran que haberlo hecho fue pecaminoso y atentaron contra una vida; asimismo, otras viven en confusión, ambivalencia y requieren ayuda profesional psicológica (Checa et al, 2003; Fainsod, 2006; Rodríguez, 2004).

Ejemplo de lo anterior es la investigación realizada por Vargas, Córdoba y Sapien (2007), quienes reportaron el impacto psicológico del aborto inducido en cinco mujeres universitarias de 20 a 36 años, que relataron en una entrevista su embarazo inesperado y aborto inducido cuando eran más jóvenes. Se encontró que las jóvenes resultaron embarazadas de manera inesperada y que interrumpieron su embarazo por carecer del consentimiento o apoyo de la pareja, padres y/o familia por lo que la decisión de abortar les ocasionó gran consternación; los procedimientos preabortivos y/o abortivos fueron dolorosos corporalmente y desestabilizadores emocionalmente para ellas; la presión social y cultural en contra del embarazo de mujeres jóvenes y solteras, y en contra del aborto inducido tuvo un impacto devastador sobre las participantes, sumiéndolas en estados depresivos y sentimientos de culpabilidad de los cuales aún no se recuperan del todo. Con base en estos hallazgos, los autores concluyen que la educación sexual vigente, de feminización de los procesos reproductivos y de desprotección de las jóvenes embarazadas, tuvo repercusiones sociales, psicológicas, orgánicas y negativas en las jóvenes.

Sin embargo esta cuestión se ha vuelto controvertida en algunos países como en el caso de la sociedad actual española, donde la interrupción del embarazo es considerada como una de las opciones más habituales y con menores costes, el Informe de la Federación de Planificación Familiar de España de Septiembre- Octubre 2001 reveló que este suceso puede que en algunas personas produzca posteriormente efectos psicológicos negativos, en particular sentimientos de

culpabilidad en jóvenes con actitudes religiosas rígidas. Pero al mismo tiempo otros autores afirman que no han observado tales sentimientos u otra sintomatología psicológica debida al aborto según el informe del 2002 del Ministerio de Sanidad de España (García, 2005).

En Argentina, Checa (2006) realizó un estudio con 57 adolescentes (entre 13 y 21 años de edad) de nivel escolar básico (primaria y secundaria), que interrumpieron su embarazo usando misoprostol sin indicación médica sino por recomendación de alguna amiga, familiar o farmacia. Halló que la mayoría ellas (59.3%) no utilizaban algún método anticonceptivo a pesar de que 28 adolescentes (47.5%) habían cursado por un embarazo anteriormente donde 11 casos concluyeron en partos/cesáreas, 13 en abortos, y 4 en partos y abortos; así mismo estas adolescentes que se practican un método abortivo por pastillas sin supervisión médica tienen alto riesgo de tener complicaciones físicas pues sólo en 23 de los casos se produjo el aborto completo, en 12 casos se continuó el embarazo y 24 casos requirieron el legrado; finalmente las posturas religiosas no interfieren para que las adolescentes tomen la decisión de abortar pero luego de realizado presentan una serie de dudas y temores.

También Fabricant y Kent (citados en Alva, 2007) realizaron una investigación con 50 mujeres sobre los efectos psicológicos y anímicos que implican un aborto y descubrieron que la mayoría de las mujeres en la primera entrevista decían tener pocos o ningún efecto negativo; sin embargo, después de desarrollar una profunda relación de confianza comenzaron a expresar sentimientos de dolor, amor e identificación con su hijo abortado, así como también dijeron temer del juicio de sus seres queridos o de Dios por deshacerse y matar a su hijo. Por lo que, al final, los autores concluyen que la angustia que provoca el aborto puede permanecer oculta y sin resolver debido a la magnitud del sentimiento de culpa, el cual es tan profundo que se mantiene reprimido y raramente será revelado a menos que medie una profunda relación de confianza.

En otro estudio realizado por Speckhard (1987, citado en Alva, 2007) en Estados Unidos a 30 mujeres que asocian el aborto con una situación sumamente estresante, a través de la realización de una entrevista que duró entre 45 y 90 minutos se descubrió que estas resintieron algunas manifestaciones psicológicas como consecuencias del mismo, que de ninguna manera pueden generalizarse pero tienen un alto grado de similitud entre las diferentes entrevistadas, a pesar de las marcadas diferencias sociales, económicas, geográficas, etc. de cada una de ellas. Las manifestaciones que se repitieron con mayor frecuencia fueron: preocupación por el niño abortado, sentimientos de locura, recuerdos del aborto, pesadillas, apariciones del bebé abortado, alucinaciones; también observó algunas reacciones que afectaron el comportamiento como: alcoholismo, inhibiciones sexuales, llantos frecuentes, intentos suicidas, limitaciones para comunicarse y en cuanto a las reacciones afectivas de las mujeres que abortaron las más frecuentes fueron: aversión o amor excesivo por los bebés, menor aptitud para diferentes experiencias emotivas, sufrimiento de ser victimaria, autoestima baja, sentimientos de culpa, arranques de ira, depresión, sentimientos de pesadumbre y tristeza. La mayoría de las mujeres (64%) habían presentado tales manifestaciones en un periodo de 5 a 10 años posteriores del aborto y sólo algunas (20%) en menos de cinco años de haberlo realizado.

Este fenómeno nuevamente es confirmado por Toledo (2003), quién al compilar los diferentes estudios sobre los efectos psicológicos que genera el aborto inducido en países donde ha sido legalizado observó que las adolescentes que durante el primer trimestre posaborto experimentaban emociones negativas socialmente determinadas como: culpa, vergüenza y temor a la desaprobación; en años posteriores presentaban recriminación, ansiedad, depresión, duda y rabia, no obstante estas respuestas, según el autor, pueden ser entendidas como respuestas de adaptación, propias al proceso de estrés vivido, más que como respuestas psicopatológicas.

De la misma manera se han realizado estudios de seguimiento para investigar las manifestaciones psicológicas futuras a mediano o largo plazo, comparando a mujeres que deciden llevar su gestación hasta el final con mujeres que deciden abortar, en la mayoría de ellos se ha encontrado que las que abortaron tienen una mayor estabilidad emocional y psicológica a diferencia de las que deciden continuar su embarazo.

Por ejemplo, Zabin en 1989 (citado en Cole, 1997), presenta un estudio de 360 adolescentes comparando en un periodo de dos años, la evolución psicológica de tres grupos: no embarazo, aborto y parto. Dos años después de la entrevista original el grupo que aborto mostraba un perfil positivo que cualquiera de los otros dos grupos; no había diferencias en los rasgos de ansiedad pero era más bajo en el grupo de aborto, también tenían mayor autoestima que el grupo de no embarazadas y mayor sentido de control interno que el grupo de parto. En 1990, este mismo autor investigó 360 mujeres afroamericanas en condiciones socio demográficas comparables después de una prueba de embarazo 92 resultaron negativas y 206 positivas de las cuales 120 optaron por abortar. Dos años después se encontró que las que abortaron tenían mayor probabilidad de haber terminado sus estudios o seguir en la escuela y tenían mejor situación económica.

A este respecto Deschamps (1979) afirma que en el plano social, es fácil admitir que las jóvenes que abortan prosiguen sus estudios con mayor frecuencia, y se insertan fácilmente en la vida social, pues al observar las estadísticas de las adolescentes londinenses embarazadas menores de 17 años, el 36% de las que interrumpen su embarazo abandonan sus estudios antes de los 16 años, contra un 86% de las que llevan su gestación a término por lo que probablemente el que las adolescentes tengan mayor probabilidad de seguir sus estudios no se debe al hecho de abortar sino más bien porque las que llevaron su gestación hasta el final pertenecían a familias de posición menos acomodada, son las menos motivadas por unos estudios o carecen de proyecto futuro alguno lo cual favoreció que acogieran con mayor facilidad y más pasivamente su embarazo.

Por su parte Russo y Zierk (citados en Cole, 1997) presentan en 1992, un estudio de 5,295 mujeres que habían tenido un seguimiento durante un periodo de ocho años de las cuales 773 tuvieron por lo menos un aborto en esa época y 173 tuvieron un parto no deseado. Midieron el bienestar de las mujeres principalmente mediante la Escala de autoestima de Rosenberg, encontrando que las mujeres con un aborto tenían la autoestima significativamente más elevada, mayor sentimiento de valor propio, y menor sentimiento de fracaso que las demás mientras que las mujeres sin aborto(s) múltiples no mostraban diferencias en autoestima, mujeres con partos no deseados tuvieron una valoración más baja. Se concluyó que la relación positiva entre el aborto y el bienestar se debe al importante rol del aborto en el control de la fertilidad e incrementa el sentimiento de autocontrol, por lo que no existe ninguna evidencia que demuestre que el aborto genere efectos psicológicos negativos a largo plazo, al contrario estos mismos autores afirman que es la mejor solución en la peor de las situaciones.

Por el contrario en una investigación realizada por Toledo, Molina, González, Martini, Luengo, y Molina en Santiago de Chile (1998), acerca del perfil psicosocial en adolescentes que se hospitalizaron debido a complicaciones de un aborto inducido. Trabajaron con una muestra de 680 adolescentes menores de 19 años: 340 embarazadas y 340 con diagnóstico de aborto espontáneo o inducido, las cuales fueron pareadas por edad cronológica y edad gestacional. Primeramente se les aplicó un extenso cuestionario 24 horas después del legrado uterino, a los seis y doce meses posteriores a cada una se les aplicó el test de ansiedad de Spielberger, el test de Depresión de Alvarado y fueron citadas a una entrevista psiquiátrica. Se encontró que no había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las variables escolaridad y religión, sin embargo si se encuentran diferencias en cuanto a las relaciones de pareja ya que en el grupo de aborto provocado estas son reportadas con poco grado de compromiso y falta de apoyo por parte de sus parejas por lo que la decisión respecto al curso del embarazo fue tomada mayoritariamente en forma individual por la adolescente; asimismo, la prueba de STAI de Spielberger muestra un nivel significativamente

mayor de ansiedad en el grupo de aborto provocado al igual el test de Alvarado detectó sintomatología depresiva significativamente mayor en este mismo grupo, lo cual se correlacionó positivamente con la evaluación psiquiátrica ya que a pesar de que se encontró que la patología psiquiátrica que predominó en ambos grupos de aborto fue trastorno de adaptación, el mayor porcentaje corresponde al grupo de aborto provocado donde también se aprecian diferencias en el tipo de patología que presentan siendo los episodios depresivos más frecuentes. Así que, al final, con base en los hallazgos encontrados, los autores concluyen que es necesario el apoyo de salud mental a las adolescentes con aborto provocado, dado que es necesario evaluar cómo han manejado los sentimientos de culpa y para enfrentar los conflictos posteriores de naturaleza misma del aborto, relacionados con la toma de decisión, vínculo afectivo con su pareja, las relaciones familiares, entre otros.

3.6 Factores sociales y culturales

Con base en los estudios anteriormente descritos podemos decir que las consecuencias psicológicas del aborto dependen de varios factores: duda o presión en relación a la toma de decisión de abortar, circunstancias en que se desarrolla la intervención, contexto en el cuál es realizado el aborto, complicaciones médicas sobrevenidas en el curso de la intervención o en la convalecencia de la misma, apoyo familiar o de redes sociales, tipo y calidad de relación de pareja, condición emocional previa del adolescente, antecedentes psicopatológicos, aprobación o rechazo social frente al aborto, nivel de educación, actividad que se estaba desarrollando al momento del embarazo, atribución de causalidad que realicen del evento y el significado que logren como estrategias de elaboración utilizadas para manejarlo, entre otras (Deschamps, 1979; Toledo, 2003).

Pese a todo consideramos que el entorno social en el cual la adolescente se desenvuelve, desempeña el papel más importante, determina la capacidad de afrontar las consecuencias de la tensión creada por la decisión; la red social es

fundamental en una mujer que desea recurrir a esta práctica, este apoyo puede ser selectivo, debido a la estigmatización y conservadurismo que influyen en la percepción que se tiene del aborto.

De primera instancia al ser la familia, la unidad fundamental de la sociedad, la actitud que se desarrolle dentro de ésta hacia la adolescente ayudará atenuar o reforzará los sentimientos y emociones negativas que la adolescente pueda experimentar; a modo de ejemplo, Deschamps (1979) menciona que tendrá una función benéfica la actitud de ayuda de los padres de la muchacha o el joven progenitor, la presencia de algún familiar al lado de la adolescente al efectuarse la intervención y la posibilidad de que participe en la decisión en virtud de su edad y grado de madurez. Por el contrario será perjudicial la decisión forzada con aires de castigo, la desaprobación que exprese la madre o hermanas que hayan tenido hijos ilegítimos, el ambiente de drama familiar en que se ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo.

Posteriormente a mayor escala la adolescente deberá enfrentar el ambiente público social, donde un ambiente social neutro o favorable tiende en gran medida a evitar posibles efectos negativos del aborto provocado, en cambio en un país donde el aborto está prohibido y se escuchan las profecías nefastas de grupos ideológicamente fijados, es obvio que estas profecías se autorealizan debido a la actitud social estigmatizante.

La penalización del aborto por parte del gobierno y la Iglesia Católica alientan que, de manera generalizada, se estigmatice esta práctica, incluso en los casos permitidos por la ley; por ejemplo es frecuente que las mujeres de quienes se sospecha que recurrieron a un aborto inducido sean objeto de maltrato cruel, humillante o indiferente por parte de los profesionales de la salud (son criticadas, deben hacer largas esperas para ser atendidas aun cuando llegan en malas condiciones físicas, no se les administra medicamentos para el dolor o la anestesia, se les aísla, no se respeta su privacidad pues son sometidas a arduos

interrogatorios); indiscutiblemente abortar en estas circunstancias implica muchas veces un gran desgaste emocional para las mujeres, convirtiéndose en una experiencia traumática, además el encarcelamiento de las mujeres que recurren al aborto, en países donde se hacen efectivas las leyes restrictivas, crea cierto estigma, se les percibe como trasgresoras de valores religiosos y morales lo cual le afecta a nivel personal y social ya que la conduce a la pérdida de su autoestima, pérdida de empleo, desalojo de la vivienda por prejuicios del arrendador, rechazo y burla de sus compañeros de trabajo, etcétera (Guillaume & Lerner, 2007).

Así que en las sociedades socialmente estigmatizantes la mujer que se practica un aborto puede sentir alivio, en un primer momento, porque en ese momento la obligación de seguir con un embarazo no planeado tiene consecuencias emocionales más importantes que la interrupción del mismo. Pero esta sensación será pasajera, posteriormente se experimentará varios sentimientos y conductas negativas generadas por la connotación social que se le da al hecho de abortar, estos sentimientos le exigirán elaborar un duelo "normal" por esa pérdida, sino aumenta la posibilidad de sumirse en un estado bastante patológico (depresión), que puede durar meses, años o toda la vida (Worden, 1997).

CAPÍTULO 4. PROCESO DE DUELO

4.1 Pérdida

A lo largo de nuestra vida todos sufrimos pérdidas, traumas y conflictos, que pueden ser inesperados; no hay vida sin pérdidas, sin momentos de sufrimientos, sin ansiedad.

Tizon y Sforza (2007) dicen que el afrontamiento de las pérdidas y sufrimientos se llama *procesos elaborativos*. Los procesos elaborativos incluyen una serie de cambios psicológicos y sociales; así como también, cambios corporales y somáticos, que se manifiestan con el fin de afrontar dichas pérdidas por lo que engloban un nivel biopsicosocial. Cuando la pérdida o conflicto no son muy graves y no amenazan nuestra capacidad de adaptación, hablamos de *procesos adaptativos*. Cuando la pérdida o los conflictos son más graves y ponen en crisis nuestra capacidad de adaptación, a través de un desequilibrio psicosocial o individual, hablamos de un *proceso reorganizativo*.

Los procesos adaptativos pueden ser; por alguna pérdida afectiva y/o por alguna pérdida o cambio que implica profundos impactos y reorganizaciones internas y externas. Los procesos reorganizativos, pueden ser: 1) por *un proceso de duelo* ante una pérdida afectiva, y 2) por un *proceso de elaboración postraumática* que ponemos en marcha ante los cambios o pérdidas que amenazan con ser catastrófica, para la integridad biológica, psicológica y social.

Los procesos de duelo no solo se presentan por la pérdida de un ser querido, sino que también se presentan por el padecimiento de alguna enfermedad; la separación o divorcio; consecuencia del abuso sexual o físico; o la emigración. Asimismo los procesos de duelo se dan como consecuencia de pérdidas materiales o monetarias; como perder una herencia, una posición u objetos que representan un valor simbólico. Igualmente, ante las pérdidas intrapersonales;

como los desengaños de personas o ideales; los desengaños profesionales; ante la pérdida de alguna parte o función corporal; pérdida de la capacidad o cualidad como la belleza, fortaleza, rapidez e inteligencia. Finalmente las pérdidas propias del desarrollo evolutivo, como las que ocurren con el paso de los años por ejemplo, de bebé a niño, adolescente a adulto, en la menopausia, andropausia, en la jubilación. (Neimeyer, 2002). En general puede decirse que toda transición psicosocial importante para el sujeto pone en marcha el proceso de duelo ante el temor a las exigencias de una nueva situación.

Otra pérdida poco reconocida y estudiada es la que deja el aborto, ya que se interrumpe el desarrollo biológico de un ser vivo y trae consigo una serie de implicaciones psicológicas que enmarcan un proceso de duelo. La intensidad de este proceso está determinada por su condición; es decir, si el aborto fue espontáneo o fue provocado, sin embargo, este último, será aún más complicado si no se cuenta con el apoyo de la familia, la pareja o los amigos, ya que sobrevienen una serie de sentimientos e ideas que pueden obstaculizar la salud y el funcionamiento social de la mujer que aborta, ya que, la sociedad rechaza y ha estigmatizado a estas mujeres.

Lo primero que aparece, es un sentimiento de culpa bastante fuerte que está ligado al hecho de reconocerse como la responsable de la muerte de un ser humano que venía en camino, el propio hijo y en segundo, por la connotación social que tiene el aborto provocado, de ser un asesinato que como cualquier otro tiene consecuencias penales. Entonces la mujer se siente una criminal que está obligada a guardar silencio para no ser descubierta y por lo tanto evita buscar ayuda.

4.2 Definición de duelo

Cualquier pérdida puede ser la desencadenante de un duelo, que puede variar de intensidad, la mayoría de los indicadores anímicos y de conducta que están

presentes en la muerte son la soledad, el desamparo, la impotencia, la tristeza y/o aflicción, el desánimo, el aislamiento, la depresión, la hostilidad y el resentimiento.

Así que Schnake y Bennett (2003) definen el duelo como el proceso de asimilación de una pérdida o un cambio, sin importar lo insignificante o profundo que sea, es un período de desequilibrio donde el sufrimiento, la desesperanza, la desilusión y el dolor profundo generan una gama de emociones, sentimientos y conductas que no se habían experimentado antes o no eran habituales como pueden ser la falta de interés en el mundo exterior o conflictos en los vínculos interpersonales; así que el individuo, al encontrarse ante nuevas situaciones, no es capaz de afrontarlas de una manera adecuada, ya que no puede utilizar los mecanismos habituales.

Por su parte Gómez (2004) y Burke y Reardon (2009) definen el duelo como el proceso de asimilación de una pérdida; no es un sentimiento único, si no una sucesión de sentimientos y emociones como confusión, soledad, ira, desesperanza, desilusión, dolor, lástima, aflicción; que necesitan de un determinado tiempo para que dejen de producir dolor en las personas.

El DSM IV (citado en Neimeyer, 2002), usa esta categoría diagnóstica (duelo) cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Su duración y expresión varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. Es parte de una pérdida y los síntomas que presentan los individuos son los que están presentes en una depresión, por ejemplo, tristeza, desesperanza entre otros.

Retomando lo anterior, podemos decir que el duelo es un periodo de sufrimiento posterior a la pérdida en el que sobreviene un impacto de emociones y cogniciones encontradas y es vivido de manera personal y única, afectando a varios aspectos del ser humano (mentales, emocionales, sociales, físicos y culturales).

Tizon y Sforza (2007) afirman que el duelo es representado por varios procesos, los cuales son el conjunto de fenómenos psicológicos (conductuales, emocionales, cognitivos y psicosociales), que van de la pérdida afectiva a la elaboración de éste, dichas etapas son:

a) Elaboración del duelo:

La elaboración del duelo consiste en aprender a pensar sin culpa sobre la pérdida, expresar los sentimientos que ésta provoca, compartiéndolos con respeto y sin obsesiones, analizar las consecuencias que dicha pérdida está suponiendo para la persona afectada y poner en práctica conductas tendientes a afrontar la vida con toda su riqueza (Neimeyer, 2002).

Esto se lleva a cabo a partir de una serie de procesos psicológicos que comienzan con la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto, lo cual muchas personas lo pueden hacer sin ayuda externa. A la larga, la superación de la tristeza y la reorganización de la actividad mental (cogniciones, sentimientos y fantasías), provocan cambios en nuestra vida, tanto interna como externa, que promueve lo perdido.

b) Expresión del duelo:

Los procesos básicamente mentales pueden dar lugar o no a conductas expresivas de la situación intrapersonal. Así, ante la pérdida de un ser querido, hay quienes lo exteriorizan por medio del luto y los rituales sociales de las pérdidas o por el contrario hay personas que no exteriorizan el sufrimiento interno.

Las pérdidas o frustraciones son percibidas, como sentimientos o emociones, que pueden ser; tristeza, agresión, rabia, dolor, a esto se le denomina *situación de duelo* o *proceso emocional del duelo*.

c) Momentos del duelo

El primer momento es a lo que llamamos *impacto y shock* o también puede ser lo que se conoce *síndrome de estrés postraumático* en el cual predomina la confusión, reacciones de pánico, agotamiento, agitación, la incredulidad, los sentimientos de vacío o catástrofe, incluso en algunas ocasiones se pueden dar reacciones fóbicas y evitativas (aumento de temores irracionales) o reacciones maníacas (aumento de las fantasías y acciones arrogantes, narcisistas, autosuficientes y pocas reflexivas) en las cuales pueden usar expresiones como por ejemplo; no puede ser, no me puede pasar a mi, no me puede pasar ahora.

Después suele aparecer la segunda fase, *turbulencia afectiva* donde prevalece una alteración de sentimientos interpuestos: pena, tristeza profunda, culpa, negación de la culpa, tendencia a olvidar la pérdida, nuevamente tristeza, ira, rabia, desconfianza.

La tercera fase, es un periodo de *desesperanza, más o menos reversible* en el cual el sentimiento que impera es la tristeza del segundo momento. Y por último en la última fase *reorganización y revinculación con el mundo* o bien *desapego*, se da el aislamiento, el rechazo del mundo, la depresión, las reacciones paranoides.

d) Tipos de duelo:

Existen varios tipos de duelo, que se dividen según las circunstancias de su origen, la actitud y el recorrido del proceso de duelo (Gómez, 2004; Tizon & Sforza, 2007):

- El *duelo normal*, como se mencionó anteriormente, es cuando la persona en duelo puede manejar lo abrupto de la situación dando tiempo a que el proceso lleve un ritmo que ella misma puede seguir.
- El *duelo anticipatorio* es cuando existe el conocimiento de que va a morir alguien o se va a tener algún tipo de pérdida; por ejemplo, un familiar muy enfermo y se tiene la certeza que se va a morir, o cuando una persona sabe que su bebé viene mal y tiene que abortar; en este tipo de casos el impacto

es menor ya que antes de la pérdida se puede preparar a la madre para la futura pérdida.

- El *duelo crónico*, cuya duración es excesiva, y no se puede resolver por sí segundo momento (resulta frecuente en los duelos por suicidio y homicidio, entre otros).
- El *duelo emergente* se caracteriza en que el sufrimiento reaparece según las etapas, las fechas y las circunstancias relacionadas con la pérdida.
- El *duelo congelado*, la persona lo sigue viviendo con mucha intensidad como si nada se hubiera movido es muy frecuente en pérdidas de hijos.
- El *duelo reprimido* que por motivos personales, sociales o culturales la persona procura ocultar sus manifestaciones del duelo, especialmente sus manifestaciones afectivas.
- El *duelo enmascarado o con equivalentes del duelo*, se experimentan síntomas que causan dificultades, pero no se relacionan conscientemente con la pérdida; es decir, se suelen tener síntomas corporales, tales como dolores diversos, respiratorios o intestinales hasta comportamientos aberrantes o desadaptativos, que indican la dificultad de su elaboración.
- El *duelo paranoide*, se denomina así por la existencia de ideas y sentimientos de persecución, de perjuicio presentes o pasados, por la proyección de las culpas del sujeto y de los errores de los demás o por la realidad de que hubo culpables directos para la pérdida, por ejemplo en el asesinato de algún familiar.
- El *duelo complicado*, cuyas variables o características son complejas o difíciles de elaborar ya sea por las características del sujeto, de la pérdida y/o la relación que los unía a ambos. En la evolución aparecen factores de riesgo o señales de alerta hacia un trastorno mental, o alguna psicopatología. También puede ser cuando aparecen reacciones o procesos de duelo, debido a otra pérdida no resuelta, ya sea, muerte de la madre en la infancia, muerte brusca de un ser querido, suicidio de alguien querido, separación de un hermano en la infancia, o el nacimiento de un hijo gravemente enfermo.

- El *duelo patológico* se caracteriza por una elaboración inadecuada, con un desarrollo alterado de los procesos que conllevan alguna forma de psicopatología, trastorno psicológico o psiquiátrico, como: depresión, reacciones histéricas, acciones autolesivas consumo de drogas, persistencia o agudeza de excesiva molestia corporal. En pocas palabras es aquel en el cual aparecen manifestaciones de un trastorno mental o lo que los psiquiatras definen como síndrome u organización psicopatológica; llena de miedos, temores, fobias, desconfianza y sentimientos de persecución o daño.

e) Duración del duelo:

La duración del duelo de una persona depende de las normas o costumbres de la sociedad en la que se desarrolla. Tizon y Sforza (2007), dicen que existen sociedades donde se destierra el recuerdo de la pérdida y del difunto, otras en las cuales hay que recordarlos intensamente durante un año o más conviviendo con sus despojos, (como la comunidad de los Arapesh); y otras en la cuales se celebra con gran participación afectiva y folclórica el *Día de los muertos* como es el caso de la sociedad mexicana.

De esta manera (indican los autores), las sociedades se pueden dividir en tanatófólicas (muy dependientes de la muerte, de sus ritos y costumbres) y sociedades tanatofóbicas (para las cuales lo mejor es olvidar, disociar, volver a la actividad) por ello resulta difícil poner una estadística de cuanto suele durar las manifestaciones ubicadas en el duelo ya que puede variar según las sociedades, la cultura, el tipo de pérdida, y las circunstancias.

Sin embargo, Defey, Díaz, Friedler, Nuñez, y Terra (1992), basados en sus estudios pueden decir que los síntomas del impacto y shock, en el caso de la muerte de un allegado, puede durar días o semanas (negación); la turbulencia afectiva, semanas o meses (ira y negociación)); el período de pena y

desesperanza reversible, meses o años (depresión); y el período de recuperación progresiva incluso puede durar años (aceptación).

Por su parte, Gómez (2004), menciona que algunos otros factores que pueden determinar la intensidad y duración del duelo son el tipo de muerte, la intensidad de la relación con el fallecido y las características de la relación con la persona fallecida.

En el caso específico del aborto, las variaciones en la elaboración del duelo están dadas por las características y desarrollo de la persona antes de ocurrir el aborto, así como por su capacidad para tolerar la ansiedad, la culpa y la reparación, y por las condiciones afectivas y sociales en que el aborto se realiza (Aray, 1998).

4.3 Concepción biopsicosocial del duelo

La perspectiva biológica plantea que el duelo es una respuesta fisiológica a la vez que emocional. Durante la fase aguda del duelo, al igual que ocurre en otros acontecimientos estresantes, puede sufrirse una alteración de los ritmos biológicos (periodos de sueño, de alimentación, etc.). El sistema inmune también puede alterarse como consecuencia del duelo: disminuye la proliferación de leucocitos (aumento en los glóbulos blancos). Se desconoce si los cambios inmunológicos son significativos, pero el índice de mortalidad de viudos en un periodo próximo al fallecimiento de su cónyuge es mayor que el de la población general (Kaplan & Sadock 1999).

Desde la *perspectiva psicológica* se propone que no es posible evitar los duelos, por ende, las formas de reaccionar ante ellos varía. Desde el punto de vista psicológico se sabe que la no elaboración de un duelo importante predispone hacia dificultades con otros duelos y a su vez, un conjunto de duelos mal elaborados puede transformarse en alguna forma de psicopatología (Tizón, 1998).

La *perspectiva psicosocial afirma* que la forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno. Si bien lo que desencadena un duelo en una persona es siempre idiosincrásico, existen situaciones que prácticamente en todos los seres humanos desencadenan duelos de cierta importancia, como lo son las llamadas transiciones o crisis psicosociales (Tizón, 1998).

Y la *perspectiva social y etológica-antropológica* concibe que la elaboración normal del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interno. El ritual del luto obliga a la persona que sufre el duelo a permanecer en casa, quedándole socialmente prohibidas diversiones, vestidos vistosos, etc.; así podrá concentrarse en el trabajo interno del duelo. Las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos de éste, tienen una triple función; la primera es comunicar el duelo o la pérdida a través de la vestimenta a la sociedad; la segunda es ayudar en el proceso psicológico del duelo (de ahí la importancia de determinados ritos como los funerales) y la última es facilitar a la comunidad la ocasión de consagrarse con los muertos o allegados, a través de los actos sociales (Tizón, 1998). Por ende, las comunidades con tradiciones religiosas muy arraigadas, como la de los judíos, favorecen la elaboración del duelo sin la intervención del profesional. Mientras que en la sociedad occidental actual se ha perdido en gran medida ese bagaje cultural que guiaba el trabajo en un ambiente de contención y compañía, haciendo necesarias en mayor medida la intervención del profesional (Van der Hart & Gossemns, citados en Espina, Gago & Pérez, 1993).

4.4 Factores biológicos, psicológicos sociales y culturales.

Tizon y Sforza (2007), mencionan que en el proceso de la elaboración del duelo existen ciertos factores biológicos, sociales y culturales que influyen de manera considerable, por ejemplo, *el cuerpo y la imagen que tenemos de nuestro propio cuerpo*, un cuerpo que funciona bien físicamente, ayuda a la contención; un cuerpo que sufre enfermedades, o que está cansado descompensado dificulta la elaboración del duelo.

Por otro lado *la familia*, generalmente sirve de refugio contra la acción de los estereotipos y prejuicios sociales, aunque en ocasiones determinadas familias (familias desestructuradas, caóticas, sin esperanza, sin confianza), son el principal riesgo de una patología psicológica y psicosocial.

Las redes profanas de asistencia son las asociaciones no profesionalizadas que pueden proporcionar importantes apoyos psicológicos y psicosociales a las personas en duelo, por ejemplo, los grupos de amigos, los compadres, las pandillas, las agrupaciones como club recreativo o deportivo, pueden ayudar o no a los afectados en el proceso de elaboración del duelo sobre todo ayudan en la adolescencia o en la tercera edad.

También *el trabajo y las relaciones laborales* influyen, hay empresas que dan días de asueto para impulsar a sus trabajadores a que superen el duelo, otras ofrecen posibilidades para ausencias más largas de actividades cotidianas a fin de concretar el proceso elaborativo y adaptativo. Tras una pérdida afectiva, la ausencia del trabajo durante meses en nuestra cultura suele indicar problemas de adaptación o elaboración por parte de la persona en duelo y a menudo, es el anuncio de inhibiciones sociales mayores y crónicas. En México el promedio de ausencia son tres días.

Otras son *las redes profesionalizadas* que nuestra sociedad ha desarrollado, al menos existen tres redes profesionalizadas; los servicios sociales, la sanitaria y la pedagógica. La red de servicios sociales, es creada para la contención en las situaciones extremas, o bien al contrario, como favorecedora de la dependencia. Algo similar puede suceder con la red sanitaria; las cuales pueden apresurar la administración de fármacos sin casi escuchar los sufrimientos y sentimientos de la persona en el duelo. La red profesionalizada que no ocurre con frecuencia es la pedagógica, de este se encargan los colegios escuelas e instituciones donde los sufrimientos y pérdidas de los niños se escuchan y se atienden con cierta humanidad.

Tomando en cuenta las perspectivas biopsicosociales y los factores que influyen en el proceso de duelo podemos concluir que los duelos y la forma de elaborarlos repercuten sobre el estado inmunológico del individuo (defensas), sobre sus funciones fisiológicas básicas (sueño, apetito y secreciones internas), sus emociones, actividades y relaciones con otras personas.

Los duelos difíciles pueden desarrollar o agravar una serie de enfermedades; por ejemplo, trastornos cardiovasculares, tumores etc. o cambios en la personalidad. Así como también, es frecuente la expresión de reacciones en términos de síntomas somáticos, como ardor de boca, trastornos gástricos, cefaleas, hipertensión, opresión en el pecho y otros Neimeyer (2002).

4.5 Proceso psicológico del duelo

El proceso psicológico de elaboración del duelo va a desarrollarse a lo largo de varias fases que varían según los autores (Espina, Gago & Pérez, 1993):

1. Kübler-Ross (1969): distingue dos etapas, una de rechazo hacia la pérdida y otra de enojo y rabia
2. Lindeman (1944), Parkes (1970) y Moos (1976): siguen tres fases; la primera, es la respuesta de letargo o negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte, en la segunda sobresalen los sentimientos relacionados con la pérdida y finalmente se acepta gradualmente la pérdida.
3. Bowlby (1980, 1983) divide el duelo en cuatro fases: la primera es el embotamiento de la sensibilidad, la segunda es el anhelo y búsqueda del objeto perdido, la tercera es la desorganización y desesperanza, por último reorganización.

Así mismo Gómez (2004), distingue siete etapas; la primera la llama shock inicial, la segunda negación, tercera enojo, cuarta negociación, quinta depresión, sexta culpa y finalmente aceptación.

Varios autores como Defey, Díaz, Friedler, Nuñez, y Terra (1992); Kübler-Ross (2007) junto con Tizon y Sforza (2007) coinciden en que el proceso de duelo se elabora en cinco etapas, las cuales engloban las etapas de los autores anteriores y son:

a) Etapa de negación

Después de la recibir de la noticia de la pérdida, suele haber un momento, más o menos largo, de *impacto y crisis*. El sujeto puede entrar en estado de shock, con agitación o desgaste afectivo, a menudo acompañados de incredulidad, búsqueda y añoranza del ser perdido, angustia y somatizaciones. Podemos decir que es un mecanismo psicológico de la *Negación* acompañado de pensamientos de incredulidad, por ejemplo, no puede ser, no me puede estar pasando a mí, no voy a poder soportarlo. Se llama negación al proceso cognitivo consiente, por el cual se intenta no percibir o hacer como que no se percibe la pérdida.

En este primer momento es cuando se producen las perturbaciones fisiológicas; como, falta de apetito, insomnio, crisis de bulimia, necesidad de comer para calmarse, llanto, suspiros, falta de aliento, no poder tragar, debilidad muscular, sequedad en la boca, entre otras.

b) Etapa de ira

Es cuando la mente se invade de desesperación, temores diversos, ansiedad, resentimientos, añoranza, anhelos, etc. Gritar, llorar y querer golpear (o hacerlo) son los modos de comunicación fundamentales del dolor, que nuestra cultura pone en marcha. Aquí el llanto crea una descarga de ansiedad que puede ayudar en muchos momentos en el duelo; sin embargo, el coraje, la rabia, la irritación y el resentimiento hacia quien se le siente como responsable de la muerte (personal de salud, familiares, Dios, uno mismo), suelen ser los sentimientos predominantes en este período.

c) Etapa de negociación

En esta fase hay más conciencia de la pérdida, la persona en duelo suele sentirse desesperada frente a la impotencia de no poder cambiar la situación y frente a la enorme dificultad de hacerse cargo de sus actividades y responsabilidades. Frecuentemente, busca explicaciones que le ayuden a aceptar lo inevitable pidiendo a cambio a otras personas o fuerzas espirituales compensaciones de la pérdida, por ejemplo las creencias religiosas los vinculan a la existencia de un ser superior todo poderoso; al cual se acude para hacer pactos que den como resultados una cura milagrosa.

Consideramos que éstas reacciones también involucran aspectos racionales en que el individuo intenta convencerse de que la muerte de su ser querido fue lo *mejor*.

d) Etapa de depresión

En este periodo van predominando los sentimientos de pena, tristeza, acompañamientos somáticos, desesperanza, sensaciones de que las cosas no tienen arreglo, que la pérdida ha causado cambios o empobrecimiento irreparables, la culpa, la depresión o el temor, anuncian una evolución psicológica.

El trabajo consciente e inconsciente hace predominar la pena, tristeza, la añoranza sobre la culpa, el temor y la desesperanza, es una de las tareas emocionales más difíciles. Entre tanto sufrimiento el sujeto oscila entre atesorar los recuerdos sobre la pérdida u olvidarse de ellos.

Durante este período, los temores y culpas conscientes e inconscientes, van disminuyendo; gracias a ello se puede recordar con menos sufrimiento lo pasado y no es necesario evitar activamente los recuerdos. Hasta que la persona en duelo comienza a darse cuenta de que hay momentos en que puede vivir sin esos recuerdos y sin la persona muerta, que pueden pensar en un futuro sin lo perdido. Entonces, sin la culpa y las autoacusaciones, se sientan las bases para olvidar.

e) Etapa de aceptación

En este periodo suele predominar la esperanza, la confianza, solidaridad, el amor y la contención sobre la desesperanza, el temor, el odio y el desequilibrio. El duelo se va elaborando progresivamente, lo que quiere decir dos cosas: la primera, que esas emociones y recuerdos pueden tolerarse en nuestra mente y nuestras conversaciones sin disociaciones o rigideces excesivas, que podemos tolerar las emociones desagradables y dolorosas; la segunda, que pueden emprenderse actividades en el mundo externo contando con la ausencia del fallecido o lo perdido, ya que no es indispensable para seguir viviendo.

La persona empieza a recuperar sus vínculos habituales con el mundo, con los demás, con ella misma, a poder reconocer que es necesario hacer nuevos intentos por desempeñar nuevas actividades sociales y adquirir nuevas habilidades.

Por tanto, el duelo finaliza cuando la persona es capaz de hablar de la pérdida, sin el dolor que sacude todo el ser; cuando es capaz de pensar en su muerto, sin manifestaciones físicas como llanto inconsolable, alteraciones del sueño u opresión en el pecho y finalmente cuando es capaz de invertir sus energías y afectos en nuevas relaciones, aceptando los retos que la vida plantee. Ha recuperado el interés por la vida (y por los demás) y se siente nuevo y esperanzado (Neimeyer, 2002).

Las fases de este proceso no tienen que ser sucesivas ni presentarse necesariamente en el orden que marcan los autores, si bien esto es lo común, también se pueden superponer entre sí o predominar en alguna de ellas, reapareciendo periódicamente, siendo difícil distinguir los límites entre una y otra, pero es fundamental para la elaboración del duelo que se transite por todas las fases (Defey, Díaz, Friedler, Nuñez & Terra, 1992).

Alva (2007), considera que los síntomas asociados al proceso de elaboración del duelo, pueden presentarse en cualquier etapa y principalmente son el *llanto frecuente* debido a la frustración que se tiene en todo momento. La *ansiedad*, emoción que está relacionada con el sufrimiento, aumenta en las primeras fases del duelo, pero se encuentra en todas las mencionadas anteriormente. También es frecuente que, en fases más avanzadas, vuelva a aumentar en situaciones o momentos concretos. Gran parte de la ansiedad proviene de la realidad, de la separación que la pérdida implica, con la consecuencia directa de continuar viviendo. Los *sentimientos de culpa* acompañados de las autoacusaciones son comunes durante los duelos importantes y forman parte sustancial de los procesos psicológicos del duelo normal. Son componentes del duelo y la persona puede sentirse culpable respecto al muerto por no haber sabido defender con suficiente fuerza a su ser querido, también puede ser muy doloroso aceptar que no fue capaz de prevenir su muerte o que no fue capaz de protegerlo. En los casos de muertes o pérdidas bruscas, la culpa suele ser más intensa y frecuente. Pueden llegar a sumirse en la confusión en intensos sentimientos de persecución y culpabilidad por razones morales o de otra índole.

4.6 Duelo en el aborto

Existen procesos de elaboración de duelo tras el aborto y tras la muerte de niños recién nacidos, la pérdida de un niño durante el embarazo (aborto), es un duelo doloroso y difícil pero no es comprendido en su significado y en sus consecuencias más profundas.

En muchos casos, transcurre como uno de los duelos ocultos, una de esas pérdidas de las que casi no se puede hablar y que, por lo tanto tienden a quedar escondidas, sin elaborar, alimentadas por las creencias de la gente pues en muchas culturas se tiene la idea de que la muerte de un niño que aún no ha nacido o que ha vivido poco tiempo debe producir relaciones emotivas poco importantes ya que no hubo ocasión de establecer una relación afectiva con él. Los familiares o las personas que viven el duelo con la pareja o la mujer afectada

intentan consolar con expresiones como; son jóvenes tendrán más hijos o no era el momento para que naciera son muy jóvenes, después lo planearan con más responsabilidad (Tizon & Sforza, 2007).

Aunque la interrupción voluntaria del embarazo o el aborto terapéutico sea un hecho cotidiano para muchas sociedades, su importancia para la vida de la pareja o de la mujer que lo sufre tanto en el ámbito emocional, en sus fantasías y proyectos del futuro no debe descuidarse. En el caso de los abortos espontáneos, la intensidad y la profundidad del sufrimiento se hallan directamente relacionados con la duración del embarazo, sobre todo si el hijo era buscado. La angustia, la depresión, las consecuencias físicas, psicológicas y sociales son visibles en la gran mayoría de las mujeres que se encuentran en esta situación.

Si es la mujer, la que toma la decisión de abortar, el duelo que se experimenta es como la de la muerte de un hijo, e incluso años después la herida moral o espiritual no cicatriza si no se ha elaborado un buen proceso de duelo, y las consecuencias emocionales a lo largo de la vida pueden ser graves. En esta situación gran parte del duelo se experimenta antes del suceso, durante la toma de decisiones. Posteriormente la madre podrá experimentar durante días, semanas o meses, tristeza al pensar en el aborto; sin embargo, si el aborto se realiza por amenaza, soborno o apelando al sentimiento de vergüenza, bajo presión de otras personas, el duelo será mucho más difícil (Castro, 2008).

A esta incapacidad para procesar la angustia, miedo, coraje, tristeza y culpabilidad alrededor de una experiencia de aborto, se le conoce con el término síndrome posaborto (Post-Abortion Syndrome o SPA) y puede afectar tanto a la mujer, a su pareja e inclusive a los familiares cercanos. Los síntomas y signos del duelo por SPA incluyen tanto manifestaciones psicológicas como somáticas por ejemplo: sentimientos de culpa, depresión, llanto frecuente, ansiedad, conductas autodestructivas (actitudes o intentos suicidas, abuso del alcohol, drogas,

disfunción, y promiscuidad sexual, anorexia, bulimia), pérdida de autoestima. (Alva, 2007; Schnake & Bennet, 2003).

La persona con SPA transita por el primer estadio de *negación*, el cual consiste en evitar pensamientos o sentimientos acerca del aborto, evitar situaciones o actividades que tengan relación con el aborto, incapacidad (memoria por bloques) para recordar aspectos acerca del aborto, sentimientos reprimidos o nulos (aislamiento, incapacidad para tener sentimientos amorosos hacia otros niños o pareja). Después experimentan el estadio conocido como *reviviendo el trauma* en la que prevalecen fantasías, visiones retrospectivas, fobias, angustia, recelo hacia sus hijos vivos o abuso de infantes. Y para finalizar en el estadio llamado *el despertar de recuerdos reprimidos* predominan los trastornos del sueño (pesadillas, insomnio), irritabilidad, expulsiones de ira o coraje, dificultad para concentrarse, sobresaltos ante cualquier estímulo (Alva, 2007).

El aborto en México continúa siendo vivido por la embarazada, en algunas de sus fantasías, como la muerte de una persona, casi con independencia de sus creencias religiosas, esa es la razón por la que puede provocar una gran turbulencia emocional, pero dadas las características de ocultamiento que a menudo concurren ante estas pérdidas, esta turbulencia emocional intensa y frecuentemente muy prolongada tiende a olvidarse, y hacer como si no existiera.

A menudo no se piensa en cómo deben sentir las jóvenes que abortan en su primer embarazo, y no se considera su sufrimiento, sus dudas, sus sentimientos de culpa. También los varones, si bien no tienen el mismo compromiso físico, tienden a reaccionar con intensas emociones, aunque traten de ocultarlas tras una aparente tranquilidad, actuaciones imprevistas, situaciones de riesgo, mal humor o ataques a su pareja. De igual manera los varones experimentan sentimientos de culpa por no haber cuidado adecuadamente a la mujer, por no haber previsto sus necesidades suficientemente, o por temor de ser portadores de anomalías

genéticas que pueden haber causado el fallo en el embarazo (Tizon & Sforza, 2007).

Por lo tanto ver el aborto como una muerte, genera intensos sentimientos de pérdida o culpa, que pueden aparecer bajo la forma de rabia, irritabilidad, debilidad física o en una personalidad predispuesta, en forma de depresión u otras psicopatologías, por lo que ante un embarazo inesperado la mujer debe explorar sus sentimientos ambivalentes con el fin de tomar una decisión de manera consciente, firme, libre e informada.

Después del aborto, tanto voluntario como espontáneo, puede ser de gran ayuda una evaluación psicológica, pues de esta manera se podrán reducir los riesgos de un duelo complicado y se le puede proporcionar a la mujer mejores instrumentos para la elaboración del duelo por venir.

CAPÍTULO 5. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.1 Delimitación del tema

El aborto inducido es una de las alternativas de solución, para enfrentar un embarazo inesperado, sin embargo resulta sorprendente ver que existe un desconocimiento sobre las consecuencias que se generan en las personas que experimentan esta situación. Estudios realizados en otros países (Alva 2007; Checa et al., 2005; Barglow & Weinstein, citados en Deschamps, 1979; Lask 1975, citado en Cáceres & Escudero 1994; Major 1985 y 1989, citado en Cole 1997; Rodríguez, 2004; Toledo, 2003) han demostrado que el aborto inducido conlleva una serie de implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales, por ejemplo sentimientos de culpabilidad, desordenes hormonales, aislamiento entre otras, en la mayoría de las ocasiones las consecuencias psicológicas y emocionales son las que más repercuten en las mujeres; ya que este tipo de consecuencias dependen de la connotación social que se le dé al hecho de haber abortado así como también de las presiones familiares, económicas, de la pareja, culturales, entre otras. Es por eso que en esta investigación se pretende examinar el fenómeno del aborto inducido en los adolescentes mexicanos enfocándonos en las consecuencias que este produce, tomando en cuenta que durante el período de la adolescencia el individuo es más vulnerable ante su entorno socio-cultural debido a que se halla en una constante búsqueda de identificación, identidad e independencia; así como también, las actitudes conservadoras que trae consigo la religión se presentan como un fuerte dominio que se suma a la crisis de la adolescencia, más aun cuando toma la decisión de abortar; ya que no solo confronta al adolescente en sus valores morales y religiosos sino también a su familia al tratar de apoyarla.

Por lo que se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- 1) ¿Cuáles son las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del aborto inducido?

- 2) ¿Qué factores están implicados en el aborto inducido?
- 3) ¿Se presentará un proceso de duelo ante el aborto inducido?

5.2 Justificación

Es importante realizar este tipo de investigaciones en México, porque debido a la despenalización del aborto hasta la semana 12 de gestación realizada en Abril del 2007 por la Asamblea Legislativa del D.F., actualmente se puede acceder de manera rápida, segura y confiable a una interrupción legal del embarazo en diferentes clínicas públicas y privadas de nuestro país, lo cual nos ha permitido obtener estadísticas confiables que nos muestran que el aborto inducido se ha convertido en un problema social y de salud pública debido a que año con año aumenta el número de mujeres que recurren a esta alternativa como solución a un embarazo inesperado, según las estadísticas presentadas por la Secretaria de Salud del Distrito Federal publicadas en La Agenda Estadística 2009 (SSDF, 2010), los periódicos El Universal (Archundia 2010), La Jornada (Quintero, 2010) y la revista Impacto (Guerrero, 2011) se observa que de abril del 2007 a enero del 2011 se han realizado en el D.F. un total de 53,278 interrupciones legales de embarazo (ILE), de las cuales 4,799 corresponden al 2007, para el 2008 esta cifra aumenta a 13,404, en el 2009 ascienden a 16,476 y finalmente en el 2010 se concretaron 18,600. Del total de las intervenciones, el 75% corresponde a mujeres residentes del D.F., un 21% son residentes del Estado de México y un 3% son residentes de otros estados de la República. Así mismo estas estadísticas también muestran que la mayor parte de ILE (47.7%) se han realizado a jóvenes de 18 a 24 años, un 14% corresponde a jóvenes de 14 a 17 años y la población de mujeres con menos intervenciones (0.6%) son las menores de 14 años. (GIRE, 2011).

Estos datos nos muestran que las adolescentes son una población vulnerable en este fenómeno ya que si bien la legalidad del aborto detiene el riesgo en la salud, no se han realizado programas preventivos que sean efectivos en nuestro país que concienticen las medidas para no llegar a los embarazos no deseados, ni se

señala el desgaste físico, económico, social y psicológico que encierra éste fenómeno.

Por lo tanto la información que arroje esta investigación será el punto de partida para mejorar los diseños de los programas de prevención del embarazo no deseado y creación de programas de intervención post-aborto que englobe los aspectos físicos, psicológicos y sociales inmersos en este fenómeno; pues hasta hoy en día las investigaciones teóricas y experimentales demuestran una discrepancia entre los efectos producido en las personas después de un aborto; por un lado autores como Zabin en 1989 (citado en Cole, 1997), Russo y Zierk (citados en Cole, 1997) afirman que el aborto es la mejor solución en la peor de las situaciones, debido a que no genera efectos psicológicos negativos ya que en sus estudios han encontrado que las mujeres que han abortado poseen menor ansiedad, mayor autoestima, siguen o terminan sus estudios; mientras que Fabricant, Kent (citados en Alva, 2007); Toledo, Molina, R., González, Martini, Luengo, y Molina, T. (1998) en sus investigaciones hallaron que aquellas adolescentes que han abortado tienen mayor ansiedad, trastornos de adaptación, depresión, sentimientos de culpa, temor por los juicios de las demás persona.

Finalmente Lask (citado en Cáceres & Escudero 1994), Barglow y Weinstein (citado en Deschamps, 1979), Major (citado en Cole, 1997), Amuchástegui, Rivas (2002, citadas en Guillaume & Lerner 2007), Rodríguez (2004), Franz y Speckhard (citados en Alva, 2007) descubrieron que el aborto inducido puede producir efectos psicológicos negativos que exigirán la realización de un proceso de duelo en aquellas adolescentes que tuvieron una historia previa de trastorno psiquiátrico, dificultad en la toma de decisión hacia el aborto o este fue realizada bajo presión externa (pareja, familiar, cultural o económica), consideraban el hecho de haber abortado como estresante, un error o pecaminoso por haber atentado con la vida de otra persona, tenían expectativas bajas, adjudicaron la responsabilidad de su embarazo a otras personas y/o circunstancias fuera de su control, carecen de apoyo social, tenían una fuerte influencia social y cultural, poseían actitudes

religiosas rígidas. Pero cuando la mujer decide de manera consciente, firme, libre e informada interrumpir su embarazo y lo realiza en buenas condiciones sanitarias siendo tratada con respeto por el personal, este no generará ningún daño psicológico sino todo lo contrario un sentimiento de alivio, tranquilidad y liberación, aun cuando la alternativa del aborto no es agradable ni deseable en sí misma, pero si un recurso necesario (García, 2005; Rodríguez, 2004).

Ver el aborto como una muerte genera un proceso de duelo con intensos sentimientos de pérdida o culpa, que pueden aparecer bajo la forma de rabia, irritabilidad, debilidad física o en una personalidad predispuesta, en forma de depresión u otras psicopatologías. Este tipo de duelo es doloroso y difícil pero no es comprendido en su significación y en sus consecuencias más profundas debido a que en la mayoría de los casos transcurren ocultos, es una de esas pérdidas de las que casi no se puede hablar y que, por lo tanto tienden a quedar escondidas, sin elaborar.

Algunas de las razones por las que esto sucede es porque en muchas culturas se tiene la idea de que la muerte de un niño que aún no ha nacido o que ha vivido poco tiempo debería de producir relaciones emotivas poco importantes ya que no se ha podido establecer una relación afectiva con él, además de que los familiares o las personas que viven el duelo con la pareja o mujer afectada intentan consolarlos con las expresiones de “son jóvenes tendrán más hijos” o “no era el momento para que naciera son muy jóvenes, después lo planearan con más responsabilidad” (Tizon & Sforza, 2007). Aunado a esto en los casos de aborto inducido la sociedad rechaza y estigmatiza a estas mujeres por lo que se ven obligadas a guardar silencio para no ser descubiertas.

Aunque la interrupción voluntaria del embarazo o el aborto terapéutico es un hecho cotidiano para muchas sociedades, se descuida la importancia que tiene éste para la vida de ambos miembros de la pareja o de la mujer que lo sufre tanto en el ámbito emocional, en sus fantasías y proyectos del futuro.

Cuando es la mujer la que toma la decisión de abortar, el duelo que se experimenta es como la muerte de un hijo, con la única diferencia que el duelo se experimenta antes del suceso, es decir durante la toma de decisiones. Posteriormente la madre puede experimentar durante días, semanas o meses, tristeza al pensar en el aborto; sin embargo, si el aborto se realiza por amenaza bajo presión de otras personas, el duelo será mucho más difícil (Castro, 2008).

No obstante las repercusiones que genera la interrupción del embarazo no sólo se limitan a la mujer, también los varones aunque no tienen el mismo compromiso físico, tienden a reaccionar con intensas emociones encontradas, aunque traten de ocultarlas tras una aparente tranquilidad, actuaciones imprevistas, situaciones de riesgo, mal humor, ataques a su pareja; de igual manera los varones experimentan sentimientos de culpa por no haber cuidado adecuadamente a la mujer, por no haber previsto sus necesidades, o por temor de ser portadores de anomalías genéticas que pueden haber causado el fallo en el embarazo (Tizon & Sforza, 2007).

5.3 Objetivo general:

Describir las repercusiones físicas, psicológicas y sociales del adolescente ante la experiencia del aborto inducido, así como analizar si se presenta un proceso de duelo.

5.4 Objetivos específicos:

- Describir las repercusiones físicas del aborto inducido en el adolescente.
- Describir las repercusiones psicológicas del aborto inducido en el adolescente.
- Describir las repercusiones sociales del aborto inducido en el adolescente.
- Analizar el duelo del aborto inducido en el adolescente.

5.5 Método

5.5.1 Participantes

La muestra constó de 48 mujeres que experimentaron un proceso de aborto voluntario durante la adolescencia (15 a 20 años de edad).

5.5.2 Escenario

Se trabajó en el Instituto "ACOMPAÑAME. CENTRO DE ATENCION INTEGRAL A LA PAREJA" ubicada en la Av. Canal de Miramontes # 2342, Col. Avante, Delegación: Coyoacán, México, Distrito Federal y algunas instituciones educativas como: Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, Preparatoria Anexa a la Normal Núm. 2 de Netzahualcóyotl y las Preparatorias Oficiales N° 115 y N° 49 ubicadas en Ecatepec, Estado de México.

5.5.3 Instrumento

Cuestionario estructurado de 18 preguntas (ver anexos), el cual fue realizado por el equipo de investigación y permitió indagar las alteraciones físicas, psicológicas y sociales que se generan en la persona a consecuencia de enfrentar un aborto inducido, con el fin de analizar si estas corresponden a un proceso de duelo, así como también recabaron datos socio-demográficos de las participantes encuestadas.

Se realizó la recolección de datos por medio de un cuestionario debido a que autores como Shaughnessy, Zechmeister, E. y Zechmeister, J. (2007) consideran que mediante esta técnica hay mayor posibilidad que la gente esté más dispuesta a decir la verdad porque su anonimato está prácticamente garantizado.

5.5.4 Diseño de investigación

Se trabajó con un diseño no experimental, transversal descriptivo, el cual se realiza sistemáticamente y empíricamente sin manipular deliberadamente variables ni construir ninguna situación simplemente se observa fenómenos o

situaciones ya existentes tal y como se dan en su contexto natural, para después escribirlas y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Asimismo en este tipo de investigación no hay ninguna asignación al azar de los sujetos, estos ya pertenecen a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección (Salkind, 1998).

Los diseños transversales descriptivos tienen como objetivo recopilar datos en un momento único para indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables, además de ubicar, reseñar las características, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

5.5.5 Procedimiento

1.- Se realizó un estudio piloto a 10 personas, que refirieron haber experimentado un aborto inducido durante la adolescencia, esto se hizo con la finalidad de asegurarnos de la claridad de las preguntas y si estas realmente cumplieran con el objetivo del instrumento.

2.- Se estableció el primer contacto con la directora del centro “ACOMPAÑAME. CENTRO DE ATENCION INTEGRAL A LA PAREJA A.C.”, en el que se le presentó el proyecto a realizar y explicarle la importancia de este.

3.- Se seleccionó a aquellas personas que acudían a dicho centro refiriendo y que habían experimentado un aborto durante la adolescencia, a cada uno se les aplicó el cuestionario explicándole el motivo del estudio y confidencialidad del instrumento, con una duración de 15 minutos aproximadamente por cuestionario.

4.- Se acudió a las instituciones educativas: Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, Preparatoria Anexa a la Normal Núm. 2 de Netzahualcóyotl y las Preparatorias Oficiales N° 115 y N°49 donde primeramente se aplicó una encuesta de 5 preguntas (ver anexos)

con el fin de ubicar aquellas personas que hubiesen abortado, una vez localizados se les pidió su autorización, mediante un consentimiento informado, para aplicarles el cuestionario.

5.- Se analizaron los datos recabados en los cuestionarios; por ejemplo, las características generales de la población, los factores que influyeron en la práctica del aborto y las repercusiones físicas, psicológicas y sociales se examinaron a través de gráficas de frecuencias. Mientras que los datos referentes al proceso de duelo fueron sometidos a un modelo probabilístico llamado “matriz estocástica” la cual tiene como función predecir la evolución de cualquier tipo de fenómeno, analiza la frecuencia de éste fenómeno, capturando la esencia del proceso y determinando el comportamiento de la cadena de cualquier tiempo futuro (Rincón, 2011).

5.6 Resultados

Con base en los datos obtenidos en el presente estudio, los resultados serán descritos de acuerdo a: a) características generales; b) factores que influyeron en la práctica del aborto; c) repercusiones fisiológicas; d) repercusiones cognitivas-conductuales; e) repercusiones sociales y f) el proceso de duelo del aborto inducido en la adolescente.

a) Características generales

De los cuestionarios aplicados a las 48 adolescentes se encontró que el rango de edad en el que decidieron interrumpir su embarazo era de 14 a 20 años; es decir 1 (2%) abortó a los 14 años, 4 (7%) a los 15 años, 7 (15%) a los 16 años, 9 (19%) a los 17 años, 7 (15%) a los 18 años, 9 (19%) a los 19 años y 11 (23%) a los 20 años (ver Tabla 3).

Del total de las participantes, 29 (60%) eran creyentes y 19 (40%) no tenían ninguna religión. 44 (92%) eran solteras, 3 (6%) vivían en unión libre con su pareja

y solo 1 (2%) era separada. En relación al número de hijos, 46 (96%) no tenía hijos y 2 (4%) tenían un hijo. Del nivel escolar se encontró que 43 (90%) cursaban el bachillerato y 5 (10%) contaba con educación básica y eran empleadas (ver Tabla 4).

Tabla 3. Edades en el momento del aborto.

| Edad de las participantes | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---------------------------|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Porcentaje | 2% | 7% | 15% | 19% | 15% | 19% | 23% |

Tabla 3. Muestra las edades de las participantes en el momento del aborto.

Tabla 4. Datos demográficos de los participantes

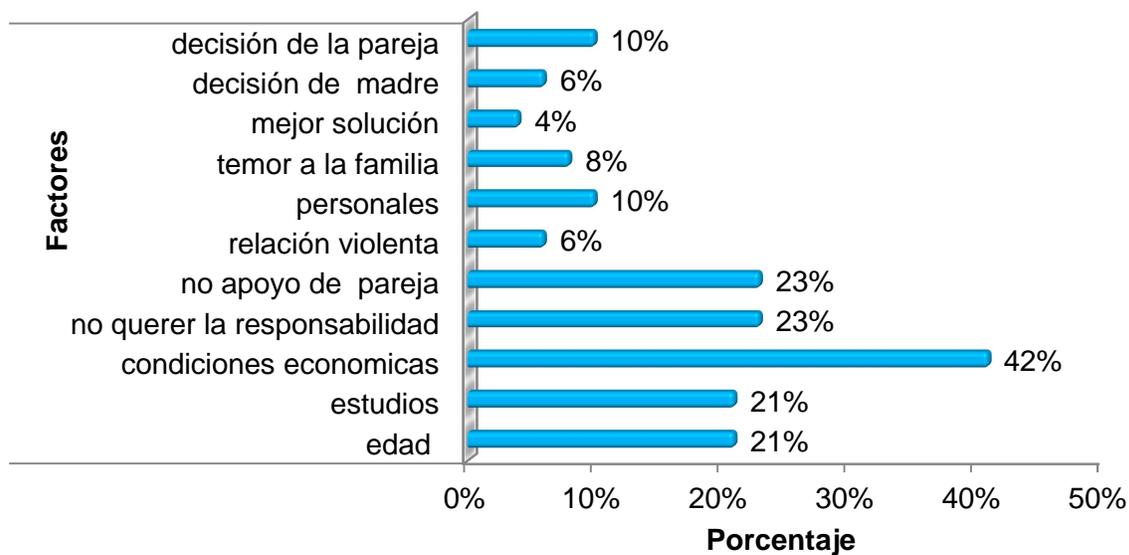
| HIJOS | | OCUPACIÓN | | EDO. CIVIL | | | RELIGION | |
|-------|-------|------------|----------|------------|-------------|----------|----------|-----|
| Sin | con 1 | estudiante | empleada | soltera | unión libre | separada | con | sin |
| 96% | 4% | 90% | 10% | 92% | 6% | 2% | 60% | 40% |

Tabla 4. Muestra las características generales de los participantes en el momento del estudio.

b) Factores que influyeron en la práctica del aborto

Las principales causas por las que las adolescentes decidieron realizar el aborto fueron por no poseer los suficientes recursos económicos 20 (42%), no querer asumir la responsabilidad de un hijo 11 (23%), no contar con el apoyo de la pareja 11 (23%), considerarse muy jóvenes para tener un hijo 10 (21%) y por no querer interrumpir sus estudios 10 (21%) (ver Gráfica 1). Además hay la posibilidad de que el embarazo haya sido producto de una falla o mal uso del anticonceptivo debido a que 31 (65%) aseguró haber utilizado algún método anticonceptivo durante sus relaciones sexuales (ver Gráfica 2), donde 13 (27%) siempre utilizaron algún método, 14 (29%) mencionó que lo utilizaba de manera frecuente y solo 17 (35%) nunca utilizó algún método anticonceptivo (ver Gráfica 3).

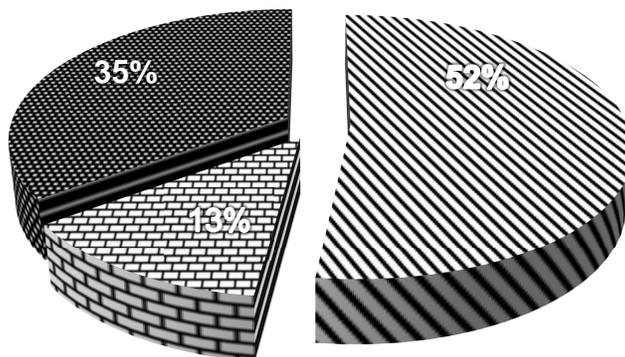
Factores que intervienen en el aborto inducido



Gráfica 1. Muestra las causas por las que los adolescentes deciden interrumpir un embarazo.

Métodos anticonceptivos

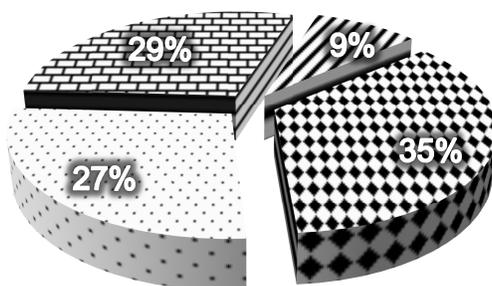
Condón Hormonal Ninguno



Gráfica. 2 Muestra el tipo de anticonceptivos usados por las adolescentes

Frecuencia

▣ Nunca · · Siempre ▣ Mitad ▣ Menos de la mitad

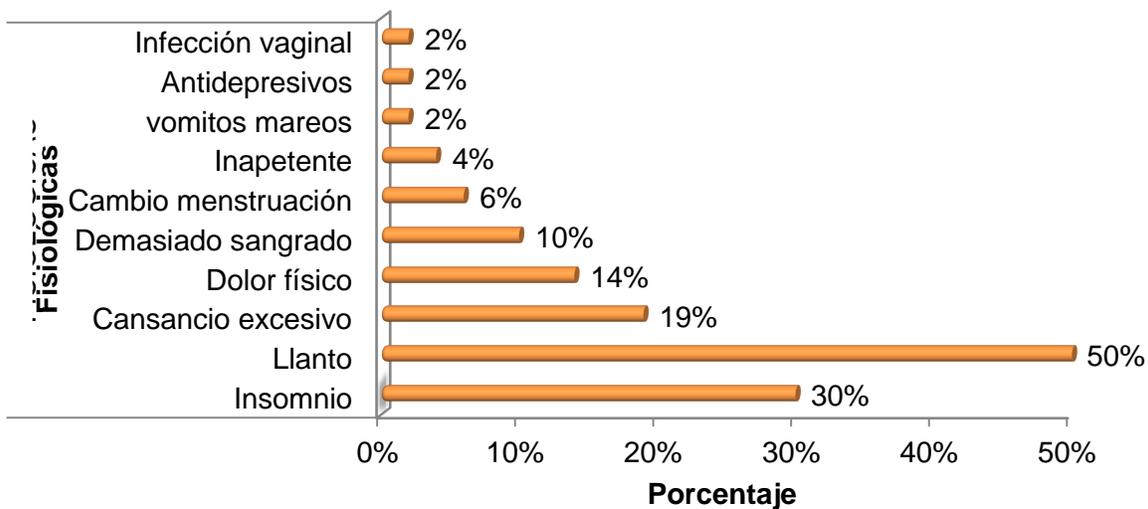


Gráfica 3. Muestra la frecuencia con la que son utilizados los métodos anticonceptivos por las adolescentes

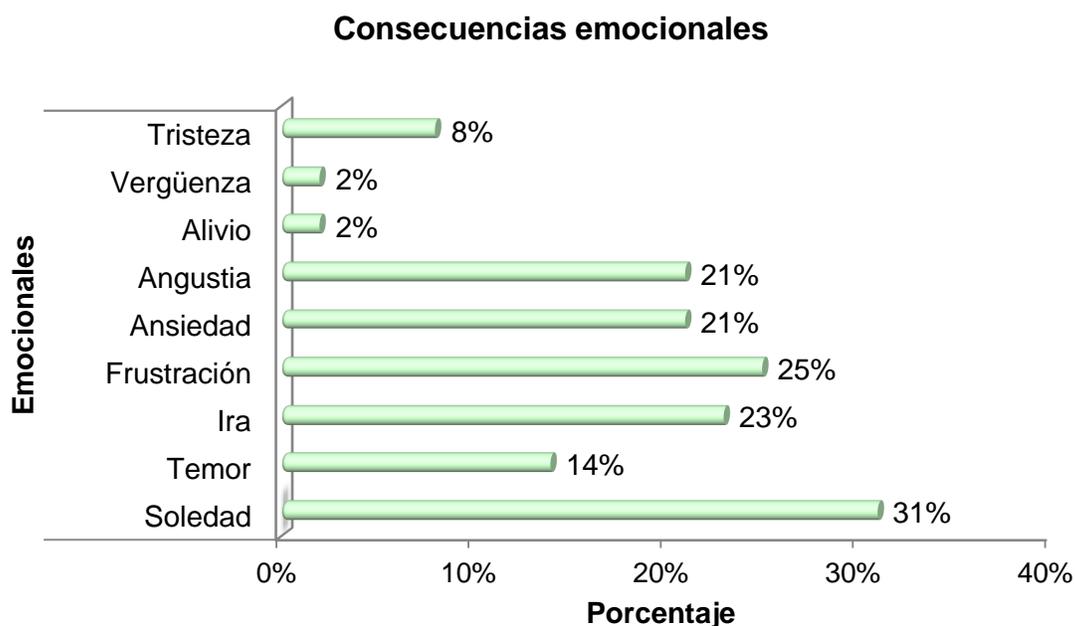
c) *Repercusiones fisiológicas*

Una vez terminado el proceso de aborto, las adolescentes refirieron tener cambios fisiológicos en su cuerpo, 24 (50%) experimentaron llanto, 14 (30%) insomnio y 9 (19%) cansancio excesivo (ver Gráfica 4). Respecto a las consecuencias emocionales se obtuvo que 15 (31%) de las encuestadas aseguraron haber tenido sentimientos de soledad, 12 (25%) de frustración y 11 (23%) de ira (ver Gráfica 5).

Consecuencias fisiológicas



Gráfica 4. Muestra las consecuencias fisiológicas que las adolescentes experimentan después de un aborto inducido.

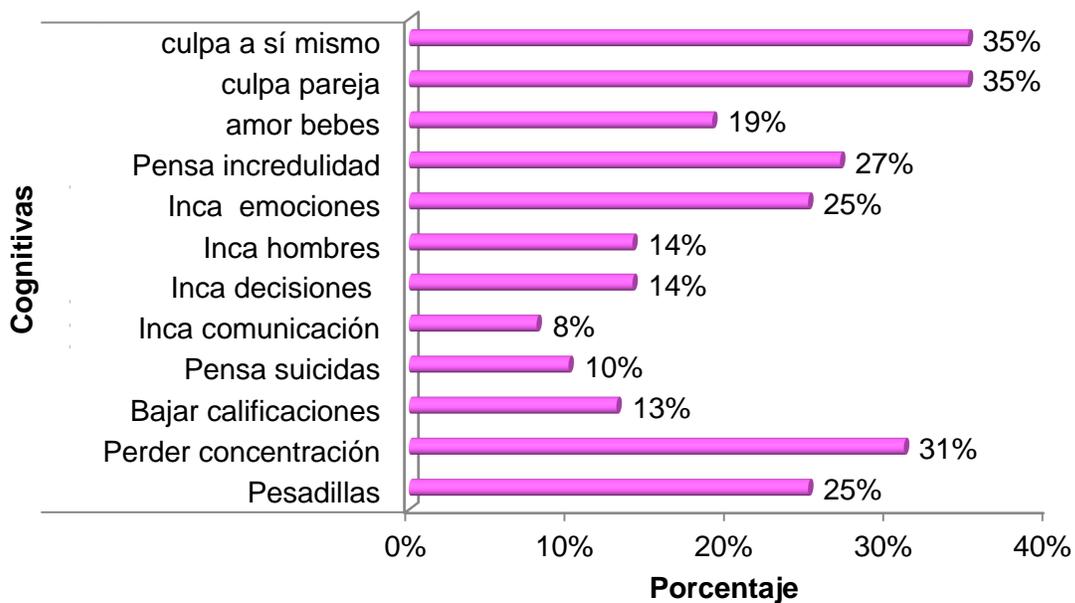


Gráfica 5. Muestra las consecuencias emocionales experimentadas por las adolescentes después de un aborto inducido.

d) Repercusiones cognitivas-conductuales

Dentro de las consecuencias psicológicas-cognitivas presentadas 17 (35%) de las adolescentes culpaban a la pareja, 17 (35%) se culpaban a sí mismas y en 15 (31%) hubo una disminución de la concentración, es decir, disminuyó la atención en las clases y los trabajos escolares (ver Gráfica 6). Referente a las consecuencias conductuales se encontró que 16 (33%) participantes cambio su comportamiento de manera negativa, por ejemplo; evito todo lo relacionado con la maternidad y el aborto, se aisló de sus amigos o familiares; solo 14 (29%) obtuvo un cambio positivo como utilización de métodos anticonceptivos con sus posteriores parejas y aconsejar u orientar a personas que se encuentran en su misma situación (ver Gráfica 7).

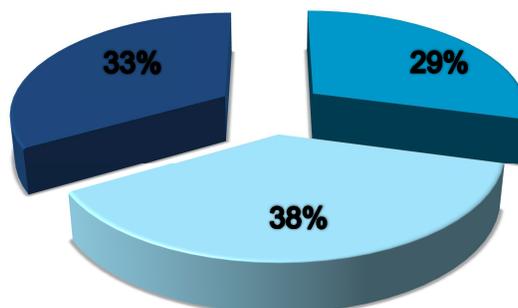
Consecuencias cognitivo-conductuales



Gráfica 6. Muestra las consecuencias cognitivas experimentadas por las adolescentes después de un aborto inducido

Consecuencias conductuales

■ Positivos ■ sin alteración ■ Negativos

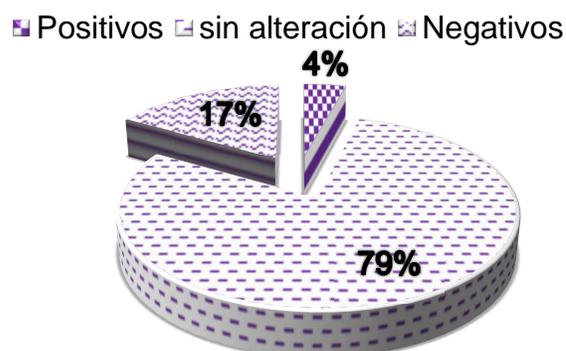


Gráfica 7. Muestra los cambios conductuales realizados por las adolescentes después de un aborto

e) Repercusiones sociales

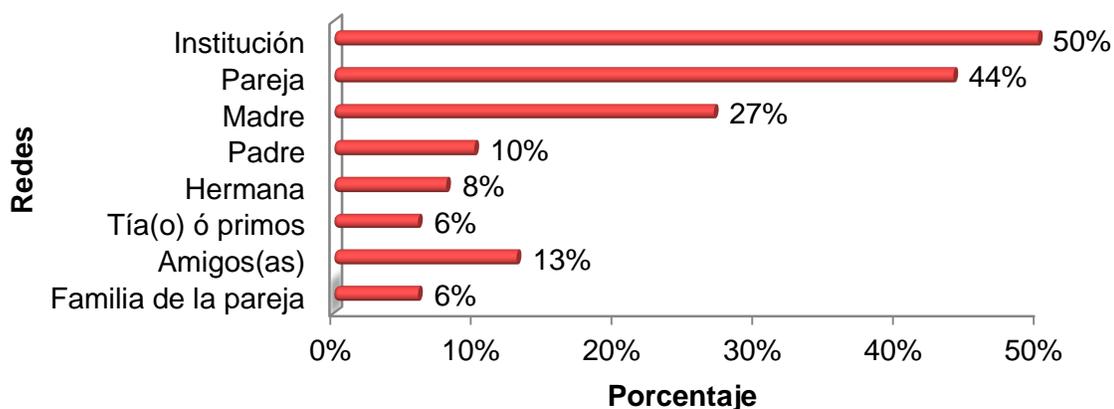
Por último en las consecuencias sociales se encontró que 8 (17%) vivieron cambios en el entorno de manera negativa (rechazo de la familia y deterioro en la relación de pareja) a diferencia de 2 (4%) que fue de manera positiva (mayor comunicación con la madre y fortalecimiento del vínculo con la pareja) (ver Gráfica 8). Así mismo se vislumbro que las adolescentes al enterarse de su situación de embarazo inesperado recurren con mayor frecuencia a las instituciones (50%), la pareja (44%) y a la madre (27%) (ver Gráfica 9).

Consecuencias sociales



Gráfica 8. Muestra las consecuencias sociales posteriores percibidas por las adolescentes.

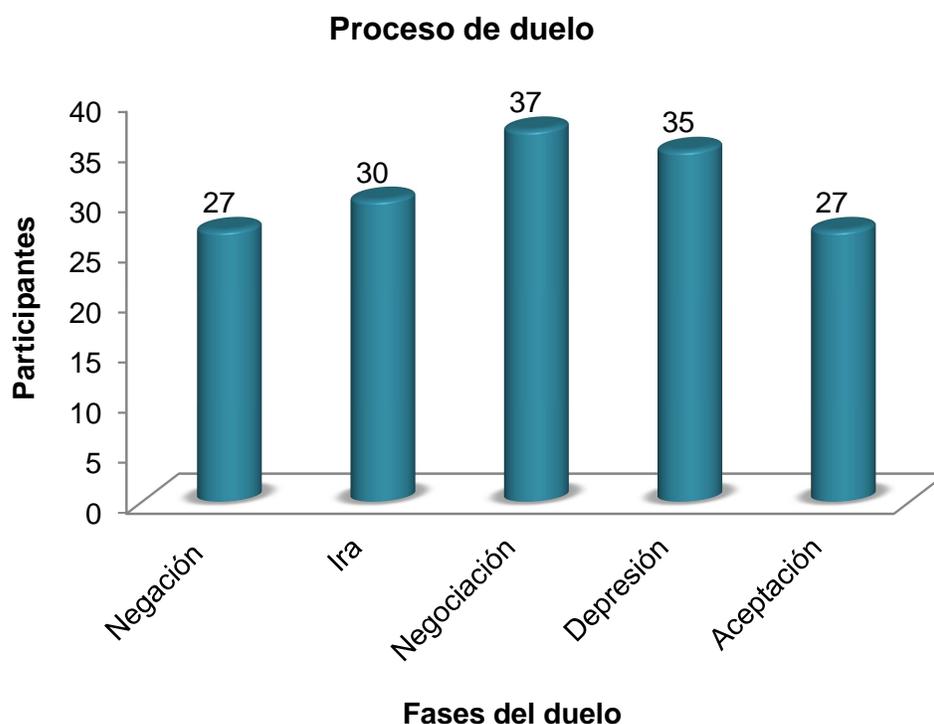
Redes de apoyo



Gráfica 9. Muestra las redes de apoyo con las que cuentan los adolescentes ante un embarazo no deseado.

f) *Proceso de duelo*

Al analizar las categorías de cada fase del duelo se halló que la gran mayoría, es decir 37 (77%) participantes pasan por la fase de negociación, 35 (73%) por la depresión, 30 (63%) por la ira y 27 (56%) tanto por la negación como aceptación (ver Gráfica 10).



Gráfica 10. Muestra la frecuencia de cada fase del proceso del duelo.

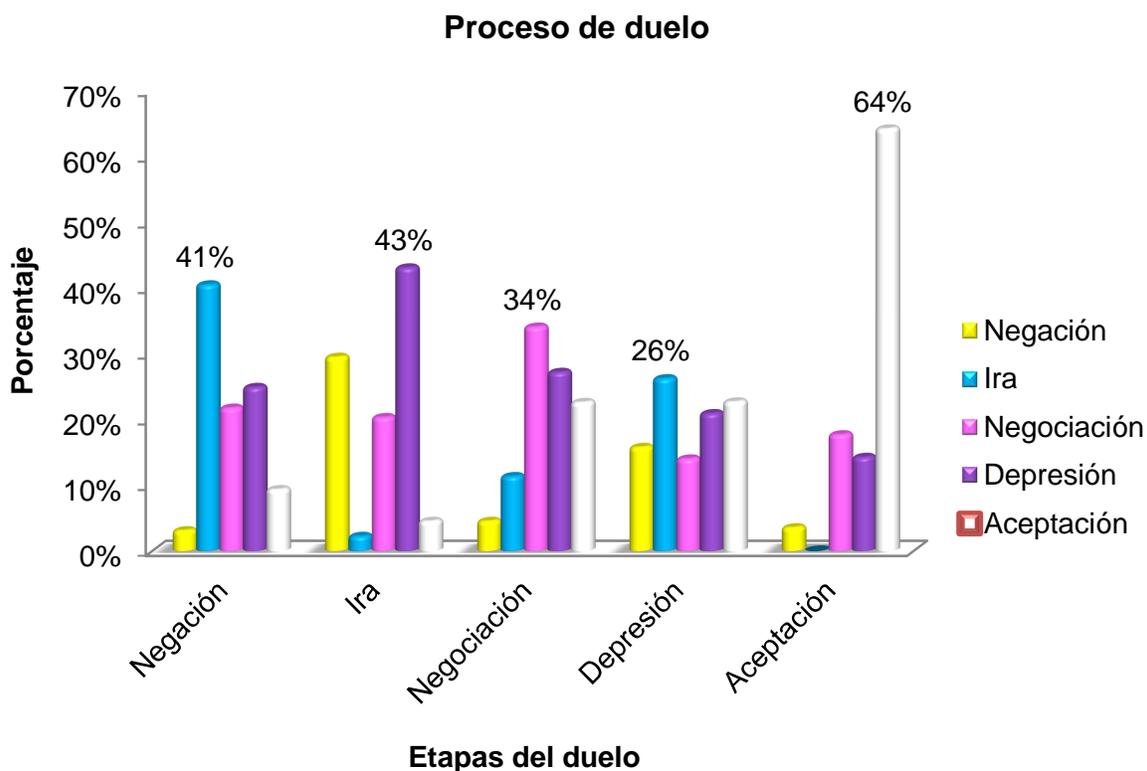
Cabe mencionar que la sucesión de las etapas de duelo, no son lineales, sino que se presentan de manera cíclica; por lo que se utilizó una matriz estocástica, con la finalidad de predecir la probabilidad de los cambios de una etapa a otra. Es decir, que si las personas se encuentran en la etapa de negación es más probable que se vayan a la etapa de ira. Las personas que están en la etapa de ira, tienen mayor probabilidad de que se vayan a la etapa de negación. Las personas que se encuentran en la etapa de negociación, es más probable que se mantengan dentro de ella. Las personas que se encuentran en la etapa de depresión, tienen

más probabilidad de que se vayan a la etapa de ira, y por último las personas que se encuentren en la etapa de aceptación es más probable que permanezcan en ella (ver Tabla 5 y Gráfica 11).

Tabla 5: Proceso de duelo

| Duelo | Negación | Ira | Negociación | Depresión | Aceptación |
|-------------|----------|--------|-------------|-----------|------------|
| Negación | 3.13% | 29.55% | 4.55% | 15.79% | 3.57% |
| Ira | 40.63% | 2.27% | 11.36% | 26.32% | 0.00% |
| Negociación | 21.88% | 20.45% | 34.09% | 14.04% | 17.86% |
| Depresión | 25.00% | 43.18% | 27.27% | 21.05% | 14.29% |
| Aceptación | 9.38% | 4.55% | 22.73% | 22.81% | 64.29% |

Tabla 5. Muestra la sucesión cíclica de las etapas del duelo



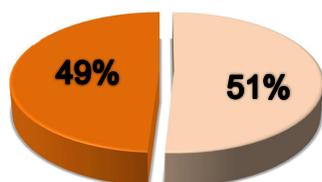
Gráfica 11: Muestra la sucesión de cada etapa del proceso de duelo.

Con relación al proceso de duelo vivido, los sentimientos actuales de bienestar-malestar en la decisión de haber abortado, encontramos que 23 (49%) definieron un sentimiento de malestar, como triste, enojada, con coraje; y 25 (51%) lo definió como un sentimiento de bienestar, por ejemplo, tranquila, satisfecha (ver Gráfica 12).

Pese a que encontramos que casi la mitad de las personas no se sentían bien con el hecho de haber interrumpido su embarazo, sólo el 9 (19%) acudió a ayuda psicológica de las cuales 6 (13%) aún sigue con ese malestar emocional y el 3 (6%) restante se sienten tranquilas con el aborto (ver Gráfica 13).

Estado emocional actual

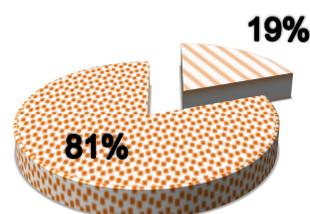
■ Bienestar ■ Malestar



Gráfica 12. Muestra el estado emocional actual de la adolescente

Necesidad de ayuda psicológica

■ Si ■ No



Gráfica 13. Muestra el porcentaje de adolescentes que acudieron a ayuda psicológica o psiquiátrica a raíz del aborto inducido.

5.7 Discusión

Con base en los resultados se puede decir que las adolescentes que sufrieron un aborto inducido, presentaron repercusiones fisiológicas como llanto, insomnio, cansancio excesivo; en las repercusiones emocionales los resultados demostraron soledad, frustración e ira; en las repercusiones psicológicas fueron culpa hacia la pareja y hacia sí mismas, así como alteraciones en la concentración, aislamiento de familiares y/o amigos, rechazo a los temas relacionados con la maternidad y el aborto.

Por lo tanto podemos decir que las repercusiones antes descritas están relacionadas con el acto del aborto inducido es decir, que después del aborto se presentaron sentimientos, ideas, emociones y sensaciones negativas afectando todas las áreas (fisiológicas, psicológicas, emocionales, familiar y/o de pareja).

En relación al proceso de duelo y considerando que este proceso no es lineal sino cíclico (Defey, Díaz, Friedler, Nuñez & Terra, 1992; Kübler-Ross, 2007); se puede decir que la mayor parte de las adolescentes lograron negociar su proceso de pérdida; sin embargo, se observa también que la mayoría pasó por una etapa de depresión, lo cual indica que las adolescentes intentaron convencerse de que la decisión de abortar fue lo mejor ó caen en tristeza, autoculpa, arrepentimiento y no logran elaborar su proceso de duelo.

En suma podemos decir que el aborto inducido en adolescentes trae repercusiones tanto físicas, psicológicas y sociales; además difícilmente logran elaborar su proceso de pérdida. Al igual que Worden (1997) encontramos que después del aborto se presentan ideas y sentimientos de bienestar que son pasajeros y aunque solamente se traten de una negociación y al no aceptarse sobreviene una etapa de depresión que se acompaña de conductas de aislamiento, falta de concentración, culpa, insomnio, llanto, tristeza y conflicto con la pareja y/ o familia.

Otro aspecto que cabe señalar son las creencias fuertemente arraigadas de la religión hacia el hecho de haber abortado, las cuales tienen implicaciones negativas como pensar en que son una mala persona por haber atentado contra una vida y por lo tanto cometieron un “asesinato” y “serán castigadas”. Así que si consideramos que México es un país con una fuerte influencia hacia una creencia religiosa, innegablemente esto repercutirá en el acto del aborto inducido. Por lo tanto diferimos con lo planteado por García (2005) quién indica que las creencias religiosas no influyen.

Aunado a estas creencias religiosas, si el aborto ocurre en el primer embarazo, las preocupaciones de la mujer la llevan a menudo atormentarse con el temor de no poder tener otro hijo, pues cree que “será castigada”. E incluso los mismos intensos sentimientos de culpabilidad adoptan formas, motivos y fantasías particulares, por ejemplo “he abortado porque fui a bailar” “por seguir teniendo relaciones sexuales” entre otros. A menudo la mujer se pregunta si debe cambiar su estilo de vida, renunciar al trabajo, dejar de tener relaciones sexuales, de divertirse, con el fin de no sufrir el riesgo de embarazarse de nuevo o porque se siente culpable y piensa que no debe de divertirse o por el contrario distraerse más.

Por otra parte Deschamps (1979) y Rodríguez (2004) mencionan que cuando la adolescente actúa por presión externa vive con resentimiento, pero cuando las adolescentes tienen una decisión firme, produce que tenga una libertad de conciencia, por lo que la mujer no experimenta ningún daño psicológico si no todo lo contrario un sentimiento de alivio y liberación, aun cuando la alternativa del aborto no es agradable ni deseable en sí misma, pero si un recurso necesario. Sin embargo, en nuestro estudio encontramos que de las adolescentes que refirieron tener sentimientos de malestar con respecto al aborto inducido, menos de la mitad fueron obligadas de manera directa o indirecta por parte de su pareja y/o familia para llevar a cabo el aborto; es decir, la otra parte de la muestra (que es la mayoría las adolescentes), a pesar de haber tomado dicha decisión presentaron un sentimiento de malestar (triste, enojada, con coraje) por lo que se demuestra inconsistencia con los autores mencionados anteriormente.

Así mismo, las mujeres que tenían una pareja estable, al finalizar el aborto manifestaron haber tenido discusiones con ésta, atacándose y culpándose mutuamente hasta llegar a la ruptura de la relación dejando entrever una doble pérdida.

CONCLUSIONES

En conclusión podemos afirmar que la decisión de abortar en las adolescentes presenta considerables dificultades, por lo que no es la mejor solución ni a corto ni a largo plazo; pues se está convirtiendo en un problema social dada la alta incidencia según las estadísticas de la SSDF (2010) ya que lejos de quedarse en un procedimiento excepcional para una adolescente en apuros, parece transformarse en un acto masivo, rutinario y un método de planificación familiar sin medir las consecuencias.

Por lo tanto es necesario sensibilizar al gobierno y hacerle ver que una reglamentación liberal en el campo del aborto no resuelve todos los problemas. Sirve ciertamente para ayudar a las adolescentes en una situación difícil, pero la posibilidad de poder recurrir al aborto también debería estar acompañada de un servicio de asistencia y consejería para las adolescentes donde se les informe de manera imparcial y objetiva sin juicios o prejuicios acerca de todas las posibles soluciones de su embarazo no planeado, y de los procedimientos, con la intención de orientar a la joven (si es posible con ayuda de la familia o padre) para tomar la decisión más favorable tanto física, psicológica y social.

La interrupción del embarazo no debe de suponer el final de la intervención, es necesario que la adolescente, su pareja y familia cuenten con otras redes de apoyo que les brinden apoyo psicológico, orientación, readaptación social, no basta con instituciones donde solamente se realice el procedimiento químico o quirúrgico, ya que, ello cumple con resolver el “problema” a corto plazo pero no se consideran las consecuencias a largo plazo que esta decisión conlleva.

Hecho que pudimos constatar, en los hospitales o Centros de Salud dependientes de la Secretaria de Salud del Distrito Federal durante nuestra visita al Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán ubicado en la Delegación Venustiano Carranza observamos las dificultades a las que se enfrentan las mujeres que desean

acceder a este tipo de servicio, en primer lugar el número limitado de fichas existentes para poder ser atendidas, posteriormente el servicio que se les ofrece no es individualizado ya que dentro de una sala se junta a todas las mujeres en cuestión, para explicarles de manera general únicamente la forma de ingerir las dosis de medicamento o si necesitan cirugía; esto es relacionado con el número de semanas que tengan.

El apoyo psicológico que las instituciones tendrían que brindar en los momentos inmediatos al aborto sería de gran utilidad para las adolescentes, pues como nuestro estudio lo demuestra, ellas casi nunca piden ayuda, se rehúsan a hablar de sus experiencias y de sus sentimientos. Generalmente, las adolescentes que abortaron no hablan de lo que sienten o experimentan, esto en un futuro puede desencadenarse con mayor intensidad hasta llegar hacerse crónico o patológico.

Tomando en cuenta todo lo anterior creemos que para las adolescentes sería mucho más fácil prevenir, antes de tener que tomar una decisión como es la interrupción del embarazo que puede cambiar drásticamente su vida. Así que es necesario analizar la interrelación entre conducta sexual irresponsable, embarazo y aborto; ya que el aborto constituye un acto que afecta física, psicológica, y socialmente a la adolescente. De esta manera podemos conocer hacia dónde orientar el diseño de programas eficaces de educación sexual que el gobierno debe impulsar. Primeramente se debe comprender el por qué los adolescentes recurren a conductas sexuales irresponsables, es decir, por qué no usan métodos anticonceptivos pues hasta ahora solamente las campañas publicitarias de prevención se han dedicado a la proliferación descontrolada de información de métodos anticonceptivos, como se usan, cual tiene mayor confiabilidad, cual es el más conveniente, cual es el más barato, cómodo, o el más accesible; pero este tipo de información no se centra en cubrir las necesidades, dudas, inquietudes e intereses del adolescente ni tampoco erradica los mitos y falsas creencias gestados por los mismos adolescentes. Pues a partir de nuestro estudio pudimos vislumbrar que la mayoría aseguro utilizar con frecuencia alguno de ellos, y aun

así se embarazaron y tuvieron que recurrir al aborto, lo cual nos hace pensar que ellos poseen un conocimiento superficial o erróneo de métodos anticonceptivos, así como también encontramos aquellas adolescentes que aseguraron no haber usado algún método anticonceptivo porque pensaron que no pasaría nada, creencia muy característica de la adolescencia donde ellos creen que son inmunes a las cosas “malas”.

Los programas de educación sexual deben favorecer la conducta sexual responsable, que pretendan disminuir la incidencia del embarazo y del aborto en la adolescencia, no solo deben tener un enfoque médico o biológico con énfasis en la divulgación o uso de métodos anticonceptivos, características y síntomas de las enfermedades de transmisión sexual; se requiere además de un enfoque que proponga acciones, teniendo en cuenta, de manera integral, la responsabilidad compartida entre las organizaciones sociales, el sistema de salud, el sistema educacional, las familias y los individuos, así como también el contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural en el que se desarrolla la adolescente. A nuestro criterio, queda mucho por hacer en relación con la educación sexual de las nuevas generaciones, así como la de sus padres, profesores, orientadores escolares, sector salud, entre otros.

Los padres deben encontrar ambientes sanos y positivos en donde sus hijos puedan convivir y apreciar a otros jóvenes alegres, sanos, centrados, generosos, que estudian y trabajan por ellos mismos y por el bien de los demás, y que luchan de modo positivo por la definición de un rol, de una identidad productiva y solidaria, pues de cierta manera el grupo de amigos en el que se desenvuelve el adolescente ejerce gran influencia, y su conducta va a estar altamente influenciada por la opinión del grupo a la hora de tomar decisiones y la realización de una tarea; además este constituye una vía de transmisión de normas comportamientos y valores, que en ocasiones es más influyente que la propia familia. Actualmente la actividad sexual en los adolescentes se ha convertido en

una norma; la mayoría considera que es necesario realizarla -como si fuera una moda-, y así tratan de buscar la aceptación del grupo.

De igual manera los padres deben acompañar moral y afectivamente a las adolescentes, para que se sientan orgullosas de ellas mismas, darles una educación sexual acompañada de valores, hablarles sobre los cambios de su cuerpo, tanto físicos como psicológicos; ya que, la influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual, sobre todo de los más jóvenes. A través de esta institución básica de la sociedad que se transmiten los valores, concepciones, acciones, comportamientos, tradiciones y normas de la vida social.

Pocas veces las familias orientan a los hijos sobre cuestiones referidas a la sexualidad, puede ser porque tienen tabús sobre el tema, por falta de comunicación, por ignorancia o incapacidad de crear responsabilidades en los hijos desde pequeños, porque los padres no pueden concebir la idea que sus hijos tengan relaciones sexuales, y si tienen una creencia religiosa menos quieren saber del tema ya que tienen la falsa creencia que será hasta el matrimonio cuando sus hijos empiecen su vida sexual, porque es "pecado" que empiecen antes su vida sexual y esto trae como consecuencia que los adolescentes contraigan una enfermedad sexual o un embarazo no deseado, y si los hijos no les tienen confianza a los padres o son muy autoritarios o piensan que los decepcionarán, ellos prefieren ocultar el embarazo y lo resolverán realizándose un aborto, sin que ningún familiar se entere. Los padres deben quitarse estas ataduras, crear confianza con sus hijos, ya que son la principal fuente de información de los hijos.

Asimismo, nos parece prudente que dentro de los programas de educación sexual, el sector salud y educativo informen y orienten a las adolescentes sobre las consecuencias que trae consigo el aborto inducido, pues en muchas ocasiones, ellas con el fin de atenuar todas las secuelas generadas por el embarazo no

deseado, así como evitar las consecuencias propias que implican la maternidad o paternidad y dar fin a las presiones sociales-familiares, recurren al aborto sin tener el conocimiento de estas, sólo piensan en “deshacerse del problema” sin pronosticar que ello les podría causar otros problemas. Por lo tanto se requiere de la elaboración de nuevos estudios para la indagación de consecuencias que el aborto pudiera generar en los hombres, pues bien en la decisión de interrumpir el embarazo influye tanto la mujer, su pareja y la familia.

Finalmente podemos decir que en ningún caso el aborto debe convertirse en una técnica contraceptiva rutinaria para las adolescentes, ni ha de ser utilizada como sustitución de las medidas preventivas. Lo mejor para cada individuo sería llevar el control de su propio cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alva, M. (2007). *Y después del aborto ¿qué?: ante una realidad irreversible-una ventana de esperanza* (2ª ed.). México: Trillas.
- Aray, J. (1998). El duelo en el aborto. En *Aborto: estudio psicoanalítico* (pp. 1-15). Venezuela: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- Archundia, M. (2010, 22 de octubre). DF: 48 mil detenciones legales de embarazo [versión electrónica]. *El Universal*.
<http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/103790.html>
- Arnett, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural* (3ª ed.). México: Pearson Educación.
- Berk, L. (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Burke, T. & Reardon D. (2009). Mujeres silenciadas: cómo se explica el sufrimiento de la mujer que aborta. Madrid: Sekotia
- Bernal, G. (2003). El aborto inducido: observaciones sobre el debate reciente. En Castañeda, M. (2003). *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*. México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades
- Blazquez, N. (1977). El aborto y sus consecuencias. En *El aborto: no mataras* (pp.106-111). Madrid: Biblioteca de autores cristianos.
- Cáceres, J. & Escudero, V. (1994). Embarazos en la adolescencia y problemas de pareja. En *Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados* (pp. 28-36). Madrid: Pirámide.

- Castro, M. (2008). *Tanatología: la familia ante la enfermedad y la muerte*. México: Trillas.
- Checa, S. (2006). Aborto en la adolescencia. En *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad* (pp. 277-297) Buenos Aires: Paidós SAICF
- Checa, S., Erbaro, C., & Schvartzaman, S. (2003). Cuerpo y sexualidad en la adolescencia. En Checa, S. (Comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia* (pp. 182-190). Argentina: Paidós.
- Cole, G. (1997). Consecuencias. En *Aborto ser o no ser* (pp. 23-45). Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Coleman, J. & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia (4ª ed.)*. Madrid: Morata.
- Defey, D., Díaz J., Friedler, R., Nuñez, M., & Terra C. (1992). *Duelo por un niño que muere antes de nacer*. Montevideo: Roca Viva.
- Delval, J. (2006). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI editores.
- Deschamps, J. (1979). *Embarazo y maternidad en la adolescente*. Barcelona: Herder.
- Espina, A., Gago, J. & Pérez, M. (1993). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de psicoterapia* 4(13), 77-88.
- Fainsod, P. (2006). Adolescencias en plural: abriendo paso a las diferencias. En *Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media: una discusión sobre las miradas deterministas de las trayectorias escolares de*

adolescentes embarazadas y madres en contextos de pobreza (pp.56-61).
Madrid: Miño y Dávila.

Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México. Pearson Educación.

Flores, J (2009). *Foro sobre la despenalización del aborto: respuesta social frente a las controversias constitucionales*. México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.

García, A. (2008). *Aborto: aspectos sociales, éticos y religiosos: invitación al debate*. México: Observatorio Eclesial

García J. (2005). Problemas de salud en los/as adolescentes. *En Mamá ¡Estoy embarazada!* (pp. 73-104). Madrid: Biblioteca Nueva.

Giró, J. (2007). *Adolescentes: ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema

Gispert, J. (2004). Adolescencia. *En Prevención del embarazo no deseado* (pp.7-15). México: Alfil.

Gómez, J. (2004). Muerte y duelo. *En Duelo y muerte: competencias profesionales del psicólogo con enfermos terminales*. Colombia: Universidad Piloto de Colombia

González, E (2003). Aspectos sociales en la adolescente embarazada. *En Molina, R., Sandoval, J., & González, E. (Eds.), Salud sexual y reproductiva en la adolescencia* (pp. 489-567). Santiago, Chile: Mediterráneo

- Grupo Científico de la OMS (1997). *Métodos médicos de interrupción del embarazo: informe de un Grupo Científico de la OMS*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (2011). *Cifras sobre la interrupción legal del embarazo en el D.F. del 27 de abril de 2007 al 31 de enero de 2011*. <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=222>
- Guerrero, A. (2011). Se han evitado 52 mil muertes por aborto. *Revista Impacto*, 3182, 16-19.
- Guillaume, A. & Lerner, S. (2007). *El aborto en América Latina y el Caribe una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*. México: Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos Urbanos y Ambientales.
- Gutiérrez, M. (2003). Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. En Checa, S. (Comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia* (pp. 90-95). Argentina: Paidós.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Horrocks, J. (1993). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). <http://www.inegi.org.mx>.
- Kaplan, H, & Sadock, B. (1999). Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. En *Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta psiquiatría clínica* (pp. 78-83). Madrid: Médica Panamericana.

- Kimmel, D. & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Kübler-Ross, E. (2007). *Sobre la muerte y los moribundos: alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. México, D.F.: Random House Mondadori.
- Mayo, D. (2002). Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28 (2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2002000200012&lng=es&nrm=iso
- Musitu, G.; Buelga, S.; Lila M. & Cava, M. (2004). *Familia y adolescencia: un modelo de análisis e intervención psicosocial*. España: Síntesis.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. México: Paidós Ibérica.
- Papalia, D. & Wendkos, S. (1997). *Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica*. México: Mc Graw-Hill.
- Quintero, J. (2010, 22 de octubre). Cambian en el DF método para interrumpir el embarazo. *La Jornada*, p. 38.
- Rice, F. (2002). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rincón, L. (2011). Cadenas de Markov. En *Introducción a los procesos estocásticos* (pp. 23-78). México, D.F.: UNAM, Facultad de Ciencias.
- Rodríguez, G (2004). *¿Cómo vez? el aborto*. México: Dirección General de Divulgación de la Ciencia Universidad Nacional Autónoma de México.

- Salkind, N. (1998). *Métodos de investigación*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Sánchez, M. (2003). *Autoestima en la adolescencia y su relación con el aprovechamiento escolar*. Tesis para optar el título de licenciado en psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia (9ª ed.)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Schnake, C. & Bennett, V. (2003). Síndrome del Post-Aborto (SPA). *Revista electrónica psicología científica.com*.
[http://www.psicologiacientifica.com/bv/imprimir-173-sindrome-del-post-aborto-\(spa\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/imprimir-173-sindrome-del-post-aborto-(spa).html)
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (2010). *Agenda estadística2009*.
http://www.gire.org.mx/publica2/ILE2007_2009_AgendaEstadistica2009_DF.pdf
- Shaughnessy, J. Zechmeister, E. & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en psicología*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Tarajano, E. (2010). Análisis de Derecho Comparado sobre el aborto en Cuba, *Revista de Bioética*, 10(3), 4-10. <http://www.cbioetica.org/revista/103/101-0410.pdf>
- Tesoro, M. & Velasco, H. (2007, 20 abril). Nueva ley de aborto, apegada al 4º constitucional. *Cimacnoticias: periodismo con perspectiva de género*.
<http://www.cimacnoticias.com/site/07042015-Nueva-Ley-de-Aborto.17316.0.html>.

- Tizón J. (1998): El duelo y las experiencias de pérdida. Madrid: Ed. Grupo medicina, S.A
- Tizon, J & Sforza, M (2007): Días de duelo: encontrando salidas. ALBA: España.
- Toledo, V. (2003). Características sociales y de salud mental en adolescentes que interrumpen el embarazo. En Molina, R., Sandoval, J., & González, E. (Eds.), *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia* (pp. 570-583). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Toledo, V., Molina, R., González, E., Martini, A., Luengo, X. & Molina, T. (1998). Perfil psico-social de adolescentes que interrumpen su embarazo con un aborto inducido [versión electrónica], *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*, 5(1), pp.1-16. <http://www.cemera.cl/sogja/pdf/1998/V1perfil.pdf>
- Vargas M., Córdoba, D. & Sapién J. (2007). Impacto psicológico del aborto inducido en mujeres jóvenes. *Psicología y ciencia social*, 9(1), pp. 5-18.
- Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Paidós.

A n e x o s

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el licenciado en psicología Rogelio León Mendoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México. La meta de este estudio es describir las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del adolescente ante la experiencia del aborto inducido, así como analizar si se presenta un proceso de duelo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán **anónimas**.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas del cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde este momento le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el licenciado en psicología Rogelio León Mendoza. He sido informada de que la meta de este estudio es describir las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del adolescente ante la experiencia del aborto inducido, así como analizar si se presenta un proceso de duelo.

Me han indicado que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos. Así mismo también me ha garantizado que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento, que en el único lugar donde aparecerá mi nombre y mi teléfono es en esta hoja y sólo es para certificar que estoy de acuerdo en participar en esta investigación.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

México, D.F. a _____ de _____ de 20____.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Teléfono del Participante: _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR CONSECUENCIAS DEL ABORTO INDUCIDO

Folio: _____

El presente cuestionario constituye un instrumento básico para recoger opiniones sobre algunos aspectos conductuales, emocionales y sociales que se experimentan después de un proceso de interrupción voluntaria del embarazo. Su valor, interés y utilidad quedan condicionados por la veracidad de la información recogida y por la fidelidad en el momento de reflejar la realidad de la situación estudiada.

Por ello, se solicita su colaboración para que nos brinde su opinión personal y un poco de su tiempo para contestar con sinceridad y de la forma más detallada a las preguntas que se le formulen pues la información que nos proporciones será estrictamente anónima y confidencial.

Edad: _____

Edad en el momento del aborto: _____

Nº de hijos: _____

Método utilizado: _____

Estado civil: _____

Semanas de gestación: _____

Ocupación actual: _____

Ocupación anterior al aborto _____

Religión: _____

1.- ¿Por qué motivo decidiste que el aborto era la mejor solución?

2.- ¿Tu decisión fue influenciada por alguna otra persona?

Si ¿Quién?

No

3.- ¿Tuviste algunas consecuencias físicas a causa del aborto?

Si ¿Cuáles?

No

4.- ¿Tuviste alguna alteración psicológica antes y/o después de tomar la decisión de abortar?

| Alteración | Antes | Después |
|---|--------------|----------------|
| Pesadillas | | |
| Insomnio | | |
| Llanto | | |
| Perdida de la concentración | | |
| Cansancio excesivo | | |
| Te aislabas de las demás personas | | |
| Te sentías sola | | |
| Pensamientos o deseos suicidas | | |
| Incapacidad para comunicarte | | |
| Incapacidad para tomar decisiones | | |
| Incapacidad para relacionarte con hombres | | |
| Incapacidad de sentir o expresar emociones | | |
| Temor a la fecha del aborto | | |
| Ira | | |
| Frustración | | |
| Ansiedad | | |
| Pensamientos de incredulidad: "no puede ser" "esto no me está pasando a mí" | | |
| Angustia | | |
| Resentimiento al hombre que me dejó embarazada | | |
| Otro: _____ | | |

5.- ¿Te cuidabas con algún método anticonceptivo?

Si ¿Cuál?

No ¿Por qué?

6.- ¿Con qué frecuencia utilizabas el método anticonceptivo?

a) Siempre

b) La mitad de las veces

c) Menos de la mitad de las veces

d) Nunca

7.- Lee los siguientes pensamientos y emociones, identifica cuales experimentaste después del aborto y posteriormente enuméralos de forma ascendente donde el 1 es el primero que experimentaste, así sucesivamente.

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Alivio | Recuerdos repentinos del aborto |
| Dolor | Sensación de pérdida o de vacío |
| Incredulidad | Es lo mejor, porque si no tendría |
| Enojo | que interrumpir mis actividades |
| Tristeza | académicas, laborales, familiares o |
| Desesperación | sociales |
| Confusión | Arrepentimiento |
| Culpa | Vergüenza |
| Impotencia | Has aprendido a vivir con ello |
| Resentimiento hacia mí mismo | No estoy lo emocionalmente |
| Resentimiento hacia los que me | madura para tenerlo |
| indujeron al aborto | Es lo mejor, no tengo los suficientes |
| Autodesprecio | recursos económicos |
| Imaginas como serias si no hubieras | Otro: _____ |
| abortado | |

8.- Actualmente cuando pienso en el aborto me siento _____ ¿Por qué?

9.- ¿Tuviste el apoyo de alguna persona o institución?

Si ¿De quién?

No ¿Por qué?

10.- ¿Tus relaciones con los demás (familia, pareja, amigos, etc.) cambiaron, después del aborto?

Si ¿Con quiénes?

¿De qué manera?

No ¿Por qué?

11.- ¿Tu desempeño académico, laboral, personal tuvo algún cambio a raíz del aborto?

Si ¿Cómo fue?

No

12.- ¿Después del aborto dejaste de disfrutar o de realizar actividades que antes solías hacer?

Si ¿Cuáles?

No

13.- ¿Después del aborto comenzaste a realizar actividades o tener conductas que antes no solías hacer o tener?

Si ¿Cuáles?

No

14.- Actualmente ¿evitas todo lo relacionado con la maternidad (libros, películas, mujeres embarazadas, bebés, etc.) ó con el tema del aborto?

Si ¿Por qué?

No ¿Por qué?

15.- Actualmente ¿has desarrollado un amor excesivo por los bebés?

Si ¿Por qué?

No

16.- ¿Sientes culpa por haber decidido abortar o miedo al castigo divino?

Si

No

17.- ¿Sientes culpa o resentimiento hacia tu pareja, a algún familiar o alguien más?

Si ¿Por quién? ¿Por qué?
No

18.- ¿Has buscado ayuda profesional, para que te ayude a enfrentarte con esta situación?

Si ¿Cuál?
No ¿Por qué?

“GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

ANEXO 3

ENCUESTA SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN JÓVENES

1.- ¿Eres sexualmente activa?

- a) No b) Sí ¿A qué edad comenzaste? _____

2.- ¿Con quién fue tu primera relación sexual?

- a) Novio(a) b) Amigo(a) c) Prostituta
d) Otro _____

3.- ¿Cómo consideras tus relaciones sexuales?

- a) Regulares b) Esporádicas

4.- ¿Utilizas algún método anticonceptivo en la actualidad?

- a) No b) Sí ¿Cuál? _____

5.- ¿Has enfrentado una situación de embarazo?

- a) No b) Sí

6.- ¿Cómo lo enfrentaste?

- a) Maternidad b) Adopción c) Aborto

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el licenciado en psicología Rogelio León Mendoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México. La meta de este estudio es describir las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del adolescente ante la experiencia del aborto inducido, así como analizar si se presenta un proceso de duelo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán **anónimas**.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas del cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde este momento le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el licenciado en psicología Rogelio León Mendoza. He sido informada de que la meta de este estudio es describir las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del adolescente ante la experiencia del aborto inducido, así como analizar si se presenta un proceso de duelo.

Me han indicado que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos. Así mismo también me ha garantizado que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento, que en el único lugar donde aparecerá mi nombre y mi teléfono es en esta hoja y sólo es para certificar que estoy de acuerdo en participar en esta investigación.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

México, D.F. a _____ de _____ de 20____.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Teléfono del Participante: _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR CONSECUENCIAS DEL ABORTO INDUCIDO

Folio: _____

El presente cuestionario constituye un instrumento básico para recoger opiniones sobre algunos aspectos conductuales, emocionales y sociales que se experimentan después de un proceso de interrupción voluntaria del embarazo. Su valor, interés y utilidad quedan condicionados por la veracidad de la información recogida y por la fidelidad en el momento de reflejar la realidad de la situación estudiada.

Por ello, se solicita su colaboración para que nos brinde su opinión personal y un poco de su tiempo para contestar con sinceridad y de la forma más detallada a las preguntas que se le formulen pues la información que nos proporciones será estrictamente anónima y confidencial.

Edad: _____

Edad en el momento del aborto: _____

Nº de hijos: _____

Método utilizado: _____

Estado civil: _____

Semanas de gestación: _____

Ocupación actual: _____

Ocupación anterior al aborto _____

Religión: _____

1.- ¿Por qué motivo decidiste que el aborto era la mejor solución?

2.- ¿Tu decisión fue influenciada por alguna otra persona?

Si ¿Quién?

No

3.- ¿Tuviste algunas consecuencias físicas a causa del aborto?

Si ¿Cuáles?

No

4.- ¿Tuviste alguna alteración psicológica antes y/o después de tomar la decisión de abortar?

| Alteración | Antes | Después |
|---|--------------|----------------|
| Pesadillas | | |
| Insomnio | | |
| Llanto | | |
| Perdida de la concentración | | |
| Cansancio excesivo | | |
| Te aislabas de las demás personas | | |
| Te sentías sola | | |
| Pensamientos o deseos suicidas | | |
| Incapacidad para comunicarte | | |
| Incapacidad para tomar decisiones | | |
| Incapacidad para relacionarte con hombres | | |
| Incapacidad de sentir o expresar emociones | | |
| Temor a la fecha del aborto | | |
| Ira | | |
| Frustración | | |
| Ansiedad | | |
| Pensamientos de incredulidad: “no puede ser” “esto no me está pasando a mi” | | |
| Angustia | | |
| Resentimiento al hombre que me dejo embarazada | | |
| Otro: _____ | | |

5.- ¿Te cuidabas con algún método anticonceptivo?

Si ¿Cuál?

No ¿Por qué?

6.- ¿Con qué frecuencia utilizabas el método anticonceptivo?

a) Siempre

b) La mitad de las veces

c) Menos de la mitad de las veces

d) Nunca

7.- Lee los siguientes pensamientos y emociones, identifica cuales experimentaste después del aborto y posteriormente enuméralos de forma ascendente donde el 1 es el primero que experimentaste, así sucesivamente.

| | |
|--|---|
| Alivio | Recuerdos repentinos del aborto |
| Dolor | Sensación de pérdida o de vacío |
| Incredulidad | Es lo mejor, porque si tendría que interrumpir mis actividades académicas, laborales, familiares o sociales |
| Enojo | Arrepentimiento |
| Tristeza | Vergüenza |
| Desesperación | Has aprendido a vivir con ello |
| Confusión | No estoy lo emocionalmente madura para tenerlo |
| Culpa | Es lo mejor, no tengo los suficientes recursos económicos |
| Impotencia | Otro: _____ |
| Resentimiento hacia mí mismo | |
| Resentimiento hacia los que me indujeron al aborto | |
| Autodesprecio | |
| Imaginas como serias si no hubieras abortado | |

8.- Actualmente cuando pienso en el aborto me siento _____ ¿Por qué?

9.- ¿Tuviste el apoyo de alguna persona o institución?

Si ¿De quién?

No ¿Por qué?

10.- ¿Tus relaciones con los demás (familia, pareja, amigos, etc.) cambiaron, después del aborto?

Si ¿Con quiénes?

¿De qué manera?

No ¿Por qué?

11.- ¿Tu desempeño académico, laboral, personal tuvo algún cambio a raíz del aborto?

Si ¿Cómo fue?

No

12.- ¿Después del aborto dejaste de disfrutar o de realizar actividades que antes solías hacer?

Si ¿Cuáles?

No

13.- ¿Después del aborto comenzaste a realizar actividades o tener conductas que antes no solías hacer o tener?

Si ¿Cuáles?

No

14.- Actualmente ¿evitas todo lo relacionado con la maternidad (libros, películas, mujeres embarazadas, bebés, etc.) ó con el tema del aborto?

Si ¿Por qué?

No ¿Por qué?

15.- Actualmente ¿has desarrollado un amor excesivo por los bebés?

Si ¿Por qué?

No

16.- ¿Sientes culpa por haber decidido abortar o miedo al castigo divino?

Si

No

17.- ¿Sientes culpa o resentimiento hacia tu pareja, a algún familiar o alguien más?

Si ¿Por quién? ¿Por qué?

No

18.- ¿Has buscado ayuda profesional, para que te ayude a enfrentarte con esta situación?

Si ¿Cuál?

No ¿Por qué?

“GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

ANEXO 3

ENCUESTA SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN JÓVENES

1.- ¿Eres sexualmente activa?

- a) No b) Sí ¿A qué edad comenzaste? _____

2.- ¿Con quién fue tu primera relación sexual?

- a) Novio(a) b) Amigo(a) c) Prostituta
d) Otro _____

3.- ¿Cómo consideras tus relaciones sexuales?

- a) Regulares b) Esporádicas

4.- ¿Utilizas algún método anticonceptivo en la actualidad?

- a) No b) Sí ¿Cuál? _____

5.- ¿Has enfrentado una situación de embarazo?

- a) No b) Sí

6.- ¿Cómo lo enfrentaste?

- a) Maternidad b) Adopción c) Aborto