

728052



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Psicología

✓  
**ENTORNO PSICOSOCIAL QUE  
DIFICULTA LA ELABORACION  
DE DUELO EN EL ABORTO**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P r e s e n t a :**

**Everardo Arellano Zavala**

Director de Tesis: Selma González Serratos

México, D. F.

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

25053.08

UNAM. 110

1989



INSTITUTO DE QUÍMICA  
15212 COZ

A.  
TPS-5003

AL HONORABLE JURADO

LIC. SELMA GONZALEZ SERRATOS

DRA. RUTH GONZALEZ SERRATOS

LIC. LUIS O. GONZALEZ DE ALBA

LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA

LIC. ALICIA MIGONI RODRIGUEZ

1. PS. 5003

JUANITA ZAVALA DE A.  
JOSE GOYTIA ORTIZ

in memoriam.

MA. DEL CARMEN, ESMERALDA, LUCERO,  
EUSTAQUIO, MIGUEL, OCTAVIO, HUGO,  
ENRIQUE Y ARTEMIZA

A EDGARDO.

A SELMA,

SOBRE TODO POR SU AFECTO,  
AUNQUE NO SERA MENOS MI  
AGRADECIMIENTO POR SU  
ORIENTACION Y PACIENCIA.

A MAGGI TORRES,

PORQUE DESPUES DE LA ULTIMA  
LINEA, SIEMPRE CAMBIAREMOS,  
OTRA VEZ, LA PRIMERA; CON  
ALEGRÍA Y CARÍÑO: GRACIAS.

## I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.- ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LA CONDICION DE LA MUJER EN MEXICO.	4
1.1. La percepción del papel de la mujer mexicana.	5
1.2. Participación laboral femenina en nuestro país.	6
1.3. El aspecto educacional en la mujer mexicana.	8
1.4. Conceptualización sobre la sexualidad femenina en México.	12
CAPITULO II.- DEPRESION Y ABORTO.	17
2.1. Dificultades en torno a la precision del concepto de la depresión.	18
2.2. La Teoría Psicoanalítica como fundamento en el estudio del binomio: Depresión-Aborto.	24
2.2.1. Karl Abraham	24
2.2.2. Sigmund Freud	25
2.2.3. Otto Fenichel	28
2.2.4. Eduard Bibring	29
2.2.5. Melanie Klein	30
2.2.6. Leon Grinberg	32
2.2.7. Hugo B. Bleichmar	33
2.3. Algunas investigaciones realizadas en México. Cuyos autores enfatizan el papel de la depresión en el aborto.	35
2.4. Investigaciones en otros países en referencia al binomio: Depresión-Aborto.	38

	PAG.
CAPITULO III. ELABORACION DE DUELO Y ABORTO	40
3.1 Concepto de elaboración del duelo.	41
3.2. Procesos de duelo sanos y patológicos.	46
3.3. Personalidades propensas al duelo patológico.	51
3.4. El duelo por un aborto.	56
3.5. Algunas investigaciones sobre elaboración de duelo y aborto.	62
 CAPITULO IV.- ENTORNO PSICOSOCIAL QUE AFECTA EL CURSO DEL DUELO POR UN ABORTO.	 64
4.1. La definición del aborto en México.	65
4.1.1. Tipos y clasificación del aborto.	68
4.1.2. Descripción de aborto inducido.	70
4.1.3. Etapas y formas clínicas del aborto.	70
4.2. Dimensión del problema del aborto en México.	74
4.2.1. Algunas consideraciones sobre el embarazo no deseado en nuestro país.	75
4.3. La práctica del aborto inducido en México.	78
4.3.1. Características de la mujer mexicana que recurre al aborto.	78
4.3.2. Razones que aduce la mujer para decidirse por el aborto.	79
4.3.3. Medios y procedimientos a que recurre la mujer cuando decide abortar.	81
4.3.4. Complicaciones y consecuencias médicas y psicológicas por abortos mal realizados.	86
4.4. Legislación y aborto.	94
4.4.1. Legislación mundial y aborto.	94
4.4.2. El aborto en el Código Penal Mexicano.	96
4.5. La moral y el aborto en México.	104
4.6. Situación psicosocial de la mujer que aborta en nuestro país.	107

	PAG.
4.7. Asistencia psicológica para la mujer que aborta en México.	110
CAPITULO V.- DISCUSION.	113
5.1. Conclusiones.	114
5.2. Limitaciones y sugerencias.	120
BIBLIOGRAFIA	125

## I N T R O D U C C I O N

El aborto constituye, en mayor o menor grado, un problema individual y social, inclusive un delito, según obedezca al contexto sociocultural, religioso, político o jurídico en que se realice. -- Sin embargo, cualquiera que sea la perspectiva desde la cual se observe, es siempre considerado como un acontecimiento indeseable. (Luisa M. Leal, 1980).

La magnitud del problema del aborto en nuestro país, y sus graves consecuencias para la salud física y emocional de la mujeres que lo enfrentan, ha llevado a considerar en el presente trabajo de revisión bibliográfica, al análisis lo más objetivamente posible acerca de tal situación, contemplando el fenómeno abortivo desde diferentes dimensiones.

Es así que en este trabajo se expresan la experiencia, el conocimiento, las convicciones y posiciones teóricas y conceptuales, -- así como éticas de innumerables autores, cuya contribución en torno al aborto representa un apoyo en la búsqueda de precisar el entorno psicosocial de la mujer mexicana que influye o determina la aparición de alteraciones emocionales, ante una inadecuada elaboración del duelo en la experiencia abortiva, objetivo de este trabajo.

De tal manera, que para entender la situación que enfrenta la mujer que aborta, resulta importante considerar las múltiples determinantes y las condiciones de la totalidad social en que éste aparece y se dá. Si se descuidan las diferentes interrelaciones de los subsistemas que la conforman, se tendrá un producto aislado, una visión parcial de tal fenómeno. (Bejar Navarro, 1979).

En la actualidad, frente al aborto, gran parte de países en el mundo y México entre ellos, han tenido que enfrentar situaciones a las que no pueden sustraerse; cambios necesarios en cuanto a aspectos demográficos, políticos e, inclusive, morales, que antaño

representaban un retroceso, siendo que en las últimas décadas, se ha iniciado una corriente a nivel internacional que tiende a liberalizar la práctica del aborto.

Es muy probable que tal tendencia en el caso de nuestro país, se haga palpable a través de tres razones fundamentales:

La primera expresada en los serios problemas de salud pública, -- ocasionados por el elevado índice de abortos clandestinos.

Cabe mencionar como segunda razón, la posibilidad de que también ha influido el problema del excedente demográfico y, una tercera razón, está implicada en la cada vez mayor participación de la mujer en la solución de problemas inherentes a su condición, en este caso particularmente, el derecho de decidir sobre su propio -- cuerpo.

Un hecho ineludible ante la problemática del aborto, surge de las actuales leyes que lo rigen, ya que por su causa, es probable que propicien una tragedia mayor que la tragedia del aborto mismo, -- evidenciando que en nuestra sociedad algo está totalmente fuera -- de equilibrio.

Si las leyes ante el aborto son violadas, como sucede en nuestro país, la sociedad entera enfrenta pues una cuestión moral seria, misma que se ve afectada cuando se tienen que respetar también -- otras leyes.

La trasgresión de normas crea profundos sentimientos de culpa en quien trasgrede tales normas, en este caso las mujeres que abortan. Fundamentar las leyes en la simple creencia de que es malo -- abortar, sólo provoca una serie de dilemas difíciles a cualquier sociedad. (Rockefeller, John D. 1980).

En México, tan sólo en 1981, la tasa de muertes por abortos clandestinos (según lo menciona la Dirección General de Servicios Mé-

dicos, a través del Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México), fue de 1.37 por 100,000 mujeres, entre los 25 y 34 años de edad.

El hecho de que por tal situación esté en peligro la vida de tantas mujeres, es suficiente para que se tome en cuenta dicha problemática, puesto que el aborto bajo esta dimensión, constituye un problema de salud pública. Es innegable que el aborto es parte también de una problemática en la sexualidad, desde un punto de vista social; el conflicto se establece cuando, si bien por una parte, existe una tendencia actual más liberal en todos los aspectos de la vida, por otra parte, tienden a perpetuarse una serie de costumbres, valores y normas tradicionales en forma anacrónica y, sobre todo, en desventaja hacia la mujer. (Ma. del Carmen Beera, 1984).

Resultando pues que toda discusión acerca de la posición de la mujer, su carácter, su temperamento, su problemática, aspiraciones y, principalmente, las alteraciones emocionales derivadas de la experiencia abortiva, se verán interferidas por un problema fundamental: el descubrir y discernir la trama cultural que influye o determina el que en nuestra sociedad, tal y como está conformada, la mujer que aborta, tenga pocas posibilidades de elaborar un duelo sano por haber incurrido en un acto al margen de la ley, los valores y costumbres morales en nuestra sociedad.

Tenemos que el resultado final de un aborto, contemplado a la luz de la salud mental, es una pérdida, una depresión y un duelo, sano o patológico, dependiendo de cada mujer y del entorno social en que está inmersa, pero siempre un duelo.

**C A P I T U L O**

**I**

**ALGUNOS ASPECTOS SOBRE  
LA CONDICION DE LA MUJER  
EN MEXICO**

## 1.1 LA PERCEPCION DE LA MUJER EN MEXICO

Estudiar el fenómeno del aborto, significa adentrarse antes que nada en una de las expresiones de la problemática de la sexualidad. La mujer que aborta en nuestro país, se enfrenta a una serie de implicaciones que resultan ser consideradas, necesariamente -- dentro de una estructura social, económica y política, para poder así formular en consecuencia un análisis, lo más objetivamente posible, acerca de la realidad que enfrenta la mujer cuando vive la experiencia abortiva.

La mujer en México se encuentra tradicionalmente relegada como un ser inferior, muchas veces bajo situaciones de explotación y -- otras tantas bajo diferentes formas de marginación, situación que la afecta y la coloca como un ser de segunda clase; si bien, existen esfuerzos para otorgarle iguales derechos que los del varón, y que el Artículo 4° de la Constitución avala, no podemos considerar que la situación actual sea óptima. La condición histórica de la mujer ha sido, sin duda gravemente lesionada por prejuicios -- aún vigentes, mismos que podemos constatar desde diferentes puntos de vista: laboral, educacionales y sobre todo sexual.

Conviene anotar que en nuestro país, como señala Elena Urrutia -- (1983), no existe una condición que sea uniforme como para hablar de la mujer en general, ya que se da una gran diversidad en cuanto a condiciones en que ésta se desenvuelve y vive. Existen mujeres con estudios y sin ellos, campesinas, asalariadas, solteras, divorciadas, profesionales, etc., cuya representatividad demanda para sí diferentes objetivos.

De tal manera que, para entender la condición de la mujer en nuestro país, es necesario tomar en cuenta que el papel de ésta resulta complejo, dado que para su comprensión han de explicarse, por lo menos, los principales elementos que conforman el contexto so-

ciocultural en que está inmersa. Podemos anotar que las ideas comunes y divergentes acerca del papel de la mujer mexicana, están estrechamente vinculados al tipo de ubicación, sector y clase a que pertenece.

## 1.2. PARTICIPACION LABORAL FEMENINA EN NUESTRO PAIS

México es uno de los países con tasas más bajas de participación femenina, en cuanto a la población económicamente activa (Barbieri, T. 1984), aunque el trabajo femenino ha tenido un creciente desarrollo en los últimos cincuenta años y no pueda ya considerarse marginal como en los años cincuenta, sí merece de un análisis más profundo, puesto que en los últimos seis años tal situación se ha visto agudizada, alcanzando niveles sin precedencia en la historia económica del país.

Si tomamos en cuenta que aún en esta década, somos un país subdesarrollado, tenemos que: de 27 millones 66 mil 84 personas que -- trabajan, sólo 6 millones 141 mil 287 son mujeres (Gaytán Cruz, Ernestina y López García, Guadalupe. 1988). Las principales actividades a las que se dedica la mujer son: 1 millón 409 mil 541 como no específica; 870 mil 730 oficinistas; 814 mil 943 trabajadoras domésticas; 731 mil 398 artesanas y obreras; 670 mil 20 como agricultoras y 491 mil 928 dedicadas a trabajos independientes.

La tasa de actividad femenina más elevada lo representa el grupo de mujeres cuyas edades corresponden de los 20 a los 24 años, en un porcentaje de 33.4%, le sigue el grupo de mujeres de 25 a 34 años, ocupando un porcentaje de 27.3%, siendo las solteras, viudas y divorciadas las que denotan mayor incorporación al trabajo remunerado (Bedolla P. y García Blanca Elba.(1988).

Elena Urrutia (1983), menciona el problema que enfrenta la mujer

que, después de haber laborado toda una jornada de trabajo fuera del hogar, retorna a casa y debe continuar con una segunda jornada de trabajo, el doméstico, con la excepción de que por desempeñar este último, no recibe pago económico alguno y muchas veces - ni siquiera reconocimiento moral. El trabajo desempeñado por la - mujer, en nuestra sociedad, no deja de ser considerado como algo secundario, temporal o complementario; como un modo de que la mu- jer pase el tiempo mientras se casa; o bien, como un elemento de equilibrio en la economía del hogar. Sin embargo, cabe mencionar que dada la situación actual de crisis económica del país, es cada vez más indispensable la aportación de la mujer en la economía del hogar, aunque no por ello justamente valorado.

Es evidente que el trabajo femenino bajo esta óptica, continúa observando una condición infravalorada y de segunda categoría, de tal manera que remunerarlo en menor escala que el de los hombres, no sólo afecta a las mujeres que viven solas, y que igualmente no cuentan con el apoyo de otra persona para sufragar a veces hasta las necesidades más urgentes; sino que también afecta a las muje- res que viven en familia y que son el único sostén de la misma. (Urrutia, Elena 1983).

Podemos anotar que al intensificarse la tecnología, se sitúa a las mujeres ha- cia condiciones menos productivas y marginales, así tenemos que la oferta feme- nina denota un crecimiento desmedido en comparación con las nuevas tecnologías, que prefieren la mano de obra masculina, por lo cual el trabajo femenino pre- senta menos demanda (Alvarez, Alfredo J. 1985).

Al respecto, T. de Barbieri, (1986), difiere al enfatizar que la participación femenina en el mercado laboral se ha incrementado, porque si bien, existe una tendencia a eliminar a las mujeres en ciertos empleos, estos mismos cambios -- tecnológicos han llegado a la redefinición de los puestos de trabajo y a la -- contratación de mujeres en tareas que desempeñaban los hombres; sin embargo, - es cierto que tales empleos se han devaluado en términos salariales y de pres- taciones sociales.

Con todo, los cambios de transformaciones ocurridos en el proceso

económico del país, han significado para muchas mujeres trabajadoras una mayor apertura, sobre todo en áreas cada vez más diversificadas; igualmente, su participación dentro de la población económicamente activa, en donde se observa una tendencia ascendente. Tenemos que, en 1950, el 13% representaba el total de mujeres trabajadoras, y en 1980 lo representa un porcentaje en 16%. (Gaytán Cruz, F. y López García, G. 1988).

Sin embargo, como lo anotan varios autores, entre ellos Alfredo J. Alvarez, (1985), en nuestro país puede considerarse que la mujer es un ser marginal que sólo muy lentamente ha ido incursionando en un mundo más justo a nivel laboral.

### 1.3. ASPECTO EDUCACIONAL DE LA MUJER EN MEXICO

Conviene aclarar antes que nada, que en el presente trabajo, el concepto de educación está referido a todos aquellos eventos o elementos que ocurren consciente o inconscientemente en la expresión o modificación de una persona o grupo, bajo el influjo sociocultural en que se está inmerso. (Novoa Cota, Víctor. 1982).—

En cuanto a la escolarización, tenemos que en nuestro país, existen 6.6 millones de personas mayores de 15 años consideradas analfabetas; de las cuales el 38% son varones y un 62% mujeres. La deserción escolar en México se da a un nivel primaria en un 13% en promedio; en secundaria en un 31% y en un nivel medio superior de 91%, de las cifras anotadas, la deserción femenina es siempre mayor a la masculina (Ramírez, Ignacio. 1982).

T. de Barbieri (1984), señala que en el aspecto educativo, las mujeres han demostrado históricamente un nivel siempre más bajo que el de los varones, en cuanto a grados de estudios alcanzados, así como una tasa mayor en cuanto a analfabetismo.

Es importante anotar que, según datos censales de 1980, señalados por Gaytán Cruz, E. y López García, G. (1988), sólo el 2.7% de las mujeres en México tienen estudios a nivel licenciatura, en tanto que un 14% no tiene grado alguno en cuanto a escolaridad. Sin embargo, actualmente más mujeres alcanzan niveles profesionales más elevados. Por ejemplo, en la Universidad Autónoma de México, UNAM, la población estudiantil compuesta por mujeres la constituyen, en 1960, un 16.9%, observándose un ascenso para 1969, cuyo porcentaje es de 22.4%, cabe anotar, sin embargo, que México como país latinoamericano, ocupa uno de los últimos sitios en cuanto a participación femenina respecto a educación superior, Alfredo J. Alvarez (1985).

La tradición, estructura heredada del pasado, enfatiza que en nuestra cultura, la mujer es un ser que no experimenta una necesidad educativa tan apremiante como el varón; y por otra parte la familia, tal y como permanece constituida, tampoco ejerce sobre ella una presión respecto a la continuidad y valoración justa de sus estudios. De hecho, el matrimonio, más que cualquier otro factor, es la causa principal de la deserción a nivel universitario por parte de la población femenina. (Alfredo J. Alvarez. 1985).

Erika Doring (1987), señala que además de la desocupación y el desempleo, problemas alarmantes a últimas fechas en nuestro país, las relaciones familiares continúan perpetuando el supuesto de que la máxima aspiración de la mujer, ha de encaminarse hacia la maternidad, el cuidado del cónyuge, los hijos y la casa, es decir: el matrimonio. Tal situación en la actualidad se torna anacrónica, ya que coloca a la mujer en condiciones injustas y devaluantes. Así, es común admitir que el papel de la mujer frente al varón, en la mayoría de las familias mexicanas es subsidiario, e igualmente no es de extrañarse que las posiciones directivas en espacios laborales no estén ocupadas por mujeres.

Tenemos pues, que la mujer que trabaja sin estudios medios como antecedente, generalmente lo hace como un mero paréntesis en su

vida antes del matrimonio. Cuando logra ingresar a una formación superior a nivel escolar, tiene en mente la idea de llegar a ejercer su profesión, sin embargo, también experimenta un gran sentimiento de culpa y frustración; puesto que se está apartando del supuesto fundamental en que ha estado inmersa: la mujer ha de formar una familia y cuidar de la misma; y por el otro lado la frustración de ver truncadas sus aspiraciones personales (Doring, E. 1987).

Para la mujer mexicana el tener acceso a la educación no supone necesariamente un elemento que la despoje de su situación infravalorada; si bien, puede llegar a obtener cierto reconocimiento por tal formación, el resultado ha sido innumerables ocasiones, el abaratamiento del tipo de actividad a que se dedica; la creciente parcialización de los procesos de trabajo denominados de maquila, llamados "trabajo negro", ha provocado una alta participación femenina en ocupaciones devaluantes para ella, ocupación que se realiza en su domicilio, o en talleres clandestinos o semiclandestinos (T. de Barbieri. 1986), así, su participación generalmente se relega y limita a puestos de menor categoría e inferioridad salarial. (Acosta MariClaire. 1976).

Retomando el aspecto de escolarización, podemos anotar que sí existe un aumento constante en el número de niñas inscritas en la escuela, también es cierto que se aprecia un aumento en las deserciones escolares, muchas veces sin siquiera haber concluido los niveles de instrucción elemental básica. Lo anterior obedece a que la inversión en la educación de la mujer, se considera un gasto relativamente inútil, dado que en una proporción elevada de ellas, se orientará tan sólo al cumplimiento de labores como ama de casa, esposa, madre; que no requieren de una formación general o profesional de ningún tipo (Novoa Cota, Víctor. 1982).

Resulta importante aclarar que, si gran parte de mujeres estudian carreras determinadas o específicas profesionales, no lo hacen porque tales carreras sean para mujeres, sino que obedecen a las

posibilidades de acceso en cuanto al mercado de trabajo, que será mayor que en otras profesiones. Son los intereses de las empresas las que obstaculizan y determinan el ingreso de las mujeres en -- tal o cual espacio laboral. (Doring E. 1987).

Por otra parte, como señala Alfredo J. Alvarez (1985), la mayoría de las mujeres que logran una preparación técnica superior o universitaria, enfrentan una situación no acorde a las potencialidades antes adquiridas por tales estudios, puesto que rara vez son remuneradas económicamente como empleadas y casi siempre resultan subempleadas.

Víctor Novoa Cota (1982) menciona que a menor instrucción de la - mujer, se presentarán una mayor incidencia de uniones precoces, - una mayor fertilidad y un índice de separaciones elevado. Tal situación se revierte en un agravamiento en las dificultades sociales y familiares de la mujer, lo que conlleva a que ésta se vea - obligada a la reincorporación de la producción en condiciones - - siempre desventajosas.

Si bien, la Constitución Mexicana marca como obligatoria, por lo menos, la instrucción primaria, es notoria la falta de recursos - que brinda el estado para lograr tal consigna. Podemos decir, que en nuestro país, la educación no goza en general de un lugar muy apreciado o valorado.

Bajo esta perspectiva, están latentes una frustración en las aspi raciones más elementales de toda mujer: la preparación intelec--- tual, la educación. Por lo mismo, no es de extrañarse una profunda insatisfacción en su vida personal.

#### 1.4. CONCEPTUALIZACION SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA EN MEXICO

Desde la infancia la mujer mexicana se desenvuelve en un ambiente donde la sexualidad presenta un carácter predominantemente informal, de aquí que la transmisión de normas, valores y creencias, sean generalmente el resultado del ejemplo y la imitación de lo observado. El aprendizaje sexual ocurre muy frecuentemente fuera de la familia y se da básicamente en los grupos de amigos o a través de los medios de comunicación; aprendizaje que casi siempre resulta incongruente con lo internalizado dentro del núcleo familiar. De tal manera, que en el así educado, perdura una concepción negativa, incompleta o distorsionada de la sexualidad. Bajo esta forma de educación sexual, todo tipo de intercambio verbal franco y abierto, queda excluido, motivo por el cual las posibilidades de cambio a nivel sociocultural quedan bloqueados, siendo que las normas y actitudes respecto a la sexualidad, bajo esta situación, tienden a perpetuarse (López J. Alfonso. 1982).

Podemos anotar que de alguna manera es verídico cuando se señala que "en nuestro medio, medularmente represivo, se ha educado a base de ocultamiento de la información. Esta ha sido una mala educación sexual, pero al fin y al cabo una forma de educar" (1).

Es importante señalar, que dentro de la familia mexicana, a la mujer desde el momento del nacimiento, se le asigna un sello de fracaso, por el hecho de no haber nacido varón, en el mejor de los casos tal acontecimiento es visto con tolerancia y resignación, pero muy pocas veces con exaltación. Incluso desde el inicio de la educación que se le da a la niña es bastante distinta de la de los niños, mientras que en éstos se propicia a la rebeldía, la agresión, la independencia, autosuficiencia, audacia; a las niñas se les marcan pautas para el despliegue de cualidades como: la ab

(1) Leal, Luisa Marfa. (1980). El Problema del Aborto en México. México.- Ed. Porrúa, S.A. Pág. 54.

negación, la docilidad, el autosacrificio por los demás, la sumisión, la seducción, etc., elementos que más tarde habrán de simbolizar su fragilidad y opresión. (Fernández, Rosa Ma. 1982).

Así, el comportamiento sexual de la mujer en nuestro país, se encuentra matizado por una ideología sexista, es decir, se le exige virginidad antes del matrimonio, recato, pudor, no tener iniciativa en sus relaciones de manera directa y abierta, se espera de ella fidelidad absoluta dentro del matrimonio (López J. Alfonso. 1982), tal ideología mantiene la idea de sumisión, haciendo creer que el papel central de su vida fundamentalmente, está en el complacencia del hombre. Creencia tradicional que la sitúa como objeto sexual y bien de consumo más que como ser sexuado. Tal situación le niega a la mujer toda capacidad intelectual, valorándole sólo su apariencia y por otra parte, presionándola a cuidar su cuerpo, esconder sus imperfecciones, estar a la moda, seguir regímenes de dietas absurdos, como un medio para seducir al hombre (Bedolla P. y García B. E. 1985).

La contradicción aparece cuando al mismo tiempo se le inculca a la mujer la idea de negar, temer y avergonzarse de su sexualidad bajo el supuesto de que debe evitar gozarla y dedicarla únicamente a la procreación, impidiéndole igualmente tanto la libertad sexual, como el control de su propio cuerpo, bajo una rígida y anacrónica transmisión de normas y principios morales y religiosos (Gantier González, M. 1982).

La situación antes descrita, señala Monroy, Z.M. (1979), provoca sentimientos de culpa de la mujer ante la sexualidad, de manera que independientemente de que se le vea como reproductora o como objeto de placer, su posición de inferioridad, de receptora y dadora de goce, se mantiene, pues en función del hombre despliega tales conductas.

Ahora bien, en nuestra cultura siempre ha concedido al sexo masculino mayor libertad sexual que al femenino, basándose en la su---

puesta naturaleza biológica respectiva; situación que ha desembocado en la denominada doble moral, citada por innumerables autores, entre ellos, Ma. del Carmen Berea (1984); donde se enfatiza una mayor permisividad el varón en materia de sexo y una mayor restrictividad para la mujer.

Bajo estas condiciones, la mujer ha tenido que luchar constantemente contra prejuicios muy arraigados, ya que en nuestra sociedad la diferencia entre sexos y la discriminación en los papeles asignados a la mujer es una realidad, cuyas raíces parecen cimentarse fuertemente en la cultura tradicional; estereotipos que niegan el goce sexual, que sólo es legítimo para el hombre; así, el cuerpo de la mujer está a merced del deseo masculino, lo que ocasiona profundos conflictos en los que ellas deben llevar el peso de la subordinación que rige en nuestra sociedad (Barbieri, T. -- 1986). Podemos anotar que, tanto los hombres como las mujeres, -- han ido manteniendo tal situación y actitudes hacia la sexualidad, posponiendo así, una mayor y más sana confrontación con la realidad.

Si bien, como señala Santiago Ramírez (1986), en México existe -- una atmósfera que gira alrededor de la imagen de la mujer; la realidad, desde un punto de vista sexual, indica que el hombre es -- quien detenta poder y recursos negados a éstas. Igualmente tiene el privilegio de ser servido por la mujer. Por su parte "La niña es educada en el recato y la evasión de todos y cada uno de los -- tópicos sexuales" (2). Cuando llega a la edad adulta, lo hace con miedo a la sexualidad, puesto que así se le ha inculcado desde pequeña; dentro del matrimonio su vida sexual es pobre, "la mujer -- acepta pasivamente este papel, en el que le está vedada la sexualidad y se le premia la procreación" (3). En nuestra cultura, se vive pues, una relación fundamental con la madre a causa de un pa

(2) Ramírez, Santiago. (1986). Infancia es Destino. México. Siglo Veintiuno Editores. Pag. 26.

(3) Ibid. Pág. 24.

dre ausente; la madre abandonada, frustrada, encontrará en la procreación y dedicación a los hijos el camino reparativo a las limitaciones en la relación con su pareja.

Mailer Silverman (1982), señala que en la mujer mexicana es común la falta de información sexual durante la pubertad y la adolescencia, observación que se evidencia en la escasa información sobre la menstruación; cabe anotar que el mensaje familiar respecto a la sexualidad femenina, se transmite en forma insegura, inhibidamente, con resignación y muchas veces como tabú. Por otra parte, afirma esta autora, que lo femenino es devaluado y lo masculino sobreevaluado. "El ser mujer es ser objeto y el valor del objeto no reside en el intelecto y el logro profesional, sino en la virginidad, la pureza y la belleza" (4).

En el mismo plano de la sexualidad, y a pesar de que aparentemente la situación de la mujer ha mejorado, existe una contraparte que requiere de un mayor y más profundo análisis. Si bien, en la actualidad las relaciones sexuales van adquiriendo cierta autonomía y tienden a perder su carácter de rigidez y trascendencia por el uso de contraceptivos, puesto que permiten a la mujer una mayor seguridad en el control de la fecundidad, tenemos que, a medida que las mujeres adquieren características antes sólo adjudicadas al rol masculino, el hombre teme por estereotipos machistas y el rol sociosexual que juega (Marie Langer. 1983).

Podemos señalar que si han ocurrido cambios en el papel de las mujeres en nuestro país, éstos han ocurrido a nivel de la clase media, donde actualmente empieza a observarse un cambio de normas y valores, mismos que tienden a una mayor equidad en la distribución de roles y a una mayor participación de la mujer en la toma de decisiones. Probablemente lo anterior pueda ser atribuido a un

(4) Mailer Silverman, Susan. (1982). Algunos Efectos del Aborto en la Mujer. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM, Pág. 146.

interés cada vez mayor por parte de la mujer, en cuanto a la instrucción y a un desempeño en áreas que requieren precisamente de una mayor formación académica e intelectual (Ramírez, Ignacio. -- 1982).

Es importante mencionar que si algunas mujeres han logrado sustraerse ante situaciones llenas de dificultades y que con posibilidades y recursos se han ido integrando a actividades productivas, - resulta también innegable el hecho de que en nuestra sociedad - - existen aún grandes sectores donde continúa la marginación y devaluación de la mujer (Ramírez, Ignacio. 1982).

De tal manera que la mujer en el medio rural mexicano, aparte de verse afectada por un medio insalubre y deficiente en alimenta---ción, carece de medios para tener acceso a una educación, sobre todo a nivel sexual, misma que se presenta matizada de creencias erróneas y mal fundamentadas; donde parecen prevalecer patrones - de conducta tradicionales, que convierten a la maternidad en una condena muchas veces ineludible, misma que por su obligatoriedad no toma en consideración a gran parte de factores, principalmente económicos, agravando la situación de tales mujeres, tanto física como emocionalmente (MariClaire Acosta. 1976).

Sin embargo, como afirma Alaide Foppa, citada en el libro de E. - Urrutia, no será posible mejorar la condición de la mujer cuando también la mayoría de los hombres aún no son libres. "No puede en contrarse armonía en la miseria, el equilibrio en la ignorancia y la concordia en la enajenación, en la falta de los más elementa--les bienes de la existencia; en tales condiciones, ni la mujer es capaz de librarse de su esclavitud, ni el hombre de su pobre des--potismo". (5)

(5) Alaide Foppa (1980). Feminismo y Liberación. En: Imagen y Realidad de la Mujer. México. Ed. SEP-SETENTAS-DIANA. Pág. 101.

**C A P I T U L O**

**2**

**DEPRESION Y ABORTO**

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

León Grinberg.

## 2.1 DIFICULTADES EN TORNO A LA PRECISION DEL CONCEPTO DE DEPRESION

No pocos autores han considerado que la depresión aparece con el hombre, es decir que es tan remota como él, constituyendo así una faceta intrínseca de la condición humana, y por lo tanto, una experiencia universal.

Si bien existen innumerables teorías que han propuesto explicaciones sobre la génesis y manifestación del fenómeno depresivo, podemos considerar que en la actualidad, y específicamente en nuestro país, se conocen pocas investigaciones al binomio: depresión-aborto; es decir a la resonancia psicológica de la abortante en relación a los elementos que subyacen en todo cuadro caracterizado como depresión.

Así, el presente capítulo pretende examinar y describir a la depresión clínica, destacando sólo a aquellos autores cuyo enfoque teórico representa interés para el presente estudio.

Por otra parte, el concepto de depresión se ha usado de múltiples formas y con muy diversos sentidos, acarreado así una confusión muy notable.

Dentro de la corriente Psicodinámica, Bellak y Small (1986), señalan que en la literatura abundan los intentos por establecer las diferentes variedades de depresión: la depresión endógena de la -

reactiva, la depresión psicótica de la neurótica, etc. Y mencionan la probabilidad de que dinámicamente no existan tales diferencias entre las varias formas de depresión, excepto en los grados de intensidad, en los grados de presencia, en el deterioro del Yo, en los grados de regresión que acompañan a la depresión, y en las variaciones respecto a la observación de los factores precipitantes.

Ahora bien, conviene aclarar que los términos más comúnmente usados en la práctica clínica, dentro de la corriente psicodinámica, son los relativos a las denominadas depresión reactiva y depresión endógena.

Por depresión reactiva se entiende el estado depresivo que sufre en asociación con estados de tensión y ansiedad en individuos predisuestos; el factor precipitante puede ser de origen constitucional o psicodinámico. Gutheil (1959) citado por Mendels (1982), define a la depresión reactiva como un sentimiento agudo de desaliento y tristeza, de intensidad y duración variables. Se trata pues, de una respuesta subjetiva en grado sumo, no de una enfermedad, sino de una reacción, de una respuesta a situaciones de fracaso y decepción. Si la reacción ante el dolor o la pérdida llega a ser exagerada o intensa, puede desembocar en una situación patológica. De tal manera que deben considerarse en consecuencia cuáles son las condiciones que pueden predisponer al individuo a esta clase de respuesta y la naturaleza de los factores que la precipitan.

Por otra parte, la depresión endógena, tal como concibe Gillespie, citado por Aguilar Ma. Norma y Patak Esther (1983), constituye -- una tendencia a reaccionar a factores cuyas causas son internas. Algunos casos de depresión, según mencionan, se desarrollan independientemente de cualquier influencia favorable del medio ambiente. La etiología de la depresión endógena se ha atribuido a -- agentes bioquímicos, tóxicos, a factores hormonales o a alteraciones metabólicas. Se considera la autonomía de los estímulos del medio

ambiente como una característica fundamental de la depresión endógena.

Al respecto Fenichel, (1945), citado por Bellak y Small (1986), señala que no tiene ventaja alguna el distinguir entre depresiones de tal o cual denominación, ya que debe considerarse que tal esfuerzo pasa por alto la operación del inconsciente. En todo caso, puede considerarse que toda depresión es, en cierto modo, reactiva; aunque la causa que la provoque no sea aparente siempre. En términos de sintomatología, existe una tendencia a culpar al medio ambiente de la condición por la que se atraviesa. Es posible que la diferencia sea más cuantitativa que realmente cualitativa.

Otras dificultades en torno a la conceptualización de la depresión están señaladas por Aguilar Ma. Norma y Patak Esther (1983), quienes mencionan que la dificultad para definir el término de depresión estriba en su carácter semántico, ya que el término se utiliza tanto para designar a un tipo particular de sentimiento, como a un síndrome.

Por otra parte, Mendels (1982), menciona que son muchas las teorías que proponen explicaciones sobre las causas de la depresión patológica y considera a éstas dentro de dos grandes grupos: "Los que afirman que la depresión es primariamente una perturbación del estado de ánimo, es decir, un trastorno afectivo, y los que sostienen que la depresión es primariamente un trastorno cognocitivo, a saber, una perturbación en el proceso mental". (6).

El Psiquiatra, Dr. Ramón de la Fuente (1975), establece que "Depresión es la expresión común de una variedad de proceso que pueden iniciarse a nivel orgánico o psicosocial y que posiblemente comparten un mismo sustrato" (7). Así, la confu-

- (6) Mendels, Joseph (1982) La Depresión. Barcelona, España, Ed. Hender, Pág. 75.
- (7) De la Fuente, Ramón (1975). Papel de la Depresión en la Patología Humana. (DIRS) Neurobiología de la Conducta Humana. Méx. Simposio Svntex. Pág. 75.

sión entre depresión y otros estados de ánimo, patológicos o no, tales como la tristeza, el pesimismo o el aburrimiento, tiene consecuencias para el enfermo. Menciona que el reconocimiento y el manejo adecuado de la depresión influyen sustancialmente en la clase de medicina que se practique. La ocurrencia de la depresión, las formas en las cuales el abatimiento del afecto queda encubierto por otras manifestaciones somáticas y conductuales, pueden desviar la atención del médico y del enfermo, dificultando su reconocimiento y su manejo.

León Grinberg (1983), considera que tanto la depresión como la angustia son expresiones altamente significativas dentro de los conflictos de la personalidad, y que muchas veces tienden a confundirse entre sí.

Motivo por el cual conviene precisar cada uno de estos estados, ya que en determinadas circunstancias llegan a coexistir en el individuo perturbado emocionalmente. Así, la angustia provoca esencialmente una reacción frente al peligro, el Yo evidencia su deseo de sobrevivir y se prepara para la lucha o para la hufda si ello es necesario. En la depresión por el contrario el Yo se paraliza, porque se siente incapáz de enfrentar el peligro. El deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir. La depresión se manifiesta por apatía, tristeza, decaimiento moral y ffisico con sensaciones de impotencia y desesperanza. Otra notable diferencia estriba en cuanto a la noción temporal, "La angustia está relacionada más con el futuro, porque es la respuesta frente a un peligro que puede acaecerle al individuo. La depresión suele ser consecuencia de experiencias ya pasadas" (8).

Una de las aportaciones más importantes respecto a la conceptualización de la depresión, está sustentada desde un enfoque psicoanalítico. Hugo B. Bleichmar (1986), menciona que el equiparar el sindrome (depresivo) con uno de sus síntomas, representa una la---

(8) Grinberg, L. (1983). Culpa y Depresión. Madrid, España, Alianza Editorial. Pág. 67.

mentable confusión terminológica. Designar a la depresión por la presencia de elementos tales como la tristeza, el autorreproche, la inhibición psicomotora, el pesimismo, etcétera. Se supone que el estudio de las unidades que integran un sistema no debe involucrar la anulación del análisis de la articulación de los mismos; es necesario que delimitar tales unidades de análisis sea una tarea simultánea al descubrimiento de su articulación. Copresencia en un síndrome no implica obligatoriamente causalidad.

Por otro lado, el referir a la depresión en forma singular, es decir, como si fuera una entidad única, supone invalidar la diversidad de asignaciones que ha recibido, tales como: depresión reactiva, endógena, unipolar, bipolar, neurótica, psicótica, analítica, etc.

Ante tales dificultades, resulta conveniente -anota este autor- el tratar de precisar cuál es el denominador común de todas las asignaciones, es decir, la esencia del fenómeno depresivo. Abordar este problema requiere pues, recorrer los usos del término, ver a qué fenómeno se designa como depresión y luego detectar lo que hay de común en todos ellos.

Toda definición de la depresión deberá sentarse sobre un doble pilar: el afecto tristeza y cierto tipo de ideas, entendiendo por tristeza: "El abanico de estados en que el dolor psíquico se desencadena por la significación que una situación determinada tiene para el sujeto" (9).

Si bien, la precisión del concepto de depresión, supone la integración de: por una parte el afecto tristeza y por otra, cierto tipo de ideas; debe quedar asentado que los afectos y las ideas forman estructuras, es decir, "Organizaciones más o menos estables en donde la presencia de determinadas ideas inciden en la emergencia de reacciones emocionales que le corresponden específicamente".

(9) B. Bleichmar, Hubo. (1986). La Depresión: Un Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires, Argentina, Ed. Nueva Visión. Pág. 15.

camente" (10).

Finalmente, Bleichmar enfatiza la postura del Psicoanálisis actual, frente al concepto de depresión: "La representación de un deseo como irrealizable, deseo al cual se está intensamente fijado, constituye pues el contenido del pensamiento del depresivo, más allá de las formas particulares que tenga" (11).

(10) B. Bleichmar, Hugo (1986). La Depresión: Un Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires. Argentina, Ed. Nueva Visión. Pág. 29.

(11) Ibid. Pág. 35.

## 2.2 LA TEORIA PSICOANALITICA COMO FUNDAMENTO EN EL ESTUDIO DEL BINOMIO: DEPRESION-ABORTO

El enfoque teórico aquí presentado, no cierra el paso a la exploración de la depresión bajo otros aspectos, sin embargo, los autores aquí considerados representan el campo más próximo al presente estudio, es decir, indagar el papel que desempeñan los elementos subyacentes en todo cuadro depresivo frente a la experiencia abortiva.

La exposición teórica de los autores que siguen, obedece a una mera cronología y al año de publicación de sus obras; de tal manera que, si bien, Freud es considerado como el fundador de la Teoría Psicoanalítica, fue, antes que él, Karl Abraham el primero en -- publicar y aplicar sistemáticamente el Método Psicoanalítico al -- tratamiento de las denominadas Psicosis Circulares, basado en sus "Notas Sobre la Investigación y Tratamiento Psicoanalítico de la Locura Maniaco-Depresiva y Condiciones Asociadas". Aclarando lo -- anterior, se justifica por qué en el presente trabajo, este autor antecede a Freud, quien por su parte, fue hasta 1916-1917, cuando publicó su escrito sobre Duelo y Melancolía.

### 2.2.1 KARL ABRAHAM

Abraham (1911), citado por Frieda Fromm-Reichmann, expuso en su -- teoría sobre la investigación de los estados maniaco-depresivos, su concepción sobre la depresión, anotando que: la regresión al -- nivel del desarrollo libidinal, ocasiona los rasgos típicos de im paciencia, envidia, aumento de egocentrismo y una intensa ambivalencia; la capacidad de amar se encuentra paralizada y conduce a sentimientos de empobrecimiento, así el estupor representa una -- forma de morir. Este autor establece una diferencia entre pesadum bre y depresión, afirmando que la persona que vive en duelo está

conscientemente preocupada por la pérdida de algo o alguien, mientras que en el depresivo, los sentimientos de pérdida lo tienen dominado junto con la culpa o baja autoestimación. En la depresión, señala, existe hostilidad hacia sí mismo, que (real o imaginariamente) está dirigida hacia la persona perdida.

Posteriormente, los postulados antes mencionados, incluyeron que las dificultades ocurridas en el transcurso del desarrollo infantil, tales como la pérdida de amor en el niño, pueden ocasionar una fijación en el estadio oral, con una exageración del erotismo oral, esto implica que no sólo una dependencia característica con relación a las fuentes de satisfacción oral directa, sino también una dependencia general respecto a las personas y de los acontecimientos para proveerse de gratificaciones afectivas. Así tenemos que una recapitulación (simbólica) de la pérdida en la infancia, puede conducir a una reacción depresiva en épocas más tardías de la vida adulta.

### 2.2.2 SIGMUND FREUD

Puede considerarse que a partir de Freud, las depresiones representan reacciones causadas por pérdidas y separaciones. En su artículo, denominado Duelo y Melancolía (1916-1917), estableció las bases teóricas fundamentales a la fecha dentro del campo psicoanalítico, sobre el tema de la depresión.

Freud, citado por Mendels (1982), señala que el origen de una depresión puede encontrarse en alguna etapa crucial del desarrollo temprano, en donde la ausencia de amor y de apoyo por parte de una figura significativa (por lo general alguno de los padres), funciona como pérdida, aunque ésta pueda ser simbólica y no reconocida como tal.

Frieda Fromm-Reichmann (1973), considera, apoyándose en la concep

ción propuesta por Freud, que "La pérdida de un objeto amoroso -- suscita las penas del duelo, estableciéndose una brecha entre el apego y desapego libidinal, ante el amor y el odio" (12). Es importante señalar que, en la depresión, la pérdida puede estar representada por una separación, una decepción o una frustración, elementos que para efectos de nuestro estudio, están presentes en todo aborto, ya sea inducido o espontáneo.

Freud (1917), en Duelo y Melancolía, menciona que la esencia de la melancolía puede ser comparada con el duelo, afecto normal paralelo a ella, y a medida que profundizó en el estudio de tales conceptos, fue delimitando la diferencias entre ellos. Así, pudo luego enfatizar que el duelo es por lo general la reacción a la pérdida, de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.; sin embargo, bajo estas mismas circunstancias, pueden surgir, ante la pérdida, una predisposición a la melancolía, estado emocional más severo que la aflicción al duelo.

"La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo, profundamente doloroso, una sensación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones de que el sujeto se hace objeto a sí mismo y que en grado severo pueden llevarlo a una delirante espera de castigo". (13).

Una diferencia fundamental entre el duelo y la melancolía, estriba precisamente en cuanto a la perturbación del amor propio, que junto con la sensación del interés por el mundo exterior, enfatizan lo característico de la depresión en su fase de melancolía. Así, cuando la realidad muestra que el sujeto amado no existe más,

(12) Fromm-Reichmann, F. (1973) Psicoterapia Intensiva en los Maniaco-Depresivos. Buenos Aires, Argentina. E. Hormé. Pág.48.

(13) Freud, S. (1916-17) Duelo y Melancolía en Obras Completas. - Tomo II. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, Esp.(1973) P.2091.

y reclama que la libido retire todas sus conexiones hacia él, se presenta una intensa resistencia; Freud (1917), anotó que esta -- transacción frente al mandato impuesto por la realidad, no es fácil de llevar a cabo. Lo doloroso y lento que resulta este proceso, representa igualmente serias dificultades en su comprensión.

Es importante mencionar que, en el duelo, el mundo aparece desiertito y empobrecido ante los ojos del sujeto. En la melancolía la -- pérdida tiene un carácter más ideal que real, el deprimido sabe, quién o qué ha perdido, pero no lo que con él ha perdido. Así, en el melancólico sobresale el descontento con el propio Yo, sobre -- todas las demás críticas posibles, Freud lo señala cuando dice: -- "La pérdida del objeto se transforma en la pérdida del YO. La sombra del objeto, invade, cae sobre el YO" (14).

Por otra parte, la ambivalencia juega un papel importante en el -- fenómeno depresivo; se presenta en forma de combates alrededor -- del objeto, enfrentamientos en los que el amor y el odio luchan -- entre sí, el primero para mantenerse ligado a la libido del objeto, y el segundo para evitarlo, tales enfrentamientos se desarrollan a nivel inconsciente, (Freud, 1917).

Otra característica respecto a la melancolía, se refiere a la tendencia que tiene de transformarse en manía, o sea en un estado -- sintomáticamente opuesto. Sin embargo, no siempre ocurre tal transformación, algunas veces no pasan de repeticiones o recaídas periódicas, y otras cuanto más se presentan ligerísimos matices de manía.

Podemos concluir que para Freud (1917), el comportamiento depresivo en su fase severa, es decir en la melancolía, supone la presencia de tres premisas: "La pérdida del objeto, la presencia de ambivalencia y la regresión de la libido al YO" (15).

(14) Freud, S. (1916-17) Duelo y Melancolía en Obras Completas. -- Tomo II. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, Esp. (1973) P.2095.

(15) Fenichel, O (1957) Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Argentina. Ed. Paidós (1979). P. 440.

## 2.2.3 OTTO FENICHEL

Este autor enfatiza el papel de la autoestima como fundamento de la génesis y manifestación de la depresión. Mencionando que ésta se presenta de alguna manera en casi todas las neurosis; en su forma más simple, bajo la expresión de sentimientos neuróticos de inferioridad y en su forma más compleja en el angustioso estado psicótico de la melancolía. Fenichel (1979).

Cuando este autor analiza la fenomenología de la depresión, encuentra que en primer plano existe una pérdida más o menos grande de autoestima. Si la pérdida de autoestima se atribuye a una pérdida de suministros externos, se puede decir que el mundo está vacío y lo ha perdido todo; pero si la pérdida se atribuye al suministro cuyos elementos pertenecen al superyó, se dirá que ya que no es merecedor de nada, lo ha perdido todo.

Las depresiones siempre comienzan con una intensificación de las necesidades narcisísticas, es decir, con la sensación "Nadie me quiere", de tal manera que la hostilidad hacia los objetos frustradores, se transforma en hostilidad hacia el propio Yo. Este odio a sí mismo se presenta bajo la forma de un sentimiento de culpa, es decir, una discordia entre el yo y el superyó. Fenichel (1979).

Así, podemos constatar que una persona fijada al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a ese estado, tendrá la necesidad vital de tales suministros. Igual, si sus necesidades narcisísticas no son satisfechas, su autoestima descenderá hasta niveles de extremo peligro. Fenichel (1979).

Este autor señala que una prolongada privación o frustración de lo gratificador, harán que la persona deprimida tienda a la apatía, tornándose lenta y con carencia de interés hacia todo, puede

mos concluir diciendo que: "Las depresiones neuróticas representan intentos desesperados de obligar a un objeto a conceder los suministros vitalmente necesarios; mientras que en las depresiones psicóticas, una pérdida efectiva y completa, ya se ha producido realmente, y los intentos de regulación se dirigen exclusivamente al superyó" (16).

#### 2.2.4 E. BIBRING

Eduard Bibring, junto con O. Fenichel, sostienen un punto de vista similar respecto a la fenomenología de la depresión, dentro de la teoría psicoanalítica; ambos señalan que ésta obedece a un descenso en la autoestima.

Este autor reúne lo que él considera todos los rasgos que tienen en común las diferentes clases de depresión, y señala que el factor común se encuentra en la disminución de la autoestima, la pérdida del amor propio, que en grados tales como la melancolía puede intensificarse hasta el odio a sí mismo. Establece también una comparación entre la depresión con algunos estados de despersonalización y de tedio, así como en agotamiento de la provisión narcisista de amor propio; puede señalarse que la persona moderadamente deprimida está menos inclinada a matarse que a dejarse morir. (Bibring, citado por Frieda Fromm-Reichmann, 1973).

En sus estudios sobre la depresión, destaca que las experiencias iniciales en la infancia pueden contribuir a la predisposición en cuando a la depresión en la vida adulta, es decir, la depresión puede ser el resultado de la frustración de las expectativas conscientes. Afirma este autor que "La expresión emotiva de un estado de desamparo y de impotencia del yo, sin consideración de lo que pueda haber causado la rotura de los mecanismos que establecen la

(16) Fenichel, O. (1957) Teoría Psicoanalítica de la Neurosis. Argentina. Ed. Paidós (1979). Pág. 438.

autoestimación, constituyen la esencia de esta situación" (17).

Para Bibring, citado por Bellak y Small (1986), la pérdida de autoestima procede generalmente a la pérdida real o imaginaria de una posición, una función, una capacidad o un afecto. En la constelación del depresivo es característicamente típico un severo superyó. Así, el deprimido siente intensamente una gran hostilidad pero no puede expresarla en dirección del objeto o situación que la ha provocado, y por tanto, puede propender a dirigirla hacia sí mismo; por tal razón uno de los rasgos principales de la depresión se manifiesta en la intra-agresión.

#### 2.2.5 MELANIE KLEIN

En su obra M. Klein (1948), citada por Mendels, establece que la base de la depresión se forma desde el primer año de vida. Para ella, la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos y por consiguiente existe, como éstos, desde el principio de la vida. De este modo, para cada pulsión instintiva, hay una fantasía que le corresponde.

Así, lo primero que distingue al niño son las situaciones u objetos que le producen placer, diferenciándolos de los que le provocan dolor. Pronto comienza a dividir el mundo en dos clases de objetos: buenos y malos, aunque tales eventos puedan guardar poca relación con la realidad, él confunde, en esta etapa, las causas físicas con los efectos psicológicos. La leche y el pecho son malos si en alguna forma lo frustran; son buenos, por el contrario, cuando él se siente bien y ha sido gratificado por ellos.

Cuando siente rabia y agresión hacia los objetos malos, cree que su rabia es lo que ha provocado su maldad, lo que conduce a inten

(17) Mendels, J. (1982) La Depresión. Barcelona, España. Ed. Herder. Pág. 80.

sos sentimientos de culpa inconsciente. Puede también sentirse omnipotente y suponer que puede controlar todas las cosas fuera de él. En esta primera etapa el niño experimenta impresiones y sensaciones que lo son delegadas por sus propias fantasías, mismas que se mantienen unidas a sus sensaciones tanto corporales como afectivas. De lo anterior, se deduce que "Lo deseado es satisfecho -- alucinatoriamente cuando no se logra en la realidad" (18).

Las aportaciones de M. Klein (1984), están apoyadas por sus profundas observaciones realizadas en su trabajo con niños, en donde pudo establecer que el origen del superyó era mucho más temprano de lo que sostenía Freud. Para lo cual se basó en la introyección que se hace de los objetos parciales -el pecho de la madre-, al cual el bebé atribuye poderes extremos de bondad y de maldad, que otorga placer y protección, o causa dolor y persecución. Klein -- llegó a la conclusión de que la ansiedad depresiva, está estrechamente ligada con el sentimiento de culpa y con la tendencia a la reparación, es decir, desde una etapa muy temprana puede hablarse sobre grados de síntesis frente al amor y al odio en relación a los objetos. El surgimiento de los primeros sentimientos de culpa representa lo que posteriormente será la conciencia o el superyó.

La depresión severa, expresa un desesperado pedido de amor, causados por la pérdida de la seguridad material o afectiva, un proceso expiatorio de autocastigo, para reconciliarse con la imagen -- gratificante y recuperarla. La ansiedad depresiva es una ansiedad invadida por la culpa, que denota la necesidad de preservar a un objeto bueno, con la tendencia a hacer correcciones; aunque esto se dé dentro de una reparación mágica.

Para Klein, citada por Frieda Fromm-Reichmann (1973), "Un exceso de ansiedad depresiva, sin una experiencia satisfactoria de reparación, producirá una fijación en la posición depresiva. A esta posición regresará el adulto siempre que experiencias frustrado--

(18) Grinberg, L. (1983). Culpa y Depresión. España. Alianza. Ed. Pag. 35.

ras de la vida pesen de tal modo sobre su función integradora, -- que una solución creadora del conflicto se demuestra imposible" - (19).

#### 2.2.6 LEON GRINBERG

L. Grinberg (1983), destaca especialmente que la depresión es una reacción de emergencia frente a una situación crítica por la que atraviesa el individuo. De igual manera señala que entre los "síntomas en que se manifiesta todo cuadro depresivo están: tristeza, apatía, disminución en mayor o en menor grado de la autoestima, - sensación de empobrecimiento o vaciamiento, fatiga, anorexia, insomnio, etc." (20).

En la depresión, el grado de impotencia y desesperanza, experimentados en el Yo, tienen como finalidad, recuperar al objeto y repararlo, así como repararse a sí mismo para superar la situación en que se encuentra. Grinberg (1983), menciona que la culpa es a la vez la causa y el síntoma fundamental de la depresión.

Tenemos pues que para este autor, la depresión supone una serie - de ataques reales o fantaseados dirigidos por el Yo contra los demás, y entonces, en cuanto a temporalidad, ha de suponerse que la depresión suele ser consecuencia sólo de experiencias pasadas. -- "Al conjunto de sentimientos dolorosos e ideas concomitantes con las que el individuo responde a experiencias de pérdida o frustración de ciertas aspiraciones; así como el duelo por la pérdida de un ser querido y al duelo por las partes perdidas del Yo involu-

(19) Fromm-Reichmann, F. (1973) Psicoterapia Intensiva en los Maníaco-Depresivos. Argentina. Editorial Hormé. Pág. 64

(20) Grinberg, L. (1983) Culpa y Depresión. Madrid, España. Alianza Ed. Pág. 74.

cradas en la pérdida" (21), enmarcan lo que para L. Grinberg definen a la depresión. De la misma manera él considera que es importante señalar cómo la depresión funciona además como una defensa contra la tendencia a la desconexión total.

#### 2.2.7 H. B. BLEICHMAR

Señala lo importante que es aclarar que el descenso en la autoestima, teoría propuesta por Fenichel (1957) y por Bibring (1959) o el conceptualizar a la depresión como la consecuencia de los impulsos agresivos teoría sustentadas por M. Klein (1964), no son suficientes para explicar toda la articulación y sentido de lo que se consideran elementos subyacentes a la depresión. De tal manera que el elemento unificador, frente a estas dificultades, ha de hallarse en el de la estructura del deseo, formulación extensamente trabajada por los lacanianos.

Hegel, en su tratado "La Fenomenología del Espíritu", citado por Bleichmar (1986), menciona que la marca esencial del deseo humano es que no es deseo de una cosa por el valor de la cosa en sí misma, sino que se puede desear algo por el valor que ese algo tiene para otro sujeto, que es en última instancia, el verdadero objeto de deseo para el sujeto.

El deseo es deseo de otro; algo se convierte en deseable y su logro produce júbilo por la identificación que se tiene con la persona que constituye un objeto libidinal. Se desea aquello que es deseado por el otro, se desea a imagen y semejanza del otro, porque "No sólo se desea una cosa concreta. sino que también se desea ser objeto del deseo del otro, se termina deseando lo que el otro desea". (22).

(21) Grinberg, L. (1983) Culpa y Depresión, Madrid España, Alianza Ed. Pág. 14-14.

(22) Bleichmar, H.B. (1986) La Depresión: Un Estudio Psicoanalítico co. Argentina. Ed. Nueva Visión. Pág. 20.

De esta manera, cuando el otro es interiorizado y los deseos del personaje significativo se convierten en ideales que el sujeto aspira a satisfacer la demanda tendrá la calidad, el peso del superyo que, o bien lo puede amar o por el contrario, reprobar. (Lacache, 1962).

Bajo este ámbito, resulta comprensible que en el aborto, sobre todo en el inducido, la pérdida va más allá de la extracción del feto, situación que, sin embargo, para muchas mujeres constituye un alivio, la pérdida involucra el hecho de trasgredir una norma, un acto enmarcado en la censura y el rechazo social, donde la mujer afronta un contradeseo, aborta bajo la amenaza de truncar la imagen ideal de sí misma, y se halla, no obstante, precisada a vivir tal trasgresión bajo riesgo de no mantener ya más la adecuación - ante sí misma y ante los demás, razón por la cual la pérdida en la depresión puede provocar cualquier manifestación sintomática: culpa, tristeza, inhibición, etc.

Así tenemos que lo fundamental en la depresión, estriba en que -- "La representación de un deseo irrealizable y al cual se está intensamente fijado, constituyen el contenido del pensamiento del depresivo, más allá de las formas particulares que tenga" (23).

Así lo considera también Fairbairn (1962), cuando señala que la depresión es la reacción ante la pérdida del objeto libidinal, donde dicha pérdida será la condición de emergencia de un estado en el que el deseo se representa como irrealizable.

Bajo estos enfoques podemos constatar que el fenómeno depresivo - queda enmarcado en una serie de modalidades cuya esencia es la -- reacción frente a la estructura del deseo.

(23) Bleichmar, H.B. (1986) La Depresión: Un Estudio Psicoanalítico. Argentina, Editorial Nueva Visión. Pág. 35.

### 2.3 ALGUNAS INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MEXICO CUYOS AUTORES ENFATIZAN EL PAPEL DE LA DEPRESION EN EL ABORTO

Entre las escasas investigaciones realizadas en nuestro país en torno al papel de la depresión en el aborto, se expondrán a continuación, sólo las consideradas como más relevantes. Los autores que sustentan tales investigaciones pertenecen en su totalidad a la Facultad de Psicología de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México).

En el "Estudio Comparativo de Algunas Reacciones Psicológicas en Mujeres de Aborto Espontáneo y Mujeres de Parto a Término", realizado por Mónica Vergara (1979), se comparó a un grupo de mujeres que había tenido un parto exitoso, con un grupo de mujeres que tuvieron un aborto espontáneo; la autora no encontró diferencias significativas entre ambos grupos. Los rasgos depresivos aparecieron en ambos grupos a pesar del control metodológico sobre una gran cantidad de variables de las sujetos en estudio. Debido a tales circunstancias, la autora concluye que no es únicamente la situación de aborto espontáneo, ni las condiciones de vida de las sujetos; ni las condiciones que giran en torno al parto, las causas de la aparición de rasgos depresivos, y propone como hipótesis -- abierta a la comprobación, que las condiciones o cambios hormonales durante el embarazo, sean probablemente el punto de partida de la aparición de dichos rasgos.

La tesis propuesta por Leonor de Lille F. (1978), denominada "El Aborto desde un Punto de Vista Psicoanalítico", argumenta que, -- abortar, es haber permitido la fantasía y la concretización de dar a luz a un hijo y al no lograrlo, o impedir este nacimiento, trae como significado el matar la posibilidad del nacimiento del fruto y también de partes de la madre, tanto corporales, como psicológicos.

Existe además toda una tradición en nuestra sociedad, agrega esta autora, que imprime un dolor adicional al que de hecho puede representar y traer consigo el aborto en sí. Pues la maternidad se considera como un evento altamente mitificado, motivo por el cual el aborto se vive como un crimen físico y moral, frente al cual, la sociedad de alguna manera impone un castigo también físico y moral a través de la censura y el rechazo.

En la citada tesis se afirma que en general, el aborto, aparte de representar un trauma y un síntoma de conflictos no resueltos, -- significa un fracaso con un grado de importancia valorativo variable, de acuerdo al caso particular de cada mujer y de las condiciones en qué y por qué lo haya realizado.

El aborto es pues, una pérdida, una depresión y un duelo, patológico o no, pero siempre un duelo. Sólo el cambio y la elaboración profunda de dicho duelo, podrán ayudar a resolver el conflicto -- por el aborto suscitado.

El gran problema que afronta la mujer que aborta, es el tener que incorporar, resolver y vincular el duelo de una manera sana y -- creativa con otros duelos; y al mismo tiempo mantener un contacto lo suficientemente fuerte consigo misma y frente a la realidad.

La investigación denominada "Algunos Rasgos de Personalidad Observada en un Grupo de Mujeres que Recurren a una Institución por -- Problemas de Aborto", realizada por Alicia Migoni (1983), analiza, por su parte, la problemática del aborto en nuestro país, desde -- un punto de vista médico, legal y psicológico; señala esta autora, que las mujeres que recurren al aborto voluntario por complicaciones ginecológicas serias, son mujeres que en cuanto a su personalidad denotan rasgos psicopáticos altos, pero no se puede hablar de un tipo de personalidad francamente psicópata.

La depresión en este grupo de mujeres no sólo no es significativa, sino que está dentro de los términos de normalidad. No hay depre-

sión, señala esta autora.

En el estudio "Algunos Efectos del Aborto en la Mujer", por Susan Mailer S. (1982), la autora propone que lo traumático o patológico del duelo por un aborto dependerá, en gran medida, de cómo se han vivido o elaborado pérdidas anteriores; y hace un marcado énfasis al tratar de separar el juicio valorativo en contraste al científico, como una medida de alcanzar objetividad, a fin de no caer en una ideología particular. Señala que es necesario replantearse hechos tan cotidianos como la maternidad y la femeneidad como un intento de discernir lo que viene de nuestra propia ideología, en forma de prejuicios.

#### 2.4 ALGUNAS INVESTIGACIONES EN OTROS PAISES EN REFERENCIA AL BINOMIO DEPRESION-ABORTO

La investigación realizada por Peter Goebel (1982), Universidad de Berlín, Alemania, denominada "Un Análisis de los Conflictos Inmediatos Posteriores a la Situación de Aborto Legal en 228 Mujeres"; señala que a 228 pacientes que abortaron, se les aplicó una batería compuesta por test psicológicos el día anterior al aborto. La batería de test denotaba básicamente un supuesto teórico psicoanalítico, estaba compuesta por el test de Giessen y un cuestionario que medía stress. El estudio pretendía clasificar la situación psicosocial de las sujetos en estudio, respecto al tiempo de la concepción.

Se determinaron diferentes situaciones típicas de conflicto, en las cuales el embarazo no deseado parecía cubrir la función, en realidad, de estar ocultando un conflicto neurótico no resuelto.

En otra parte de la investigación, los autores describen las situaciones típicas de conflicto con las funciones que las provocan.

En Valparaíso, Chile, Arturo Boizblatt y colaboradores (1983), realizaron la investigación; "Depresión Postaborto: Estudio de Casos y Controles", donde se administró la subescala de depresión del test MMPI y otro test de depresión subjetiva, a 80 pacientes que habían abortado espontáneamente entre el primero y el quinto día antes de la entrevista.

Se encontró un mayor índice de depresión entre las sujetos en relación a un grupo control, compuesto por 50 sujetos, quienes habían optado por el aborto inducido.

Estos autores someten a discusión la influencia del medio sociocultural del pueblo chileno, sobre todo en cuanto a las raíces religiosas que condenan al aborto y a la situación de ilegalidad del mismo.

La investigación denominada "Aspectos Psiquiátricos y Éticos sobre la Interrupción en el Embarazo", realizada en Alemania por Bron, Bernhard (1983), gira en torno al papel que juega el psiquiatra en la ayuda brindada a la mujer cuando el aborto le ha acarreado alteraciones intrapsíquicas negativas a nivel emocional.

Este autor propone que es fundamental un cambio social, en cuanto a actitudes; por una parte hacia la sexualidad y por otra, hacia el aborto. Advierte que toda orientación o asesoría, debe encaminarse hacia la autonomía de la mujer, en cuanto a la decisión sobre el embarazo. Igualmente se le debe apoyar en la resolución de sus conflictos intrapsíquicos y éticos.

**C A P I T U L O**

**I I I**

**ELABORACION DE**

**DUELO Y ABORTO**

"Vivir implica necesariamente pasar por una sucesión de duelos".

León Grinberg

### 3.1. CONCEPTO DE ELABORACION DE DUELO

Ante la pérdida de un ser humano o de cualquier otra pérdida que implique algún tipo de vinculación emocional, se vive un proceso llamado elaboración de duelo. En tal situación, la pérdida constituye siempre una de las experiencias más dolorosas por las que un ser humano pueda pasar.

Una actitud relativamente frecuente ante la pérdida, es reaccionar como frente a una advertencia para cuidar la propia vida; se busca estar preparado, lo cual implica, hasta cierto punto, una aceptación mayor de la eventualidad de la muerte (Grinberg, 1983)

Freud, citado por Otto Fenichel (1979), denominó "Trabajo de Duelo" a la disolución del vínculo que se va operando separadamente para cada uno de los recuerdos con el objeto perdido. Tal proceso por así decirlo, implica una tarea difícil y dolorosa que muchas veces, además de retardar, se tratará de mantener como una ilusión de que lo perdido aún puede recuperarse, postergando con ello el necesario trabajo de duelo.

Toda persona en trance de duelo, trata de simplificar tal experiencia, mediante la creación de una especie de objeto sustitutivo dentro de sí misma, una vez que el objeto real ha desaparecido; este mismo mecanismo usa la persona ante un desengaño, o en el caso de una pérdida puramente imaginaria. Fenichel (1979).

Así tenemos que para Freud -citado por Bowlby (1983)- el duelo cumple una tarea psíquica muy precisa, cuya función es apartar de lo muerto los recuerdos y esperanzas del sobreviviente. De tal ma

nera que el término "duelo", suele ser utilizado para referir a todos los procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que una pérdida pone en marcha.

Por su parte, Laplanche y Pontalis, definen el trabajo de duelo como el "proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación, y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto" (24).

Derivado de estos planteamientos, tenemos que la pérdida da origen no sólo a un intenso deseo de reunirse con lo perdido, sino también a un intenso sentimiento de ira por su alejamiento, que más tarde se manifestará en cierto grado de desapego; motivo por el cual no es de extrañar que dicho proceso resulte difícil de comprender y a la vez doloroso. Bowlby (1983).

Resulta importante mencionar que el duelo se experimenta por pérdidas que manifiesta u objetivamente, no parecen ser de tanta magnitud, sin embargo, la persona puede reaccionar con angustia o de presión frente a una separación, o ante la pérdida de un objeto o recuerdo que contenga algo emocionalmente muy valorado, como puede ser, en este caso, la experiencia de abortar y lo que ello significa, de tal forma queda esclarecido lo enunciado por Freud cuando anota que el duelo consiste esencialmente en la reacción experimentada frente a la muerte o frente a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente. Grinberg (1983).

Así pues, las causas desencadenantes de un duelo pueden ser muy variadas, es decir múltiples, y depender de diversas circunstancias, pero en todas ellas habrá como base común la valoración afectiva que conscientemente o inconscientemente es atribuida a la pérdida. Grinberg (1983).

(24) Laplanche y Pontalis (1983). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona, España. Ed. Labor, S.A. Pág. 435.

El concepto de duelo para Grinberg (1983), supone todo un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad total del individuo y que abarca de un modo consciente o inconsciente, todas -- las funciones del Yo, sus actitudes, defensas y, en particular, -- las relaciones con los demás.

Etimológicamente, el término duelo significa "dolor" y también -- "desafío o combate entre dos". Ambas acepciones pueden muy bien -- aplicarse tanto al dolor o sufrimiento provocado por la pérdida, como al enorme esfuerzo psíquico que implica recuperar el ligamen con la realidad y el combate librado por desligarse de los aspectos dolorosos provocados por la pérdida y finalmente por asimilar los aspectos positivos y bondadosos de la misma. Grinberg (1983).

Tenemos así que, los procesos de duelo y melancolfa se caracterizan como se mencionó en el capítulo anterior; "por un estado de -- ánimo profundamente doloroso, por un cese del interés por el mundo exterior, por la pérdida de la capacidad de amar y por la inhibición de casi todas las funciones, así como la disminución del -- amor propio" (25).

Para M. Klein -citada por Grinberg (1983)-, el dolor experimentado en el lento proceso del juicio de la realidad, durante la labor del duelo, parece deberse, no sólo a la necesidad de renovar los vínculos con el mundo externo, sino al mismo tiempo, a la reconstrucción ansiosa del mundo interno, que se siente en peligro de desastre.

Grinberg (1983) opina que tal vez el dolor no se relacione con la amenaza de deterioro o desastre, es decir, con algo que está por ocurrir, sino más bien con algo que ya ha ocurrido. La diferencia pues, entre angustia y duelo estiba en que la primera es la reac-

(25) Freud, S. (1915-17) Duelo y Melancolfa. En Obras Completas. Biblioteca Nueva, Madrid, España. Tomo III.1973. P. 2091.

ción ante el peligro de la pérdida, mientras que en el segundo es ya la respuesta consecutiva a la pérdida.

Por su parte, Bowlby, -citado por Grinberg (1983)-, piensa que el dolor experimentado en el duelo, se debe a una prolongada persistencia del anhelo insaciable por lo involucrado en la pérdida y a la constante repetición de la amarga desilusión por no encontrarlo.

El duelo, según este autor, puede revestir manifestaciones donde la extrema urgencia, el llanto y la rabia no sean sino expresiones de sentimientos de culpa. Igualmente la pérdida puede conducir a una perturbación en el equilibrio emocional del deudo, dando lugar a un estado de desorganización junto con la desesperación y a una falta de capacidad para mantener conductas organizadas frente a la realidad. Grinberg (1983).

La forma en que los individuos responden a la pérdida, según Bowlby (1983), supone la sucesión de cuatro fases. Resulta importante aclarar que los límites entre tales fases son nítidos, y que cualquier individuo puede oscilar durante un tiempo entre dos y cualesquiera de ellas. Sin embargo, para su comprensión, cabe discernir una secuencia general.

Las cuatro fases son las siguientes:

1. Fase de embotamiento de la sensibilidad, interrumpida ocasionalmente por episodios de aflicción y/o cólera intensos.
2. Fase de anhelo y búsqueda de la pérdida.
3. Fase de desorganización y desesperanza.
4. Fase de mayor o menor grado de reorganización.

La reacción inmediata a la pérdida varía de un individuo a otro - en grado considerable y también de un momento a otro en cualquier persona. La mayoría se siente aturdida, y en grados variables, in

capaz de aceptar la realidad. Durante un tiempo la vida ocurre de forma casi automática, pero es probable que la persona en duelo, experimente tensión y diversos e inexplicables formas de temor; - cierta calma injustificada puede verse interrumpida en cualquier momento por un episodio de emoción intensa. Algunas veces se describen abrumadores ataques de pánico, otras veces se presentan es tallidos de enojo. Bowlby (1983).

Luego de la situación antes descrita, tomando en cuenta el tiempo, se produce un cambio y se comienza a percibir aunque sea de manera episódica, la realidad de la pérdida, lo cual produce una sensación de intenso anhelo, espasmos de congoja y accesos de llanto, sin embargo, casi al mismo tiempo se muestra una gran inquietud, insomnio y ocurren pensamientos obsesivos en su totalidad o sólo algunos de ellos, y constituyen una característica habitual del - duelo, de tal manera que no pueden considerarse de ninguna manera anormales. También como parte del duelo aparece otra característica común en esta fase, la cólera. Bowlby (1983).

En la última fase del duelo, denominada de reorganización, se con cluye que para que el duelo tenga una resolución favorable, será necesario que se toleren el anhelo, la búsqueda más o menos consciente, el análisis incansable de cómo y por qué se produjo la -- pérdida, sólo así en forma gradual se llegará a reconocer y a - - aceptar que ante la pérdida es tal vez todo lo que se pueda hacer.

Una de las modalidades para que la labor del duelo pueda intensificarse o agravarse, supondrá las siguientes características: pri mero, el objeto perdido no ha sido amado a un nivel maduro, sino utilizado como un proveedor de suministros narcisísticos; segundo, si la relación previa con el objeto ha sido ambivalente; tercero, si se tenía una fijación y deseos vehementes inconscientes hacia tal objeto. Así tenemos que la depresión en la pérdida, representa un intento desesperado de obligar a un objeto incorporado a -- conceder perdón, protección, amor y seguridad. Fenichel (1979).

Se tiende a suponer que una persona sana y normal puede y debe su-  
perar la experiencia de la pérdida, no sólo con rapidez sino tam-  
bién por completo. Sin embargo, el crecimiento en sí, el pasaje -  
de una etapa a otra, la experiencia del aborto, etc. involucran -  
la pérdida de ciertas actitudes, modalidades y relaciones que, --  
aunque puedan ser sustituidas por otras más evolucionadas, impac-  
tan como procesos de duelo que no siempre son suficientemente ela-  
borados. Grinberg, L. (1983).

### 3.2. PROCESOS DE DUELO SANOS Y PATOLOGICOS

Aunque en los últimos veinte años se ha podido constatar un núme-  
ro considerable de investigaciones en torno a las causas que de-  
terminan que en algunos individuos el duelo asuma un curso patoló-  
gico, mientras que en otros sea normal, la cuestión continúa sien-  
do muy compleja y difícil, y por supuesto tal cuestión requiere -  
de mucho más estudio. Son numerosos los factores que intervienen  
en un proceso de duelo, de manera que resulta difícil aislar cada  
uno de ellos, puesto que obran en complejas interacciones; además  
muchas de las variables que se revelan como las más importantes -  
son precisamente las más sujetas a controversia. Bowlby (1983).

Por su parte, Grinberg (1983), señala que uno de los aspectos más  
complejos del duelo y no completamente dilucidado aún, es el refe-  
rido a la diferencia entre su calidad normal o patológico, así co-  
mo el precisar cuáles son los factores específicos que condicio-  
nan tanto a uno como a otro cuadro. Incluso el uso de los térmi-  
nos para su designación no parece estar del todo claro, e innume-  
rables veces han suscitado controversias. En el idioma inglés, por  
ejemplo, algunos autores denominan mourning (duelo) al desenlace -  
del duelo cuando toma manifestaciones patológicas, y reservan el  
término grief (pesar) para la reacción considerada normal. Para -  
otros autores el término mourning es utilizado para aquellos proce

sos que tienen una evolución favorable.

El proceso de duelo incluye una serie de reacciones tendientes a la aceptación de la pérdida y una readaptación de la realidad, -- esta adaptación a la realidad, representa la condición necesaria para su elaboración.

Los sentimientos de dolor, culpa o depresión, correspondientes a la pérdida, suelen convertirse en factores que agraven o perturben la labor del mismo. Freud (1917), mencionó en "Duelo y Melancolía" que no resulta fácil explicarse por qué la transacción que supone esta lenta y paulatina realización, frente al mandato de la realidad se vive tan dolorosamente.

Al respecto, Grinberg (1983), señala una posible doble razón que explica tal sufrimiento: la primera está representada por el dolor que experimenta una persona ante la porción de sí mismo que se pierde conjuntamente con la pérdida; la segunda razón estiba en el dolor, la depresión y la culpa, a causa de la pérdida misma, que dejan al sujeto privado y empobrecido por tal carencia.

Por su parte, Fenichel (1979), señala que el duelo se compone de dos actos: el primero consiste en llevar a cabo una introyección; el segundo en poner fin a la ligazón con el objeto introyectado; y menciona como fundamental para que un duelo tome un curso patológico, la presencia de ambivalencia, es decir, cuando la relación de la persona con el objeto perdido ha sido extremadamente ambivalente.

El penoso problema que debe afrontar toda persona que ha sufrido una pérdida, indican que mientras el individuo no cree que su pérdida sea irreparable, alimente esperanzas y se sienta impulsado a la acción, sin embargo, esta actitud engendra toda la ansiedad y el dolor del esfuerzo frustrado. Por otra parte, conviene tener en cuenta que la falta de aflicción consciente puede ser conside-

rada como una extensión patológica prolongada de un duelo pendiente por resolver. Bowlby (1983).

Los criterios que distinguen más claramente las formas sanas de las formas patológicas del duelo, son la duración del tiempo durante el cual persisten los procesos defensivos y también en qué medida influyen en el funcionamiento mental o llegan a dominarlo por completo; tenemos pues que el duelo es un largo proceso que se inicia en el momento mismo de la pérdida. De tal manera que cuando se presentan alteraciones en la elaboración del primer duelo, es muy posible que los duelos posteriores, adquieran manifestaciones patológicas, pues el Yo deficitario no podrá utilizar todos sus recursos frente a ese trauma. La labor del duelo también se verá perturbada, si ha predominado un sentimiento de culpa en relación a la pérdida, misma que puede dar lugar a la manifestación de defensas de tipo destructivo, siendo una de las más frecuentes la maniaca, cuya finalidad es contrarrestar la angustia depresiva, el dolor y precisamente la culpa. Otro de tales mecanismos defensivos se puede expresar en la despersonalización. Grinberg (1983).

Lagache, citado por Grinberg (1983), menciona que el trabajo de duelo consiste "ya no en intentar librarse de un objeto de amor sobre el cual los actos de amor no pueden realizarse, sino en la destrucción de una autoridad moral que no permite vivir". (26)

En algunos casos, el problema principal de la pérdida, consiste en que en lugar de incorporar al objeto perdido, condición esencial en el duelo normal, se tiende a proyectar en el mundo externo una intensa rabia y desilusión. Grinberg (1983).

Por otra parte, la intensidad de la culpa y la hostilidad contra

(26) Grinberg, L. (1983). Culpa y Depresión. Madrid, España, Alianza Editorial. Pág. 175.

sí mismo, fenómeno frecuente, pueden perturbar severamente la elaboración del duelo, impidiendo la resolución normal del mismo y provocando así la aparición de las diferentes clases de defensas.

En un proceso normal de duelo, se puede llegar a elaborar la pérdida, cuando el Yo queda libre del objeto para emprender nuevos vínculos; en el proceso patológico, donde predomina la ambivalencia, el sujeto se verá en una situación insostenible, por una parte habrá un intento desesperado de obligar al objeto a conceder perdón, protección, amor y seguridad, mientras que por otro lado, también se teme a la concesión de tales suministros, ya que tal demanda tan desesperada, puede significar al mismo tiempo, la venganza del objeto. Fenichel (1979).

Vemos pues que todo caso de pérdida, tiene probabilidades de movilizar la ambivalencia y siendo ambivalente la relación con el objeto, internalizado en el Yo, tenemos que el dolor y el reproche oscilan como en un círculo cerrado, perturbando la labor sana de duelo; de tal manera que puede desembocarse en la melancolía, en la manía, o en una conducta repetitiva autodestructiva, como señala Silverman, M. (1982).

Sin embargo, la presencia de la ambivalencia no necesariamente implica un desarrollo patológico del duelo, ya que el giro que tome el duelo, estará también influido por las condiciones imperantes en el momento de la pérdida y esto repercutirá necesariamente en la resolución del mismo. Bowlby (1983).

Puede sugerirse que será la cantidad y la calidad de la ambivalencia la que produzca el duelo patológico de acuerdo al tipo de personalidad de cada mujer y sus circunstancias psicosociales cuando decide abortar. Silverman, M. (1982).

Por su parte, M. Klein, citada por Grinberg (1983), señala que -- aunque la integración, respecto al duelo, nunca se realiza de ma-

nera completa y permanente, la capacidad de recuperar las partes disociadas, será la condición para un posterior desarrollo normal; tenemos que la preponderancia del instinto de vida, implica, en cierta medida, la aceptación también de la eventualidad de la actuación del instinto de muerte.

Debemos considerar que independientemente de cómo haya sido la relación previa, frente a la pérdida, y aún admitiendo que haya sido positiva, puede aparecer un duelo patológico, determinado por un Yo débil y por la perturbación inherente al propio duelo. Sólo cuando un duelo ha sido elaborado, es decir, cuando se está autorreparado suficientemente, se tendrán condiciones adecuadas para la elaboración en forma sana por la pérdida sufrida y, entonces, la reparación se dará convenientemente. Grinberg (1983).

En cuanto a la duración del duelo, Bowlby (1983), señala que una fase breve de embotamiento de la sensibilidad es una consecuencia muy común de una pérdida; pero no se espera que dicha fase dure más de unos cuantos días o acaso una semana. Cuando se prolonga por más tiempo se tienen motivos para preocuparse, pues la continuación de esta situación por semanas o meses puede ser presagio de un duelo crónico.

Posiblemente una alternativa para poder elaborar un duelo, sin tener que recurrir a los mecanismos maniacos o a cualquier otro tipo de defensa extrema, es poder utilizar la propia capacidad de amor y confianza en uno mismo para mitigar el odio y los impulsos destructivos, a fin de reparar las partes que se sienten dañadas y contrarrestar los temores de muerte con los deseos de vivir. -- Grinberg (1983).

Sólo así se podrá llegar a transformar el componente de miedo, -- del miedo a morir, en una experiencia constructiva. La idea de -- muerte es percibida de otro modo y aceptada conscientemente. Se -- podrá vivir con ella sin una sensación amenazante y abrumadora; --

la capacidad de elaborar será así posible; se gana de esta manera, la posibilidad de disfrutar de una profundización en la toma de conciencia de las cosas, en la comprensión y en la autorrealización. "Se podrá sentir más la autenticidad de las cosas, viviendo más plenamente el momento presente, sin omnipotencia ni negación, y con un mayor respecto por la propia persona y por la de los demás". (27)

El sufrimiento, según Grinberg (1983), puede hacerse productivo, cuando se transforma en un incentivo para lograr la reparación y la conservación del objeto. Las experiencias dolorosas de toda clase movilizan a veces las sublimaciones, bajo la tensión de frustraciones y pesares, tal enriquecimiento se puede lograr por procesos similares que corresponden al duelo. Cada avance en el proceso de duelo da por resultado la profunda relación del individuo con sus objetos internos, la felicidad de reconquistarlos, después de haber sentido su pérdida, propiciará una mayor confianza y respeto por el sufrimiento humano, y se habrá dado un paso importante en la labor del duelo. M. Klein (1984).

### 3.3. PERSONALIDADES PROPENSAS AL DUELO PATOLÓGICO

En sus intentos por explicar las diferencias individuales en la respuesta a la pérdida, la mayoría de los psicólogos clínicos han adoptado un tipo de teoría que atribuye importancia a los hechos ocurridos en la infancia.

Freud, citado por Bowlby (1983), no relacionó sus descubrimientos sobre la patología del duelo en general, con un duelo infantil en particular; con todo, reconoció como una consecuencia no infre---

(27) Grinberg, L. (1983). Culpa y Depresión. Madrid, España. --- Alianza Editorial. Pág. 173.

cuenta de pérdidas a comienzos de la vida. Al referirse a sus hallazgos, indicó "sospecho que sucesos similares no son nada raros en la niñez" (28) Estudios posteriores confirman que tal sospecha estaba bien fundada.

De hecho, a partir de Freud, los psicoanalistas han subrayado -- que las personas que muestran un trastorno depresivo después de haber sufrido una pérdida, tenían tendencia desde la niñez a establecer relaciones cargadas de ansiedad y ambivalencia con aquellos a quienes aman. Es muy posible que en estas personas se combinen una fuerte fijación al objeto de amor, con una escasa fuerza de resistencia a la frustración y a la decepción. Bowlby(1983)

Otra contribución importante, dentro de este mismo plano, es la propuesta por M. Klein, citada por Bowlby (1983), se refiere a la relación entre procesos de duelo cuando éstos tienen lugar en la infancia y la niñez. Menciona que los lactantes y los niños pequeños experimentan procesos de duelo y atraviesan fases de depresión, cuyo modo de responder a tales circunstancias determinará la futura manera de responder a la pérdida más adelante. Es importante mencionar que Klein omite o resta importancia a las condiciones prevalecientes en la vida cotidiana en que vive el niño -- cuando se experimenta la pérdida.

Toda situación que se afronta en la vida, está estrechamente ligada en relación a modelos de representación que tenemos del mundo circundante y de nosotros mismos, de manera que se selecciona y se interpreta de acuerdo a tales modelos; de ahí que la significación que tenga para nosotros la realidad y lo que sentimos dependerá de la manera en que interpretamos y evaluamos cada situación. Bowlby (1983).

(28) Bowlby, J. (1983). La Pérdida Afectiva. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós. Pág. 57.

Para comprender la experiencia de un individuo frente a la pérdida, resulta necesario tomar en cuenta no sólo la estructura de personalidad, sino también los tipos de interacción que estableció o mantiene con la pérdida. No siempre puede esperarse una exacta correlación entre una determinada estructura de personalidad y una forma de respuesta a la pérdida, es decir, para la gran mayoría de las personas, una pérdida supone un cambio que debilita su situación en mayor o en menor grado, sin embargo, puede ser que para una minoría, la pérdida represente un alivio frente a una situación ya de por sí difícil. Con todo, esto no quiere decir que tal respuesta no tenga significación dentro del concepto de pérdida, aunque aparentemente tal experiencia haya sido vivida como un alivio. Langer Marie (1983).

Las variedades patológicas del duelo determinan muchas formas de alteraciones de salud física así como de la salud mental. Desde el punto de vista psicológico, hacen que la capacidad de una persona afligida para entablar y mantener relaciones afectivas queden más o menos seriamente deterioradas o, si esta capacidad ya estaba lesionada, queda más deteriorada de lo que estaba antes. Estas formas patológicas a menudo afectan también la capacidad de la persona doliente para organizar el resto de su vida. Las variedades patológicas del duelo pueden asumir todos los grados de gravedad y formas que van desde las perfectamente leves hasta las extremadamente delicadas y profundas. Bowlby (1983).

Cuando se afronta la pérdida, se experimenta dolor, se puede sufrir intensamente y presentarse ocasionalmente accesos de cólera. Pero siempre que las causas y circunstancias de la pérdida no sean especialmente adversas, es probable que le sean ahorradas esas experiencias que determinan un duelo intolerable o infructuoso o ambas cosas a la vez. Sin embargo, algunos individuos cuyas tendencias parecen augurar un mal desenlace alcanzan una evolución razonablemente satisfactoria, en tanto que la presencia de tendencias favorables no constituye una garantía absoluta contra

un duelo intenso y dificultoso. Bowlby (1983).

Los estudios de que se dispone en la actualidad, indican, según lo señala Bowlby (1983), que aquellos adultos cuyo duelo asume un giro patológico suelen haber sido propensos antes de sufrir la pérdida al establecimiento de relaciones afectivas en donde imperaba un alto grado de apego ansioso, matizado de una ambivalencia manifiesta o encubierta. Se podría definir a estas personas bajo los siguientes rasgos: nerviosas, sobredependientes, aferradas, temperamentales o bien como neuróticas. Algunas de estas personas han sufrido un colapso en el que predominaron los síntomas de ansiedad y depresión. Cabe mencionar, suposición de que los individuos más propensos a reaccionar de forma patológica frente al duelo, denotan igualmente una personalidad cuyas relaciones afectivas son inseguras, se incluyen también a los sujetos que proclaman cierta autosuficiencia emocional, cuando en realidad tal proclamación puede estar precariamente fundamentada.

Parece ser que las experiencias que predisponen a un vínculo afectivo ansioso y ambivalente, y que luego harán difícil el trabajo de duelo, tienen como elemento subyacente el haber experimentado una discontinuidad en el maternaje o pueden haberse vistos rechazados por los padres o figuras significativas, siendo muy probable que tal rechazo haya sido intermitente y parcial antes que completo. Bowlby (1983).

Elaborar un duelo significa también recibir y evaluar la información procedente, en este caso, de la pérdida, de ahí que frente al dolor experimentado se busque generalmente ayuda. En tal ayuda se niegan o verifican, se confirman o refutan los sentimientos, emociones y hechos que se están viviendo; se busca el cómo y el por qué de lo ocurrido, así como las futuras implicaciones y planes de acción frente al dolor presente.

Bowlby (1983) enumera una serie de tendencias que posibilitan las

maneras más frecuentes en que la persona responde a la pérdida; - todo lo cual determinará en alto grado el giro que tome su duelo:

- 1° ¿Cómo la persona concibe su propia involucración en tal pérdida?
- 2° ¿Qué expectativas tiene frente a la manera en que ha de afrontar la pérdida?
- 3° ¿Qué interpretación se tiene de la pérdida, como susceptible de revisión y cambio?

En otra parte, Bowlby (1983), señala las predisposiciones que -- pueden contribuir a la elaboración de un duelo sano; pudiéndose -- inferir que en cuanto a la personalidad se trata de individuos cu ya representación de figuras de apoyo le han sido accesibles, gra tificantes, sensibles a sus requerimientos, alguien potencialmente valioso para quien se ha sido digno de amar. Tales figuras, -- tal vez se han constuido como consecuencia de experiencias felices vividas en tiempos pasados. Así dicha persona será capaz de -- ser influida por los modelos mencionados, de entablar otras relaciones de confianza y amor durante la vida posterior.

Resulta importante aclarar que mientras haya un intercambio activo entre el individuo y su medio externo, la experiencia subjetiva no será la depresión, pues pueden experimentarse esperanza, te mor, ira, satisfacción, frustración o cualquier combinación de lo antes anotado, cuando cesa el intercambio es cuando se presenta -- la depresión, que puede continuar hasta el momento en que llegan a organizarse nuevos patrones de intercambio hacia un nuevo objeto. En general, parece probable que cuanto más persistente es el trastorno que padece una persona, mayor será el grado de desco--- nexión y más compleja la reevaluación de su estado emocional.

### 3.4. EL DUELO POR UN ABORTO

El duelo por un aborto tiene características propias que no se -- dan en ningún otro tipo de duelo, pues unidos a la pérdida del ob jeto existen concreta, simultánea y concomitantemente una pérdida de partes del Yo corporal y psicológico.

Mailer Silverman, S. (1982) señala que "el aborto es un síntoma - complejo resultante de las relaciones con las figuras parentales que se han internalizado con las cuales existe una identificación que se repetirá con el embrión" (29).

Abortar es haber permitido la fantasía y la concretización de dar a luz un hijo y al no lograrlo, se impide tal nacimiento; se mata entonces la posibilidad del surgimiento del fruto y también de -- partes de la madre, internalizadas de alguna manera en toda mujer que vive un embarazo. (Aray, J. 1968).

Después de un aborto aparecen un aumento de los impulsos pregeni- tales y de angustias hipocondríacas; así como fobias y defensas - maníacas, que pueden privar a la mujer de goce y de vitalidad. -- Por otra parte, pueden acentuarse la represión, con posibles tras- tornos profundos de identificación. La autodestructividad se pre- sentará en forma masiva e incontrolada, pudiendo desembocar en -- grados patológicos. (Aray, J. 1968).

En el aborto, indica Aray (1968), el feto se transforma en un per- seguidor siniestro que contiene partes valiosas de la personali- dad que han sido destruidas, especialmente asociaciones incons- cientes con los procesos creadores y con las posibilidades de so- brevivencia en un tiempo futuro. Ante un estado de pérdida genera

(29) Mailer Silverman, S. (1982). Algunos Efectos del Aborto en - la Mujer". Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Fac. de Psicología. UNAM. Pág. 54.

lizado, de dolor consecuente, de culpa e incluso de persecución, la paternidad, según este autor, quedará introyectada de manera destructiva irremediabilmente. El conjunto de tales vivencias, -- puede traer con esto, una compulsión a la repetición, castración, culpa y fracaso.

Por su parte, M. Langer (1983), puntualiza que el aborto provoca en la mujer un sentimiento de abandono, de vacío, una sensación - de pérdida general de todo lo valioso, bajo el riesgo de presentar una compulsión maníaca hacia la destructividad de objetos valiosos en el pasado, en el presente y en el futuro, bajo un mandato superyódico filicida.

Se ha señalado que, en el caso específico del aborto, se presenta un duelo tanto corporal, como psicológico de parte de la mujer, - ya que ésta sentirá que ha perdido con el hijo mismo, parte de su Yo; y por otra parte a sus propias expectativas maternas; motivo por el cual Aray (1968), supone que el aborto provoca siempre un duelo patológico, ya que sobre éste giran otros duelos ocultos, cuya resolución va paralela a la del aborto en sí.

Después de un aborto, la mujer se enfrenta a un debilitamiento de su Yo; necesitará entonces, vencer las frustraciones y la serie - de experiencias displacenteras que haya tenido antes, durante y - después del aborto, para luego poder así reintegrarse a la vida, sin negar el sufrimiento, pero sí con la conciencia de éste. La - mujer que aborta habrá de realizar todo un proceso de reconstrucción que la posibilite a reconstruir su propio cuerpo, su propia imagen, sus relaciones con los demás, y observar para tiempos futuros, a aquellas conductas que de alguna manera estén negando todo el sufrimiento incluido en el duelo. De alguna forma habrá de romper el amenazante temor al tabú en torno al aborto, a fin de - desarrollar un Yo más fuerte, disminuir también tanto las culpas como la ambivalencia, logrando posiblemente una vida creativa, genitualmente adulta y satisfactoria, no destructiva. (De Lille Fuentes L. 1978).

Un factor también importante que puede perturbar la labor del duelo en el aborto, está referido a la aparición de la culpa, ésta se expresa por emociones de resentimiento, temor, autorreproches y desesperanza. La pulsión filicida que actuó sobre el feto actúa ahora sobre el Yo, produciendo reacciones depresivas que difieren sólo cuantitativamente de las depresiones melancólicas. (Silverman, 1982).

Así, la expresión extrema del duelo patológico queda expresada en la melancolía, y ésta se caracteriza por la predominancia de ambivalencia. Si en el duelo normal, queda empobrecido el mundo externo, en el duelo patológico, es el Yo el que sufre tal estado. (Silverman, 1982).

Cuando la mujer aborta, se considera culpable por el hecho ocurrido, lo niega, introyectando tal pérdida, pretende seguir su destino y, con ello, aparece la manifestación del duelo patológico. Todo esto implica un problema que atañe a la personalidad total de la mujer. Así, cada paso en el proceso de duelo, da por resultado la profundización de su relación con la pérdida. Grinberg, citado por De Lille Fuentes, L. (1978), menciona que "el trabajo de duelo incluye una serie de reacciones tendientes a la aceptación de la pérdida y a una readaptación del Yo a la realidad" (30)

Existe además, todo un bagaje cultural que imprime un dolor adicional, al que ya de por sí puede representar y traer consigo el aborto. En nuestra sociedad, el valor atribuido a la maternidad - representa un fenómeno altamente mitificado, cuya realidad se presenta como única. Sin embargo, la maternidad puede ser igual a vida, salud, creatividad; pero también puede no serlo, puede ser --

(30) De Lille Fuentes, L. (1978). El Aborto Desde un Punto de Vista Psicoanalítico. Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM. Pág. 89.

uno de los grandes logros y satisfacciones de la mujer o puede -- ser lo contrario. La femeneidad se forja a través de complicadas identificaciones en donde primero se adoptan las insignias pro---pias, inherentes al sexo; y la maternidad corresponde a una de -- ellas. Si bien es cierto que en nuestra cultura la maternidad tie ne un lugar singular, ya que por un lado es sobrevalorada y endio sada; y por otro, es devaluada, así la situación histórica de las mujeres en México "parecen objeto de un doble juego. Sublimadas - en el mito, participan en la sociedad como sujeto subordinado en razón de su biología" (31). De tal manera que la mujer cuando ni ña, al ir incorporando los emblemas propios de su sexo, adoptará en sí este doble mensaje y se verá envuelta en una contradicción, misma que posteriormente implicará por parte de ella una opción - individual, personal, frente a su identidad, Mailer Silverman, S. (1982).

Es importante mencionar que el aborto puede ser llevado también - pos situaciones que implican serios conflictos a nivel psicoso---cial, tales como: una precaria situación económica, un número - - excesivo de hijos, problemas con la pareja, rechazo del medio so cial hacia la madre soltera, etc. En cualquier caso y otros que - sean dificultosos para la madre, el hijo significará más bien un problema que alegría. Silverman (1982).

El abortar es vivido muchas veces, y no sólo por razones internas sino externas, como una gran culpa; con una carga excedente cultu ral que no le pertenece, que no le es propia solamente a la mujer que aborta. Motivo por el cual conviene tomar en cuenta, dada la importancia valorativa oscilante, al papel de la mujer en nuestra sociedad, bajo qué condiciones y razones por las que se realiza - un aborto; el aborto, aún utilizado como un medio de control na tatal, supone una problemática previa no resuelta; en donde la muer

(31) Tuñón Pablos, Julia (1987) México. Mujeres en México. Ed. -- Planeta. Pág. 7.

te parece prevalecer sobre la vida y la ambivalencia sobre la decisión individual de dar vida. De Lille Fuentes, L. (1978).

Tenemos pues que, las alteraciones emocionales aparecen más frecuentemente como defensas ante el dolor que produce un aborto, -- asignado ésto como pérdida, serán: la idealización, la negación y la omnipotencia. Ante tal proceso de duelo, tenemos que estos mecanismos desaparecerán a medida que aumenta el contacto con la -- realidad, produciendo paulatinamente la depresión y la resigna---ción. El final del proceso incluirá la recatectización del mundo externo y en general un movimiento hacia la reparación y el resca---te de objetos buenos. (Silverman, S. 1982).

Sólo gradualmente, sostiene M. Klein, citada por Grinberg (1983), obteniendo confianza en los objetos externos y en múltiples valores, es capaz el individuo en duelo, de fortalecer su confianza - en la pérdida experimentada, sólo así puede aceptar que la perfec---ción total no existe, sólo así puede no perder la confianza y la fe en sí mismo, sin temer la venganza. Cuando esto se ha dado, se puede considerar que la labor del duelo opera adecuadamente.

Mailer Silverman, S. (1982), propone como características presentes en todo aborto las siguientes:

1. El aborto es un producto de una situación interna de ambivalen---cia.
2. El aborto produce siempre un trauma psicológico patológico, ya que la mujer que aborta siente que ha incurrido en un asesina---to.
3. El aborto genera culpa y utilización de defensas neuróticas.
4. Abortar es igual a destructividad, a no reparación, y es pro---ducto de una genitalidad no adulta y no integrada.

En el segundo inciso, cabría preguntarse si realmente todo aborto es siempre un trauma psicológico patológico.

Elaborar el duelo por un aborto y de los posibles duelos anteriores no resueltos, que pueden removerse con éste último, implicará poder deshacerse de situaciones y objetos negativos introyectados previamente; lo anterior supone el dejar de repetir compulsivamente historias no resueltas, modificar y fortalecer al Yo, comprendiéndolo y aceptándolo simultáneamente. Reparar es tolerar las --frustraciones y los fracasos, es conscientizarse para poder transformarse y transformar la realidad. (Braunstein, 1978).

### 3.5. ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE ELABORACION DE DUELO Y ABORTO.

Stack, Jack M. (1984), en su investigación sobre elaboración de duelo y aborto, realizó una revisión sobre la literatura existente, en cuanto a la identificación de las características sobre duelo y depresión asociadas a la pérdida en su fase de reproducción temprana (primer trimestre de embarazo).

Este autor encontró que existen innumerables factores que pueden estar determinando el que la pérdida en el primer trimestre del embarazo (aborto de manera espontánea) pueda deberse a que justo en este período el producto del embarazo tiene más significado a nivel narcisista para la mujer, que la expulsión del feto en sí. Sin embargo, anota este autor, tal experiencia puede desembocar en un estado prolongado o reacciones patológicas de duelo.

Señala que la mayoría de los abortos espontáneos, en esta fase inicial del embarazo, ocurren cuando la mujer experimenta la evolución del feto como parte de sí misma.

Deben considerarse pues, en consecuencia, tanto asistencia médica, psiquiátrica y psicológica, como de trabajo social en la dinámica que vive la abortante, a fin de posibilitar una resolución adecuada en el tratamiento del duelo.

La investigación denominada: El Aborto ¿Un Asunto para Afligirse?, llevada a cabo por Joy, Stephany S. (1985), sugiere la atención a través de una orientación específica para mujeres que están experimentando depresión y duelo, como resultado de una experiencia abortiva.

Para la orientación sobre la elaboración de duelo, este autor se basa en un formato, donde considera la pérdida del feto como un duelo, no parecido a ningún otro, y como un proceso de duelo no resuelto.

Considera que en este tipo de duelos, se deben atender especialmente a los sentimientos de ambivalencia y a la culpa, así como - el coraje o ira que experimenta la abortante; esto con el fin de conducir la terapia de elaboración de duelo a una resolución sana, donde el pedir y conceder perdón, a manera de expiación, permitan a la abortante aliviar su propia percepción de culpa, como un proceso fundamental para elaborar el duelo.

**C A P I T U L O   I V**

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE  
AFECTAN EL CURSO DEL DUELO  
EN EL ABORTO**

#### 4.1. LA DEFINICION DEL ABORTO EN MEXICO

Definir el aborto entraña serias dificultades, puesto que el término en cuestión, está circunscrito a diferentes disciplinas, las principales de las cuales pueden incluso llegar a mantener diferentes puntos de vista. De tal manera que el aspecto legislativo está contemplado en el Código Penal; la perspectiva de la obstetricia por su parte, contempla el punto de vista médico; el aspecto canónico moral se fundamenta sobre todo desde la perspectiva de la religión católica; otro enfoque, igualmente importante en cuanto a la conceptualización del aborto, está referido desde la antropología.

La definición legal del aborto, refiere que: "Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez" (32), cabe anotar, según cita el Código Penal Mexicano, que el aborto así definido se refiere a la simple interrupción de la gravidez, es decir, sin contemplar el producto vivo no viable, no exige pues, que dicha muerte no sea causada dolosamente; de tal manera que no considera en ningún momento que el producto de la concepción pueda morir sin ser expulsado.

El aborto, desde el punto de vista de la obstetricia, se define como "La expulsión del producto de la concepción, cuando no es viable" (33), es decir, dentro de los seis primeros meses de embarazo. Puesto que la expulsión del producto de la concepción después de los primeros seis meses, se considera un parto prematuro, ya que desde el sexto mes de la preñez existe viabilidad.

Dentro de este mismo campo de la obstetricia, innumerables autores coinciden en opinar que reciben el nombre genérico de aborto todos los fetos que pesen menos de 500 gramos. Según el peso del producto de la preñez, puede considerarse el siguiente cuadro:

(32) Roaro Martínez, Marcela (1985) Delitos Sexuales. México. Ed. Porrúa, S.A. Pág. 286.

(33) Barrera Solórzano de la, Luis (1985) El Aborto. Tres Ensayos sobre...¿un crimen?. Bibl.Ciencias Soc. y Hum. UAM. P.91.

**CUADRO 1**

Partos Inmaduros	Si el producto pesa de 500 a 1000 grs.
Partos prematuros	Si el feto pesa de 1000 a 2500 grs.
Partos maduros o a término	Si el feto pesa más de 2500 grs.

Fuente: Enciclopedia de la Mujer (1980) Vol.I, Barcelona, España, Ed. Marín, S.A. Pág. 228.

Ahora, de acuerdo al término en que se interrumpe la gestación, - el aborto puede ser considerado:

**CUADRO 2**

Aborto precoz	Hasta el fin de la 12a. semana.
Aborto tardío	De la 13a. a la 21a. semana.
Parto inmaduro	Si ocurre entre la 21a. y 27a. semana.
Parto prematuro	Si sucede entre la 28a. y 37a. semana.

Fuente: Enciclopedia de la Mujer (1980) Vol.I, Barcelona, España, Ed. Marín, S.A. Pág. 229.

Desde el punto de vista canónico moral, es decir, de la concepción de la religión católica, el aborto queda definido como "La expulsión o extracción del óvulo fecundado o del embrión o feto vivo no viable". (34).

La posición de la iglesia frente al aborto inducido, es definitivamente antiabortista. Considera al mismo un atentado contra la dignidad humana de la persona; ubicándolo como algo totalmente opuesto a la naturaleza humana, antisocial e inhumano; como una acción cobarde ejercida contra un inocente que no tiene posibilidad de defenderse. Se argumenta, desde esta perspectiva, que la ley debe contribuir a una reforma de la sociedad, favoreciendo a condiciones de vida que puedan ofrecer una acogida verdaderamente humana, a toda criatura venida a este mundo.

(34) Reynoso Cervantes, Luis (1977). El Aborto. México. Ed. Paulinas, S.A. Pág. 27-28.

Sin embargo, la posición de la iglesia católica, desatiende o deja al margen, cuestionamientos de verdadera trascendencia tales como las implicaciones psicosociales y aspectos de salud pública, que implica la problemática del aborto.

El aborto, desde una perspectiva antropológica, se define como -- "La terminación del embarazo antes de la viabilidad del feto"(35) señala esta disciplina que el aborto espontáneo denota poca importancia, puesto que a nivel jurídico, no existe responsabilidad; - a nivel médico obedece a condiciones generales de salud, y a nivel moral no existen consecuencias. Es el aborto inducido el que representa consecuencias jurídicas, médicas y morales, puesto que parte de una práctica, cuya responsabilidad recae en el ser humano.

Se ha visto que al tratar de conceptualizar el aborto, se enfrenta una situación que no siempre coincide en puntos de vista, tanto de legisladores, como de médicos, cánones religiosos o el aspecto antropológico; esto, obviamente, ha venido creando desacuerdos y confusiones.

De tal manera que, para una definición del aborto, resulta conveniente tomar en cuenta las diferentes expresiones, descripciones y explicaciones que se refieren al aborto. Si tomamos en cuenta - que la OMS (Organización Mundial de la Salud) no sólo define a la salud como a la ausencia de enfermedad, sino al estado de bienestar completo, tanto físico, como emocional y social. Podemos anotar pues el término acuñado por el Dr. Manuel Mateos Candano, - - quien afirma que aborto: "Es la expulsión o extracción de toda -- (completa) o una parte (incompleta) de la placenta o de las membranas, sin un feto identificable o con un feto vivo o muerto, -- que pese menos de 500 grs." (36).

(35) Vargas, Luis Alberto. (1980). El Aborto. Un Enfoque Multidisciplinario. México. UNAM. Pág. 155-156.

(36) Dr. Manuel Mateos Candano y Colaboradores (1980). El Problema del Aborto en México. México. Ed. Porrúa, S.A. Pág. 17.

Cuando se desconoce el peso fetal, puede usarse como medida, la duración de la gestación, la cual debe ser menor de 20 semanas -- completas (139 días), contados a partir del primer día de la última menstruación.

Si bien es cierto que en la práctica resulta por diversas razones difícil conocer exactamente cuando se verifica la ovulación, la fertilización del óvulo o la implantación del huevo en el endometrio; resulta, por ello, tomar como dato preciso el de la iniciación -- del último sangrado menstrual.

#### 4.1.1. TIPOS Y CLASIFICACION DEL ABORTO

En cuanto a la clasificación del aborto, innumerables autores establecen la siguiente consideración: por aborto espontáneo se define aquél que se produce en forma involuntaria y que obedece a situaciones patológicas de diversa naturaleza; es decir, sin ninguna interferencia deliberada. Aborto inducido es aquél verificado por la interrupción deliberada del embarazo por cualquier medio, esto es, intencionado, provocado, voluntario, directo y artificial. (Luisa Ma. Leal. 1980 y Rosalva Fernández de la Borbolla, 1982).

A continuación se presenta un cuadro que ejemplifica una tipología del aborto, desde un punto de vista médico.

CUADRO 3

TIPOS DE ABORTOS			
A B O R T O	INDUCIDO	TERAPEUTICO	Para preservar la salud física. Cuando es una Mola (malformación del huevo, consistente en un hematoma tuberoso subcoriánico. Para proteger la salud mental de la madre y como protección al hijo.
		VOLUNTARIOS	Autoinducido. Con ayuda de otras personas.
	ESPONTANEO	DEFICIENCIAS DE LA MADRE	Rechazo por incompatibilidad sanguínea. Malformaciones en el aparato femenino. Enfermedades donde peligra la vida de la madre.
		PROBLEMAS GRAVES CON GENITOS DEL PRODUCTO.	Presencia de genes letales. Anomalías de la cantidad de líquido amniótico, del cordón umbilical, de inserción de placenta, degeneraciones de las vellocidades coriales, inserción baja de la placenta.

Fuente: Revista de la Facultad de Medicina, Marzo 1974, Vol.XVII.  
No. 3, Pág. 14.

#### 4.1.2. DESCRIPCION SOBRE EL ABORTO INDUCIDO

Por lo que se refiere al aborto inducido y para fines de estudio en general, se clasifica bajo la siguiente forma:

##### A. Por razones médicas.

1. En relación con la madre (terapéutico), es el que se efectúa cuando la continuación del embarazo puede causar la muerte de la gestante o agravar cualquier enfermedad física o mental que padezca, determinando que su salud pueda ser seria y permanentemente dañada.
2. En relación con el feto (eugenésico), es el que se realiza con el fin de prevenir enfermedades congénitas de naturaleza ambiental o genética.

##### B. Por razones ética o humanitarias.

Es el que se realiza por ser, el embarazo, producto de una violación, incesto, trato sexual con menores o personas con enfermedad o deficiencia mental.

##### C. Por razones sociales.

Se refiere al aborto en el que se toman en cuenta factores como la comunidad, familiares, de planificación familiar, de ilegitimidad, etc.

##### D. Por razones personales.

Se refiere al realizado por voluntad propia y sin necesidad de aducir causales. (Luis Ma. Leal 1980).

#### 4.1.3. ETAPAS Y FORMAS CLINICAS DEL ABORTO

Para un mejor conocimiento y desempeño de funciones referentes al aborto, resulta necesario aclarar a continuación, las etapas o fa

ses, así como las formas clínicas en que se presentan, tanto el aborto inducido, como el espontáneo.

### MODALIDADES EN QUE PUEDE PRESENTARSE EL ABORTO

#### AMENAZA DE ABORTO:

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

#### ABORTO DE EVOLUCION:

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

#### ABORTO INEVITABLE:

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

#### ABORTO CONSUMADO COMPLETO:

Es en el cual se efectúa la expulsión o extracción total de la placenta, membranas y feto.

**ABORTO INCOMPLETO:**

Es en el cual se efectúa la expulsión o extracción total de la -- placenta, membranas y feto, se retiene dentro del útero una parte de ellos. (CONAPO, 1982).

**FORMAS CLINICAS DEL ABORTO**

La siguiente clasificación, como se indicó, abarca tanto al aborto inducido, como al aborto espontáneo, mismo que, llegados a un punto, deben ser tratados terapéuticamente de idéntica forma.

**ABORTO ESPORADICO:**

Es el que se produce en una sólo ocasión.

**ABORTO HABITUAL O REPETIDO:**

Es la ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos; no debiendo intercalarse entre ellos embarazos a término, ni aún embarazos que hayan terminado en partos prematuros.

**ABORTO INFECTADO:**

Es un aborto asociado con infección de los órganos genitales.

**ABORTO SEPTICO:**

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

**ABORTO TEMPRANO O DE PRINCIPIO:**

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

ABORTO TARDIO:

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

ABORTO DIFERIDO, RETENIDO U OBITO INUTERO:

Es aquél en el que el embrión o feto muere en el útero, pero el producto de la concepción es retenido en el útero por 8 semanas o más.

ABORTO INAPARENTE O DUDOSO:

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

ABORTO FRANCO O DEMOSTRABLE:

Son aquéllos cuya existencia es indudable.

ABORTO COMPLICADO:

Es el que se presenta con patología como consecuencia del mismo, principalmente de tipo traumático, hemorrágico e infeccioso.

ABORTO NO COMPLICADO:

Aborto en el cual no se presenta patología como consecuencia del mismo.

ABORTO AUTOINDUCIDO:

Es el provocado por la misma gestante.

ABORTO INDUCIDO REPETIDO:

Supone la reincidencia en las acciones abortivas. (37)

(37) CONAPO, 1982. Etapas o Fases del Aborto. En Familia y Sexualidad. Tomo II. México. Pág. 310.

#### 4.2. DIMENSION SOCIAL DEL PROBLEMA DEL ABORTO EN MEXICO

La realidad del problema del aborto, parte de un hecho reconocido mundialmente; se estima que aproximadamente al año ocurren entre 40 y 60 millones de abortos inducidos en todo el mundo, señalándose se que un cuarto de esta población viven en países donde el aborto está prohibido, o lo permiten salvo cuando corre peligro la vida de la madre (Stanley Herishaw, 1986). Datos aportados con anterioridad por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1983, - indicaban que un elevado porcentaje de casos llegan a complicaciones médicas tales como infecciones más o menos graves, que producen un alto número de casos de mortalidad materna.

En nuestro país, es prácticamente imposible obtener cifras estadísticas confiables acerca del número de abortos que se llevan a cabo; la clandestinidad en que ocurren impide que se conozca la magnitud del problema; sin embargo, se estima que aproximadamente se registran dos millones de abortos anualmente (Villalobos Gallardo, Roberto, 1987).

La práctica del aborto, excepto en condiciones muy específicas señaladas por los Códigos Penales Mexicanos vigentes, indican que el aborto no está permitido en nuestro país; aunado a lo anterior, cabe mencionar el grave peligro que corre la abortante, dadas las condiciones técnico-sanitarias inadecuadas en que generalmente se efectúan. (Ramírez, Ignacio y Rivera Marín, Guadalupe, 1982). La misma ley, en los artículos 330 y 331 del Código Penal Mexicano, impide que el aborto sea realizado por personal capacitado, por lo tanto, pone en peligro la vida de la mujer.

Es importante indicar que en México, las cifras estadísticas de muerte por abortos realizados clandestinamente son alarmantes. -- Por ejemplo, en el año de 1981, según datos aportados por el Departamento de Salud Pública (Universidad Nacional Autónoma de México) la tasa fue de 1.37 por 100,000 mujeres entre los 25 y 34 -

años de edad. Por otra parte, la hospitalización a causa de estas complicaciones; en ocasiones mutilantes del aparato genital femenino, que a veces resulta necesario extirpar total o parcialmente; origina gastos elevadísimos. Muchas de las complicaciones mencionadas ocurren en situaciones que dejan a las mujeres con traumas psicológicos que perduran toda su vida.

El problema del aborto en México, es similar al latinoamericano, sobre todo en cuanto a las siguientes características:

1. Escaso uso de anticonceptivos eficaces.
2. Es un recurso utilizado por carencias económicas y por sobrepoblación familiar.
3. En niveles socioeconómicos altos el aborto inducido legal o ilegal, no necesariamente representa un problema de índole económico, puesto que se paga el servicio. Sin negar que la clase socioeconómica baja también paga el aborto. (Leal, L.M.1980).

#### 4.2.1. ALGUNAS CAUSAS DE EMBARAZOS NO DESEADOS

Ahora bien, en México, el embarazo que conduce a un aborto inducido, según Luis Alberto Vargas (1980), suele provenir o presentarse bajo tres situaciones diferentes:

1. Mujeres que inician su vida sexual, sin precaución para evitar el embarazo.
2. Mujeres que carecen de información sobre los métodos anticonceptivos.
3. Mujeres cuyo método anticonceptivo ha fallado.

Es evidente que bajo todas las situaciones antes descritas, la mu

jer enfrenta un conflicto personal que repercute de manera importante en su vida.

Otros autores consultados, entre ellos Martínez Roaro, M. (1985), coinciden en anotar como posibles razones de embarazos no deseados, algunas de las siguientes causas:

1. Desconocimiento o temor de los métodos anticonceptivos existentes.
2. Imposibilidad de cualquier índole sobre la adquisición de dichos anticonceptivos.
3. Olvido, negligencia o inexperiencia del hombre y/o la mujer sobre el uso de los anticonceptivos.

Puede anotarse, inclusive, que habiendo deseado, de una manera inicial, el embarazo, la mujer o la pareja deseen con posterioridad interrumpirlo por razones, graves o no, de diversa índole.

Por su parte, y más recientemente, el Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la publicación en su Gaceta (1987), suponen algunas causas por las que se puede generar un embarazo no deseado. Enseguida se anotan tales causas:

1. Mujeres que se atienen solamente al ritmo como método anticonceptivo, a veces existe resistencia al uso de otro método por temor, principios morales o ignorancia.
2. El embarazo como un deseo inconsciente de confirmar la femeneidad.
3. Por venganza, agresión o "desquite" hacia el compañero sexual; intención generalmente inconsciente; y suponemos que también cabe aquí mencionar la educación rígida y severa hacia la sexualidad en general.

Posteriormente, Juan Guillermo Figueroa, citado por Lovera, Sara (1989), al analizar los resultados sobre fecundidad y salud, realizada por el sector salud del país, a través de seis encuestas nacionales desde 1976 a la fecha, encontró que el 64.7% de las mu jeres interrogadas se embarazaron sin desearlo. El 50% tenían entre 25 y 29 años y tenían entre 1 y 3 hijos. Algunas reconocieron haber recurrido al aborto. El 80% provenían de clase media baja y no tenían la secundaria terminada. Muchas de ellas aceptaron que desconocían los métodos anticonceptivos.

#### 4.3. LA PRACTICA DEL ABORTO INDUCIDO EN MEXICO

##### 4.3.2. CARACTERISTICAS DE LA MUJER MEXICANA QUE RECURRE AL ABORTO

Juan Alberto Herrera Moro (1980), señala que las mujeres que más frecuentemente recurren a la práctica del aborto inducido, denotan las siguientes características:

Casadas o en unión libre	65%
De Religión Católica	86%
Madres de numerosos hijos	70%
De edades comprendidas entre 26 y 40 años	53%
De bajo nivel educativo	68%
De ingresos insuficientes o precarios	76%
Dedicadas a labores del hogar	49%
Dedicadas a los servicios o a la industria	19%

Datos recientes, aportados por la Investigación de Infante Castañeda C. y Cobos Pons Y. (1989), en el aborto inducido; estadísticas en la Prensa Nacional, mencionan que la mayoría de las mujeres que abortan son casadas; con más de tres hijos; de religión católica; la mayoría rebasan los 25 años; son de escasos recursos económicos; denotan bajo nivel de escolaridad o analfabetismo; y pertenecen a zonas urbanas y suburbanas en su mayoría.

Dentro del grupo de madres solteras, encontraron que: el 50% presenta tendencia a abortar; y que del total de las mujeres que se embarazan estando en el programa de planificación familiar, el 99% aborta.

#### 4.3.2. RAZONES QUE ADUCE LA MUJER PARA DECIDIRSE POR EL ABORTO.

Las razones principales que aduce la mujer para decidirse por el aborto inducido, según MariClaire Acosta (1977) y Juan Alberto -- Herrera M. (1980), son las siguientes:

- Número excesivo de hijos	52%
- Mala situación económica	27%
- Desavenencias conyugales	12%
- Ocultación social	6%
- Problemas profilácticos o terapéuticos	3%

De tal manera que, si atendemos a los abortos permitidos por ley, se tiene un porcentaje de sólo el 3.5% de los inducidos, lo cual indica que existen un 96.5% de abortos considerados ilegales.

Conviene señalar que las cifras a lo largo del presente trabajo - de revisión bibliográfica, evidencian de alguna manera, el efecto de la prohibición sobre la práctica del aborto inducido en nuestro país, motivo por el que ha resultado difícil la obtención de datos más exactos y de mayor confiabilidad, puesto que la mayoría de los artículos sobre aborto no mencionan la fuente o están débilmente referenciados.

Datos reportados por Marcela Martínez Roaro (1985) e Infante Castañeda y Cobos Pons, (1989), sólo enfatizan que en nuestro país - las principales causas por las que se decide la mujer por un aborto inducido son:

1. Una precaria situación económica.
2. El número de hijos que ya tiene.

Resulta evidente que ambas circunstancias deben considerarse como mutuamente dependientes, ya que lo uno incluye a lo otro, y que en nuestro país, como es obvio, la pobreza sobrepasa a la opulencia.

Por otra parte, a diferencia de lo que comúnmente suele pensarse, no es la mujer de "mala reputación" la que acostumbra recurrir al



aborto, sino la madre de familia con problemas económicos y dificultades para mantener y educar a un hijo más.

Luis Alberto Vargas (1980), señala otras motivaciones interesantes que existen para decidirse por el aborto.

Suelen considerarse como aspectos importantes de tipo médico o biológico, los abortos que se practican con el fin de evitar problemas de salud a la madre. El aborto terapéutico, así denominado en nuestra sociedad, es cuando existen entre otros: trastornos psiquiátricos, enfermedades renales y cardíacas, y algunos cánceres. Se debe considerar también la situación genética; es decir, cuando el feto presenta alteraciones o malformaciones que ameritan suspender el embarazo.

Otra causa por la que se aborta en México, y que no está contemplada en la ley, está referida a las estructuras sociales rígidas, entre ellas: cuando la mujer resulta embarazada por alguna persona que no se considere digna de pertenecer a la familia; también en los embarazos que resultan de relaciones fuera del matrimonio; así, se consideran igualmente razones para abortar los embarazos, productos de una violación, un padre ausente y por incesto. Así pues, en nuestra sociedad, a la mujer se le presiona a abortar cuando el embarazo ocurre al margen de la "decencia" o "las buenas costumbres". (Vargas, Luis Alberto, 1980).

Una razón de gran peso para abortar en nuestro país, está dada por una situación económica precaria, la mujer muchas veces aborta porque no puede sostener a un hijo más, o con el fin de poder trabajar y seguir contribuyendo al sostenimiento de la familia.

Principalmente, para algunas mujeres que trabajan, les resulta difícil conservar el empleo si tienen hijos. En nuestra sociedad no es fácil que sea compatible el rol de madre y de trabajadora responsable. Así, tenemos que, si bien legalmente no está estipulado

en ley alguna, el negarle el acceso a la mujer en estado de gravidéz, en realidad, las empresas niegan tal acceso e inclusive cuando son éstas las mujeres que más necesitan del trabajo.

Entre otras causas frecuentes que aducen las mujeres, cuando se presentan a los hospitales con aborto son: el haber cargado objetos pesados, el haberse caído de escaleras o lugares altos, o el haberse golpeado el vientre, incluso se presenta también el exceso de trabajo diario; pero ¿hasta qué punto estas causas son naturales o provocadas de manera inconsciente en la mujer?; es sabido que en nuestro medio, el -- aborto está matizado de una intensa carga negativa y, por lo tanto, se comprende que no es sencillo aceptar para la mujer que ella se ha provocado el aborto.

#### 4.3.3. MEDIOS Y PROCEDIMIENTOS A QUE RECURRE LA MUJER CUANDO DECIDE ABORTAR

Marieclaire Acosta (1977) señala que para provocarse un aborto, - la mayoría de las mujeres recurren frecuentemente, en orden de importancia a:

- Médicos	34.0%
- Comadronas	19.6%
- Ellas mismas	18.8%
- Parteras	8.4%
- Enfermeras	4.9%
- Estudiantes de medicina	0.4%

Tomando en cuenta lo anterior, podemos anotar que las mujeres que deciden hacerse un aborto, pueden hacerlo con iguales daños físicos o psicológicos, sean ricas o pobres. Sin embargo, en las mujeres de clase alta, o que pueden pagar médicos y hospitales más o menos competentes, a diferencia de las mujeres con posibilidades económicas inferiores, las alternativas de permanecer vivas después del aborto y con buena salud, son menos arriesgadas. Como quedo anotado - en la introducción del presente trabajo, tenemos que la ley sobre el aborto en México, tal y como está definida, propicia una situación de desventaja y tragedia mayor, sobre todo hacia las mujeres de escasos recursos, que la del aborto en sí mismo.

Puntualizando otro aspecto, MariClaire Acosta (1977) menciona la manera en que se aborta, es decir, los métodos más usuales son:

Legrado o raspado	24.6%
Introducción intrauterina de cuerpos extraños	22.8%
Ingestión de infusiones de diversas hierbas consideradas como abortivas.	14.4%
Inyecciones de sustancias salinas, jabonosas o avinagradas	13.9%
Medicamentos orales	6.6%
Ejercicios bruscos, golpes, etc.	2.9%

No obstante, se debe tomar en cuenta que un gran número (18.8%) - de mujeres mexicanas, suelen recurrir a la práctica abortiva por sí mismas (autoaborto), situación que puede considerarse peligrosa, puesto que exponen gravemente su salud.

A continuación se mencionan algunas características sobre los procedimientos abortivos que adoptan las mujeres en nuestro país. -- (Fernández de la Borbolla, R. 1982).

#### POCIONES Y TES:

En el campo mexicano existen una gran variedad de yerbas y plantas consideradas como abortivas y curativas. Entre ellas podemos citar la ruda, el toloache, el barbasco, etc. En este aspecto, se ha observado que en la vida rural se descubren más prácticas abortivas que anticonceptivas. Es importante mencionar que el uso de pociones y tés en la práctica abortiva no es privativo de los niveles socioeconómicos y culturales bajos, ya que también se ha -- visto su práctica en la clase media y alta.

#### AUTOMANIOBRAS:

La introducción de objetos en la vagina y el útero es una práctica frecuentemente observada. Se usa con frecuencia la aguja de tejer, con la idea de abrir el huevo. Esto representa gran peligro, ya que para que logre llegar a las membranas ovulares, la aguja -

tiene que introducirse a través del cérvix y dirigirla adecuadamente a la cavidad del útero. La posición misma y normal del útero hace que las perforaciones uterinas sean frecuentes y las lesiones del cérvix y vagina también. Las infecciones debidas a tal práctica aparecen frecuentemente de manera rápida y severa.

#### SONDAS INTRAUTERINAS:

Estas son introducidas al útero a través del cérvix por personal calificado o no, con la idea de despertar el proceso expulsivo -- por la presencia del cuerpo extraño en el útero; como es alojada en su interior por varias horas y hasta por días, la sonda comunica el medio vaginal y vulvar con la cavidad del útero y las infecciones son muy frecuentes.

#### CAUSTICOS VAGINALES:

Consiste en la introducción de cáusticos vaginales, principalmente las pastillas de permanganato de potasio. Representa un riesgo altamente peligroso porque ocasiona hemorragias severas, pues su acción no es abortiva y frecuentemente el embarazo continúa, pero obliga a reparar quirúrgicamente la lesión que deja la acción - - cáustica de la pastilla introducida en la vagina.

#### FARMACOS ORALES:

Entre los fármacos orales empleados como abortivos, se encuentran: la quinina, la apiolina, el cornezuelo de centeno o su alcaloide la ergotamina, en forma de tartrato y otros.

Cuando por efecto de estos fármacos se logra desprender el huevo, éste no siempre se expulsa, lo que ocasiona la complicación infecciosa o la hemorragia.

#### TALLOS DE LAMINARIA:

Los tallos de laminaria son pequeños cilindros de madera intensamente hidroscópica, extraídos de una planta del océano del Mar -- Girdie, que aumentan su volumen con la humedad cuando son introducidos en el cérvix. Entre seis y ocho horas aumenta de tres a cin-

co veces su tamaño, hecho que ocasiona contracciones uterinas y aborto. Su aplicación toma sólo unos minutos y se asocia a escasas molestias de la paciente. Usando los recursos técnicos de asepsia y antisepsia, las complicaciones sépticas son mínimas.

#### HORMONAS COMO ABORTIVOS:

Los estrógenos y la progesterona han sido experimentados como abortivos con resultados negativos. Los estrógenos pueden modificar la capa uterina (endometrio), impedir la implantación del huevo cuando se administran en la segunda mitad del ciclo, pero no son capaces de desprender el huevo implantado.

#### DILATACION Y LEGRADO:

Bien practicados, indiscutiblemente, es el procedimiento actual considerado como el mejor para el tratamiento del aborto del primer trimestre, pero amerita consideraciones especiales.

Frecuentemente se practican dilataciones sin legrado, con vías de inducir el aborto o extracciones parciales del huevo en espera de su expulsión posterior. Tal procedimiento aumenta el número de infecciones, hemorragias y transforman la operación en un peligro para la vida y la función posterior. Cuando se lleva a cabo después de doce semanas con imposibilidad de extraer el embrión y las membranas, se recurre frecuentemente a maniobras violentas y laceraciones de útero o cuello uterino.

#### SUCCION O ASPIRACION OVULAR:

La aspiración del huevo puede hacerse en etapas postovulatorias, o en etapa postmenstrual inmediata (15 días de retraso menstrual). En el primer caso, se denomina antifertilidad postovulatoria y en el segundo, inducción de la menstruación. En ambos casos, ese procedimiento de consultorio o de sala de cirugía de pacientes externos, no requiere de anestesia general, pocas veces local. Es mejor practicarlo en la segunda semana de amenorrea que en la primera.

Después de la segunda semana de retraso menstrual, se utiliza el aspirador eléctrico con presiones negativas entre 50 y 70 cms. de HG. y con cánulas rígidas, de diámetro que oscila entre 4 y 14 mm. Frecuentemente se requiere dilatación para su práctica.

#### SOLUCIONES INTRA-AMNIOTICAS (DENTRO DEL HUEVO):

Representa la técnica actual de elección en embarazos de 16 semanas o más. -A través de puncionar el abdomen se llega a la cavidad en donde se encuentra el producto (cavidad amniótica) y se perfunde solución salina, glucosada o con prostaglandinas, o solución de uréa 53%. Se logra el aborto entre 30 y 36 horas después. Falla en el 5% de los casos. No debe practicarse en la 13a. y la 15a. semanas, porque se eleva el número de complicaciones.

#### HISTEROTOMIA:

Es la operación quirúrgica en la que se extrae el huevo mediante corte del útero (microcesárea). Se usa en el segundo trimestre -- del embarazo, por personal médico; su eficacia es absoluta y el riesgo puede considerarse moderado, sin embargo, a partir de tal intervención ya no habrá fertilidad subsecuente.

#### HISTERECTOMIA:

Es la extirpación del útero con todo y el huevo. Sólo se lleva a cabo cuando se registra enfermedad en útero y embarazo. Su eficacia es absoluta y el riesgo se considera moderado; después de esta intervención no hay posibilidad de fertilidad subsecuente.

Después de esta descripción, podemos concluir lo siguiente:

1. Que los procedimientos que realizan médicos o personal calificado son los que más baja mortalidad y morbilidad ocasionan.
2. Los riesgos son menores si se llevan a cabo en el primer trimestre del embarazo, que en el segundo.
3. En cuanto a tiempo, el aborto más peligroso resulta el que se

practica entre la 13a. y 15a. semana de embarazo.

4. La succión temprana puede ser realizada por personal paramédico entrenado.
5. La mortalidad y la morbilidad se reducen cuando se atienden a nivel hospitalario y, en este caso, la mortalidad por aborto es más baja que por parto.
6. Cuando la mujer aborta y es atendida por personal no calificado, es más frecuente que se provoque la esterilidad involuntaria, complicaciones severas y en muchos casos, la muerte de la abortante.
7. Entre más temprano es el embarazo, el costo del aborto es menor. (Fernández de la Borbolla 1982).

Un esquema resumido y de gran utilidad que además contempla tanto al personal, como a la eficacia y a la posibilidad de comprometer la fertilidad subsecuente, respecto al aborto inducido, ha sido elaborado por el Dr. Manuel Mateos Candano, que se encuentra detallado en el Cuadro No. 4.

#### 4.3.4. CONSECUENCIAS MEDICAS Y PSICOLOGICAS POR ABORTOS MAL REALIZADOS

La situación frente al aborto en nuestro país, prohibición legal, social, moral y religiosa, hace que la práctica abortiva, cuando se lleva a cabo, se realice por los medios y procedimientos más variados y, muchas veces, bastante inadecuados y peligrosos, exponiendo la salud de la abortante, ya que por otro lado, sólo ante la presencia de complicaciones, es que acude la mujer a los servicios médicos o asistenciales.

CUADRO 4

PRACTICA DEL ABORTO  
PROCEDIMIENTO Y PERSONAL QUE LO PRACTICA

PROCEDIMIENTO	PERSONAL	EFICACIA	RIESGO	FERTILIDAD SUBSECUENTE
Pociones	Yerbera	Baja	Mediano	Frecuentemente comprometida
Automaniobras	La mujer	Eventual	Muy Elevado	Comprometida
Fármacos orales	Farmacéuticos, personal no ca lificado.	Sólo a dosis tóxicas	Elevado	Frecuentemente comprometida
Cáusticos vaginales	Personal no ca lificado.	Ineficaz	Elevado	Eventualmente comprometida
Tallos laminaria	Parteras, médi cos.	Elevado	Se complemen ta c/legrado elevado sin asepsia.	Frecuentemente comprometida
Dilatación y legrado	Médico, partera	Elevado	Menor	Eventualmente comprometida
Succión	Médico	Elevado	Mínimo	Eventualmente comprometida
Soluciones intraamnióticas	Médico	Elevado	Mínimo	Eventualmente comprometida
Hormonales, estrógenos, an drógenos, prostaglandinas.	Farmacéuticos Pers.no calif.	Nula	Mínimo	Eventualmente comprometida
Hormonales prostaglandinas	Médico, enfermera	Elevado	Mínimo	Aparentemente nula
Procedimientos en inmunoló gicas, vacuna antigona dotro fínica	En proceso de in vestigación médi ca.	Elevado	Mínimo	Temporal o definitiva
Radiación/drogas citotóxicas	Médico	Relativa	Mediano	Infertilidad
Histerotomía	Médico cirujano, ginecólogo	Absoluta	Mediano	Infertilidad
Histerectomía	Médico cirujano, ginecólogo	Absoluta	Mediano	Infertilidad

Fuente: Manuel Mateos Candano. (1980), en: El Problema del Aborto en México. México, Ed. Porrúa, S.A. Pág. 81-82.

Luisa Ma. Leal (1980) apunta que cuando menos, una de cada cinco mexicanas en edad fértil ha abortado; lo delicado de esta situación estriba en que la gran cantidad de estos abortos ocurre en forma clandestina, mediante procedimientos rudimentarios y sin su pervisión médica o de personal capacitado.

Por su parte, Marta Lamas (1980) señala que el aborto en nuestro país ocupa el tercer lugar como causa de mortalidad materna, y -- menciona que el aborto, derivado de complicaciones físicas, acarrea más muertes que las ocasionadas por diabetes o por cáncer -- uterino o mamario.

En sus tesis sobre aborto, Alicia Migoni (1983) reporta que, según estimaciones, uno de cada tres abortos inducidos, presenta -- complicaciones tales como: hemorragias, infecciones o abortos realizados incompletos, situación que demanda, en muchos casos, la -- hospitalización, provocando que de un 7 a un 14% de estos casos, terminen en la muerte de la paciente.

Conviene señalar que en realidad no pueden encontrarse registros confiables sobre defunciones por abortos mal realizados, puesto -- que suelen disfrazarse las causas reales. Por ejemplo, cuando a -- causa de una perforación uterina se paralizan los intestinos, se puede encubrir la muerte por aborto, argumentando un cuadro de peritonitis.

La dificultad en la obtención de datos confiables sobre las consecuencias por abortos mal realizados, se traduce igualmente en la falta de datos estadísticos en México, o inclusive en que los -- existentes reportan ya más de cinco años en que se llevaron a cabo; aún así, si tales datos existieran, aparecería la situación -- de que el aborto, mientras esté prohibido legalmente en nuestro país, mostrará cifras inferiores como efecto del temor a trasgredir tal -- ley (reglamento), de tal manera que sólo es posible bajo este ámbito, tomar como referencia la mortalidad en los casos de aborto

séptico, que puede tomarse como sinónimo de aborto inducido, puesto que en el aborto espontáneo, las infecciones son secundarias.

La frecuencia de mortalidad por aborto séptico va del 2 al 10%, y su causa primordial es el shock bacteriémico, según reporta Leal Ma. L. (1980).

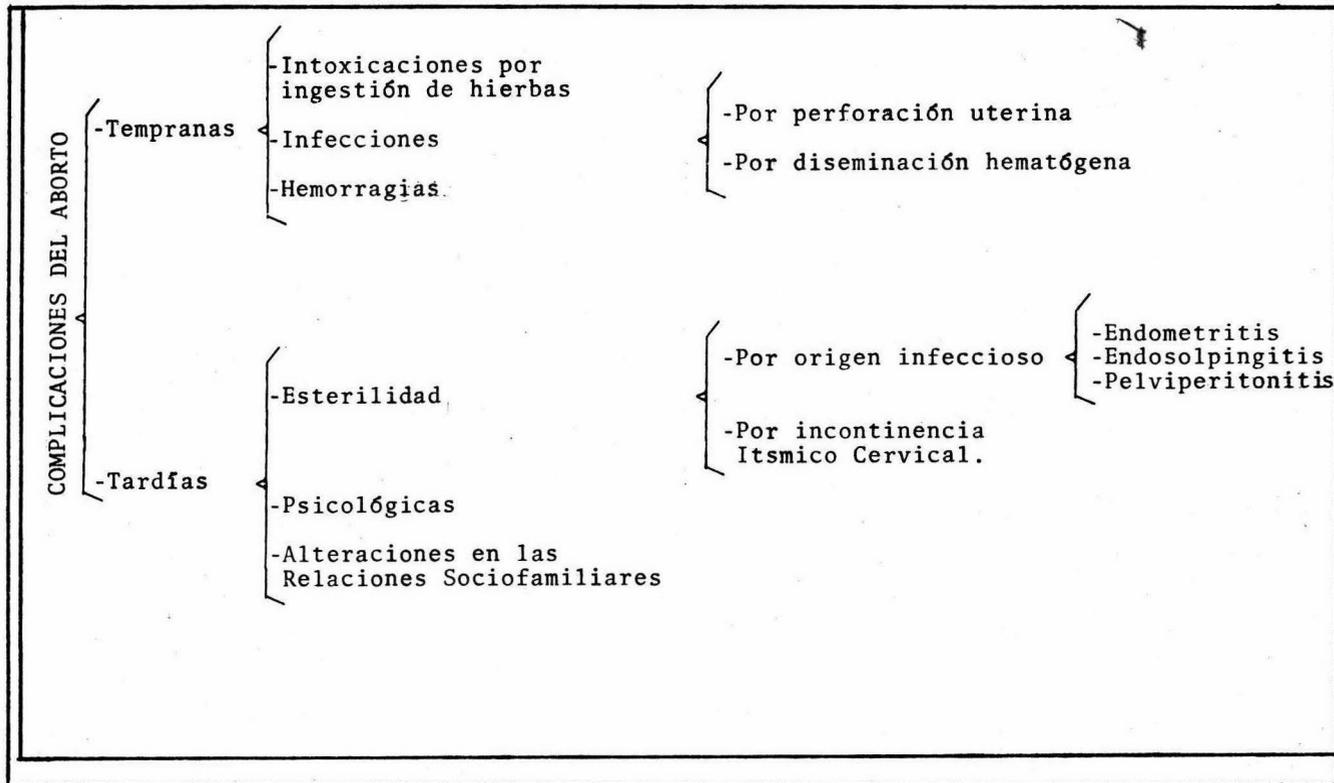
Podemos anotar que las complicaciones más frecuentes en la práctica abortiva, a nivel inducido, son: las infecciones y las hemorragias.

La infección como complicación del aborto inducido está relacionada en un principio a los genitales internos; luego puede generalizarse y llegar a producir en la paciente una septicemia, hasta -- provocar lo que se denomina estado de shock séptico y consecuentemente la muerte.

Cabe mencionar que las complicaciones por aborto inducido deben distinguirse entre las directamente asociadas al aborto, y aquellas cuyos padecimientos preexisten a otras enfermedades. Igualmente conviene diferenciar a las que se presentan según la manera en que se realiza el aborto; es decir, el sitio donde se lleva a cabo el procedimiento seleccionado, los recursos utilizados y -- edad de la mujer cuando se provoca el aborto, etcétera.

Se debe tener en cuenta antes que nada, si existe peligro de mortalidad en la abortante, así como las complicaciones relacionadas en el momento de la inducción del aborto; también las que se presenten en el momento postoperatorio y, finalmente, si existe afectación en la fertilidad posterior. Leal Luisa Ma. (1980).

A continuación se presenta un cuadro que resume las complicaciones por aborto más frecuentes, sobre todo desde un punto de vista médico.



Fuente: Revista Facultad de Medicina (1974). Vol. XVII. No. 3. Pág. 19

Conviene tener en cuenta que en el aspecto de atención médica, a nivel institucional, el costo por un aborto es muy variable, ya que depende del tipo de aborto que se presente, y que va desde un legrado simple hasta un aborto séptico, cuya estancia en el hospital requiere hasta de dos semanas y, por ende, mayores costos a nivel económico. Barbosa Kubli, Agustín (1980).

Tietze (1980), menciona que a causa de complicaciones en el aborto, ha sido necesario el empleo de intervenciones quirúrgicas, y transfusiones, con presencia de fiebre hasta durante ocho días o más; y las reacciones consideradas como leves, suponen la presencia del vómito solamente o fiebres ligeras..

Por su parte, el Dr. Garrido, citado por Migoni (1983), señala como las complicaciones más severas por el aborto mal realizado a la infertilidad causada por infección en los ovarios y los procesos inflamatorios crónicos.

Alberto Herrera Moro (1980) opina que las consecuencias psicológicas por un aborto inducido, tales como psicosis, neurosis, depresión, intentos de suicidio; no parecen deberse al aborto mismo, es decir, al hecho de abortar, sino que más bien son provocados por el conjunto de circunstancias familiares y sociales en que ocurre el aborto. Este autor señala que respecto al perfil psicológico de la mujer que solicita el aborto, dicho patrón presenta: profunda depresión, dificultad en la obediencia de reglamentaciones y en el control de impulsos; dificultades sociales, ansiedad, miedos irracionales y otros. Sin embargo, cabe mencionar que 1 de cada 5 mujeres en México presenta este perfil entre los 14 y 15 años de edad. (Por comunicación personal de la Dra. Ruth González S. (1989).

Ma. del Carmen Vilar y Carmen Riaza, citadas por Migoni (1983), enfatizan que las complicaciones físicas, respecto al aborto, no son las más importantes, sino los trastornos psicológicos derivados de éste, puesto que le es más fácil a la mujer sacar al producto del útero que de su pensamiento.

Tenemos pues, que los trastornos psicológicos que puede tener una mujer después del aborto inducido, pueden estar fundamentados básicamente en la dinámica social en que está inmersa la mujer. De tal manera que en los países donde la práctica abortiva es permisiva, la mujer presenta menos alteraciones emocionales derivadas del aborto; considerando la posibilidad de que en dichos países - también la educación sexual integral ocupa un lugar primordial.

Por otra parte, algunos autores, han llegado a considerar que el aborto en sí no causa perjuicio alguno a nivel psicológico, entre ellos César Pérez de Francisco (1980), e inclusive opina que las mujeres que no se ligan afectivamente al feto, evolucionan mejor después de haber abortado, sin embargo, esto no excluye que el -- abortar provoca inevitablemente la introyección de sentimientos - de culpa y depresión, puesto que la mujer ha incurrido en algo cu ya cultura presenta como un acto extremadamente condenable. La mu jer mexicana que ha abortado de manera inducida, se enfrenta pues a un conflicto psicológico en donde la sociedad se encargará de - agravar tal situación.

A la mujer en nuestro país le resulta muy difícil planificar sus embarazos, sea soltera o casada, ya que por un lado puede no to-- mar las medidas preventivas necesarias, por intenciones, ya sea - conscientes o inconscientes, o por otro lado, aún usando tales me didas preventivas pueden éstas haber fallado.

Por otra parte, las institucioneso clínicas encargadas de la aten ción médica, realizan disimuladamente un número alto de abortos - inducidos, así, la mortalidad materna por complicaciones en los - abortos clandestinos va en un aumento constante. No obstante, no todo acaba ahí, ya que al mismo tiempo esta situación acarrea - - igualmente costos económicos elevados. Si tomamos en cuenta que - después de provocarse el aborto la mujer debe continuar bajo aten ción médica.

Rafael Rufz H. y Ciro Silva M. citados por Migoni (1983), anotan

que cada año mueren, por abortos mal realizados 130 mil mujeres; otros autores reportan ya en años posteriores la cifra de 200 mil muertes anuales (1981) por esta misma causa.

Conviene anotar que las personas de un nivel socioeconómico bajo tienden a recurrir a la inducción en el aborto con tardanza, es - decir, cuando las complicaciones pueden ser mayores. (Mariclaire Acosta, 1976).

Entre otros autores, Juan Alberto Herrera (1980), opina que es difícil explicar el precio que pagan las mujeres ante la experiencia de un aborto inducido: angustia, riesgos en su salud y dinero. El aborto constituye pues un problema social, no puede nulificarse, sería injusto negar el sufrimiento de cada una de las mujeres que se deciden por tal experiencia, no lo hacen por gusto, no es un grupo de unas cuantas, es un contingente de millones de abortantes en nuestro país.

Por otra parte, el Dr. Manuel Mateos Candano (1976), opina que se le debe prestar protección médica a la mujer que aborta, así como eliminar el clandestinaje mediante la reglamentación de un código sanitario, que contemple beneficios, tanto físicos como mentales en la mujer cuando aborta, ya que las demoras en cualquier sentido, ponen en peligro su salud.

#### 4.4. LEGISLACION Y ABORTO

##### 4.4.1. LEGISLACION MUNDIAL Y ABORTO

Cabe anotar que en las últimas décadas se ha observado un cambio en cuanto a la legislación del aborto. Por lo menos 43 países, es decir, casi la generalidad de los países europeos han reformado sus legislaciones en esta materia, asumiendo una forma más o menos amplia sobre la voluntaria interrupción del embarazo.

Cuarenta países, por ejemplo, han tomado en cuenta como atenuantes del aborto causas como: peligro de muerte de la mujer, peligro para la salud física, peligro para la salud mental de la misma, peligro para la salud del feto, violación, incesto, sociales, sociomédicas o socioeconómicas. Al menos ocho países han considerado la autorización del aborto durante un período no mayor al primer trimestre del embarazo. Otros veinticuatro países ha promulgado leyes tendientes a permitir el aborto por razones de salud física o mental, cuando existen riesgos de salud respecto al feto. Juan Alberto Herrera Moro (1980).

Podemos anotar que la mayor parte de los países antes mencionados han estimado compatible la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, no solamente desde una perspectiva dentro de las normas constitucionales, sino también desde un ámbito de preocupación por aspectos sociales y médicos. Zulita Fellini Gandulfo (1985).

Sin embargo, no podemos descartar la situación de la mayoría de los países latinoamericanos, entre ellos México, donde las legislaciones no han tenido una repercusión y divulgación en cuanto que la mujer pueda hacer valer sus derechos y garantías. De tal manera que, en los países desarrollados la despenalización

del aborto es un logro de la mujer.

Tal logro no ha tenido igual suerte en la sociedad mexicana; si bien el aborto constituye un grave problema de salud, las fuerzas conservadoras mantienen, aunque sea de manera anacrónica, una legislación atada a la expresión jurídica de siglos pasados. (T. de -- Barbieri, 1986).

Podemos anotar que lo permisivo o no sobre la interrupción en el embarazo, está sujeto a diversos mecanismos, cuya estructura responde en mucho a las necesidades sociales de cada país. Sin embargo, una legislación que permita la interrupción del embarazo, no está exenta de problemas técnico-jurídicos. Es importante describir, por lo menos brevemente, conforme a la Organización Mundial de la Salud, la posición sobre las diversas legislaciones existentes respecto al aborto.

- A. Legislaciones que no permiten el aborto en ninguna circunstancia.
- B. Las legislaciones que permiten el aborto únicamente por causas médicas.
- C. Las legislaciones que permiten el aborto por disposiciones médicas y por razones médico-sociales.
- D. Legislaciones que permiten el aborto por disposiciones sociales y económicas. (Sánchez-Cordero Dávila, Jorge A. 1980).

Antes de continuar con la descripción sobre los aspectos legales del aborto, conviene aclarar algunos términos comunmente usados, sobre todo en el plano jurídico. Tales definiciones son propuestas por Carmen Lugo (1977).

- Indicaciones Médicas: para salvar la vida de la madre; para -- preservar la salud de la madre; motivos médicos no especificados.

- Indicaciones Eugénicas: para prevenir la transmisión de enfermedades hereditarias e impedir el nacimiento de niños susceptibles de contraer desórdenes físicos o mentales como resultado de una lesión intrauterina.
- Indicaciones Éticas: en casos en que el embarazo es consecuencia de un acto criminal, como violación, incesto o trato sexual con menores o personas afectadas por enfermedad o deficiencia mental.
- Indicaciones Médico-sociales: refiere varias partes anteriores muy seguidas, dificultades domésticas resultado de la presencia de otros niños en el hogar, situación económica difícil o enfermedad de otros miembros de la familia.
- Indicaciones Sociales: número de hijos, muerte o invalidez del esposo, ilegitimidad.

#### 4.4.2. EL ABORTO EN EL CODIGO PENAL MEXICANO

En nuestro país puede considerarse que el aborto es aún a una práctica penalizable. El Código Penal Mexicano para el Distrito Federal y Territorios Federales, no ha tenido modificación alguna en lo concerniente al aborto desde el año de 1931; en el proyecto de reformas al mencionado Código Penal del año de 1983, se incluía la despenalización del aborto por causas eugénicas y económicas graves y justificadas, sin embargo, el proyecto no fue aprobado y en la actualidad mantiene la misma estructura que en 1931.

Los artículos referentes al aborto en el Código Penal Mexicano, están contenidos en el Capítulo IV y son los siguientes:

Artículo 329.- Aborto es la muerte del producto de la concepción

en cualquier momento de la preñez.

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

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

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

- I. Que no tenga mala fama.
  - II. Que haya logrado ocultar su embarazo, y
  - III. Que éste sea producto de una unión ilegítima.
- Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión.

Artículo 333.- No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.

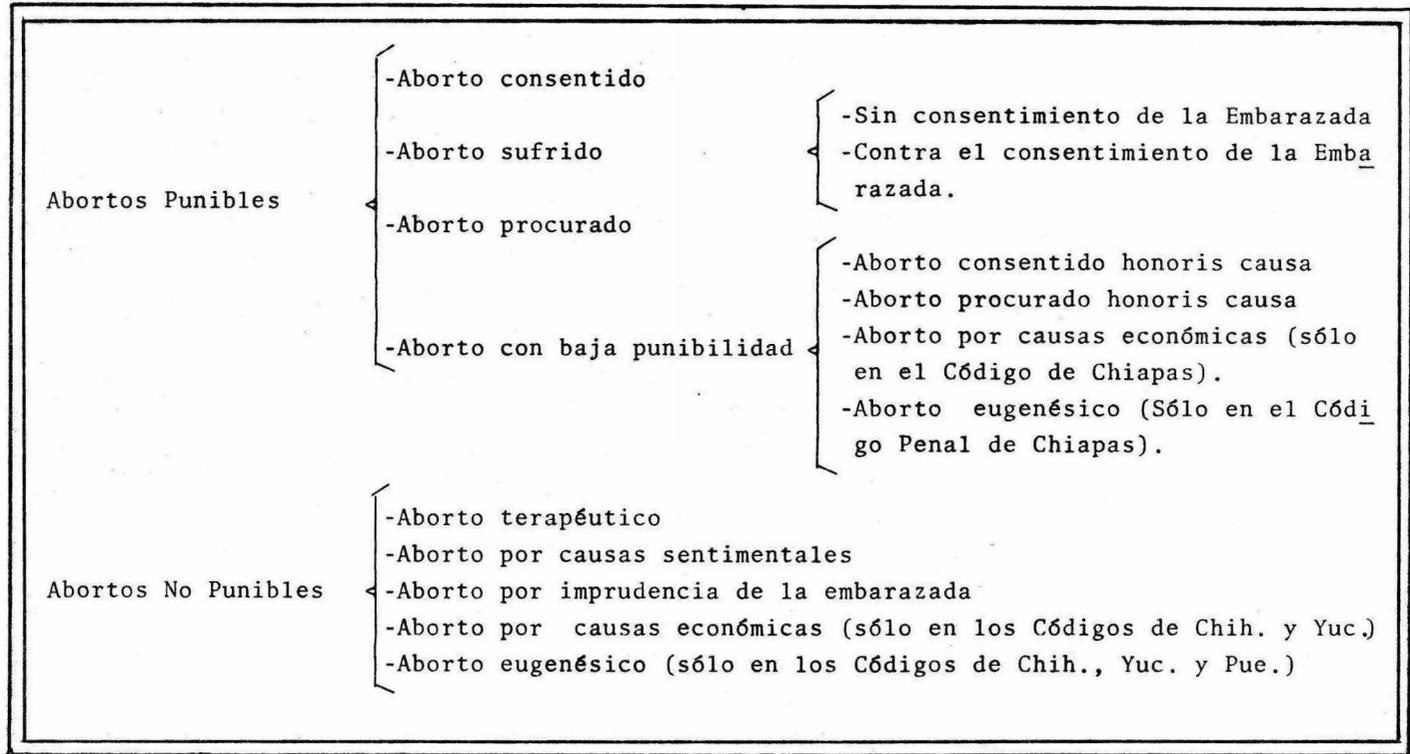
Artículo 334.- No se aplicará sanción; cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora. (38)

(38) Código Penal Mexicano para el Distrito Federal. (1981). Cap. IV. Aborto. Ed. Porrúa. Pág. 105.

Según la punibilidad del aborto, se puede resumir en el siguiente:

CUADRO 6

PUNIBILIDAD DEL ABORTO



Fuente: Martínez Roaro, Marcela (1985). Delitos Sexuales. México. Ed. Porrúa, S.A. Pág.295.

Un análisis más detallado en cuanto al aborto en el Código Penal, indica que, si bien en México el aborto está legalizado, puesto que existen leyes que especifican las condiciones en que éste es o no permitido, resulta necesario aclarar que el aborto puede ser considerado punible o no punible, es decir, delictuoso bajo diferentes tipos y circunstancias.

Tenemos pues que en México, el Código Penal, en relación al aborto, señala como delictuosos los siguientes tipos:

1. Aborto consentido.- Se refiere a la muerte del producto de la concepción, causada por un tercero, con el consentimiento de la mujer preñada. En este tipo de aborto serán objeto de sanción quien le provoca el aborto, o bien la mujer misma. Ambos se presentan como sujetos activos; el sujeto pasivo es el producto de la concepción.
2. Aborto procurado.- Es la propia mujer embarazada la que causa la muerte al producto de la concepción (autoaborto). La mujer es el sujeto activo, mientras que el producto será el sujeto pasivo.
3. Aborto sufrido.- Se produce cuando cualquier persona, sin el consentimiento de la mujer embarazada, causa la muerte del producto de la concepción. El aborto sufrido puede presentarse bajo dos formas: a) sin violencia y b) con violencia, ya sea física o moral. Si existe violencia el delito es más grave, puesto que se atenta a un tercer bien, la libre determinación de la mujer embarazada.

En los casos de abortos por consentimiento y procurado, la punibilidad se verá aminorada, si concuerdan los llamados móviles de honor, es decir, que la mujer que aborta:

- 1) No tenga mala fama.
- 2) Que haya logrado ocultar su embarazo, y
- 3) Que el producto de la unión sea ilegítima.

Cuando una de las circunstancias antes mencionadas falte, se aplicarán de uno a cinco años de prisión. En el aborto sufrido y en el consentimiento, si el sujeto mediante el cual se lleva a cabo el aborto, es médico, comadrón o partera, la punibilidad se agravará; además de las sanciones privativas de libertad, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión. La regulación de los abortos antes mencionados está contenida en los artículos 329 a 332 del Código Penal.

Los abortos considerados no punibles son los siguientes:

1. Aborto por estado de necesidad, llamado también terapéutico; se excluye del Código Penal en el campo de lo ilícito al aborto realizado por un médico cuando pelagra la salud de la mujer embarazada. Es decir, que el doctor que atiende a la mujer tenga la convicción de que si ésta no es atendida mediante la interrupción del embarazo, morirá. La ley obliga en estas circunstancias a oír el dictamen de otro médico a fin de atestiguar la legalidad de tales hechos. Cabe preguntarse qué pasa cuando se presenta el caso en los que el médico no está presente y es urgente realizar el aborto, pues la demora traería consigo la muerte de la mujer.
2. Se excluye de lo ilícito al aborto siempre que éste sea resultado de una violación. Esta situación contempla que la mujer violada merece una consideración especial, puesto que no sólo sería injusto, sino brutal, imponerle el nacimiento de un hijo engendrado contra su voluntad.
3. Cuando el aborto es causado sólo por la imprudencia de la mujer; entendiéndose por imprudencia cuando se actúa con negligencia, impericia, falta de cuidado o irreflexión. La ley considera que es injusto que sufra más la mujer, si ya ha perdido sus esperanzas de maternidad. Motivo por el cual, bajo estas condiciones esta modalidad del aborto no es punible; sin embargo,

cuando la imprudencia es provocada por un tercero, a éste se le pena con tres días a tres años de prisión (Artículo 333. 2a. parte). Por otro lado, sería tal vez más congruente asentar -- que cuando en un aborto exista imprudencia, tanto de la mujer como de terceros, la una y los otros pueden ser considerados -- como responsables, a diferencia de la situación en que la mujer no haya tenido ni la más remota intención en abortar.

Tenemos pues que sólo bajo estas condiciones el aborto se aparta del campo de lo ilícito, en consecuencia, en situaciones a veces dramáticas en las que la mujer embarazada recurra al aborto -- no son contempladas por el legislador, tales como: peligro de -- transmisión de enfermedades hereditarias o contagiosas, desórdenes físicos o mentales en el futuro niño como resultado de una le sión extrauterina; en el caso de que la preñez sea consecuencia -- de un incesto o de relación sexual con menores o personas afectadas por enfermedad o deficiencia mental; también en el caso de in validéz o de muerte del esposo; en caso de que la mujer embarazada sea prostituta, etc. (De la Barreda, Luis, 1985).

En cuanto al aborto en las entidades federativas tenemos que los Códigos Penales de las mencionadas entidades siguen los lineamientos del Código Penal para el Distrito Federal, salvo las siguientes excepciones:

- A) Los Códigos de Puebla, Chihuahua y Yucatán no sancionan el -- aborto realizado por motivos eugenésicos, previo dictamen de -- peritos.
- B) El código de Chiapas acepta las razones eugenésicas como circun-- circunstancias atenuantes.
- C) Chiapas incluye a las causas económicas como atenuantes, en -- tanto Yucatán y Chihuahua consideran no punible el aborto que obedezca a circunstancias graves y justificadas.
- D) El Código Penal de Quintana Roo excluye del campo de lo ilícito al aborto realizado ante la posibilidad de que el niño nazca --

con alguna anormalidad.

- E) En el Código de Veracruz, por causas eugenésicas dictaminadas pericialmente, no se sanciona el aborto, sin embargo, cuando la mujer es violada, sólo puede abortar dentro de los 90 días siguientes; lo que resulta injustificado, ya que se ha visto que no siempre la mujer encuentra con facilidad quien le realice el aborto. (39).

Ricardo Franco Guzmán, citado por Mariclaire Acosta (1976), señala que si se modificara la legislación mexicana actual sobre el aborto, no se incrementaría su incidencia, sino que se conocerían las estadísticas reales de frecuencia, ya que se incluirían en ellas los abortos llevados a cabo clandestinamente, y que a la fecha ocurren sin ser registrados y, por otra parte, el hecho de la constante violación de los artículos que prohíben el abortar en nuestro país carecen de una fundamentación legal suficiente para suprimir el delito de aborto, sobre todo de nuestra falta de realismo, al no contemplar los factores de tipo económico que afectan a gran parte de la población.

Por su parte, Marcela Martínez Roaro (1985), menciona que la abrogación o exclusión de la legislación penal del aborto voluntario, ofrecería las siguientes ventajas:

1. Brindaría a la mujer que desee abortar, el auxilio médico idóneo que le permita conservar la salud y la vida.
2. Daría a la mujer la oportunidad de acudir a solicitar lícitamente un aborto, implica el propiciar un acercamiento a la información adecuada sobre las desventajas -graves- del aborto y las ventajas de los anticonceptivos o la esterilización, según el caso.
3. Se ayudaría a la mujer a abortar en condiciones más adecuadas y menos peligrosas, mediante una directa y debida información,

(39) De la Barreda Solórzano, Luis (1985) El Aborto en los Códigos Penales Mexicanos. En Fellini, Righi y De la Barreda. El Aborto Tres Ensayos Sobre. . . Un Crimen? México, UAM.P.103.

cambiar la costumbre de planificar abortando, por la de evitar el embarazo.

4. Desde un punto de vista económico, se reduciría enormemente el costo del aborto.

"El estado con sus amenazas penales y quienes se oponen a la destipificación del aborto por razones "morales" imponen a la mujer, primero nueve meses de embarazo y, luego, una maternidad de por vida, sin ofrecerle a cambio ayuda económica alguna, eso sí, muchos buenos consejos" (40)

(40) Martínez Roaro, Marcela (1985). Delitos Sexuales. México. Ed. Porrúa, S.A. Pág. 300.

#### 4.5. LA MORAL Y EL ABORTO EN MEXICO

Detrás de la ley, existe en nuestro país, una posición moral frente al aborto, es decir, es considerado como un problema de índole moral. Dirigentes políticos, teólogos, médicos, expresan ideas en contradas en dos sentidos. Por un lado, unos sostienen que el aborto constituye un asesinato, independientemente de la etapa del embarazo en que sea practicado; los otros consideran al aborto como un elemento esencial para el control de la natalidad y reclaman la extensión de servicios en la terminación del embarazo a la mujer que lo demande (Juan A. Herrera Moro 1980). Bajo este ámbito tenemos que el sustrato moral que subyace en el aborto es el siguiente: si bien por un lado, unos consideran amoral el hecho de llevar a cabo un aborto, los otros por su parte, consideran amoral el negarle apoyo y ayuda a la mujer que aborta.

El dogmatismo moral que condena al aborto inducido, descansa en una perspectiva tradicional en donde las normas morales establecidas e inapelables ni siquiera admiten cuestionamiento, y a las cuales el individuo debe someterse sin discusión.

La iglesia católica enfatiza que provocar el aborto y, por lo mismo, legalizarlo o facilitarlo, es un atentado contra la dignidad de la persona; es algo totalmente opuesto a la naturaleza humana; es antisocial e inhumano; es una acción cobarde contra un inocente que no tiene la posibilidad de defenderse. Propone el que deba promoverse toda una política positiva para que existan alternativas concretas posibles y honrosas ante el aborto, y establece que no ha cambiado ni puede cambiar la tradición de la iglesia sobre el derecho y el respeto a la vida; es decir, una oposición radical frente al aborto y a cualquiera de sus manifestaciones.

La polémica surge precisamente de las consecuencias de eliminar a un ser humano, y parte de la cuestión es saber si el feto es o no un ser humano, o en qué momento de la vida fetal es ya un ser humano. (Graciela Hierro, 1978).

Pensemos que la definición de vida en que se basa la moral, podríamos decir vigente en la mayoría de los mexicanos, es la sustentada por la iglesia católica, que sostiene que la vida empieza en el momento de la concepción. Sin embargo, tal aseveración, profundizando un poco más, queda como una opinión más entre otras; - sobre todo cuando la ciencia, por otro lado, no ha podido afirmar categóricamente (ni negar) tal aseveración.

Ahora bien, conviene tener en cuenta que si bien la posición de la iglesia católica ante la problemática del aborto es una; existen, sin embargo, el CPDE (Católicos Pro Derechos a Escoger), organización que, desde 1973 en Estados Unidos, viene desarrollando una postura ética frente al aborto, enfatizando que se puede llegar a una decisión contraria a la iglesia católica, siempre y cuando se sustente una conciencia informada y resuelta frente a los conflictos de valores, es decir, nadie puede ocupar o decidir la responsabilidad moral de otra persona para evaluar algo tan complejo y multicausado, como lo es la persona misma frente a su decisión para abortar. (Lamas, Marta, 1989).

Es innegable de cualquier manera que en México el aspecto religioso influye en la mayoría de la población, a través de normas, pautas de comportamiento y valores; México es un pueblo tradicionalmente vinculado a lo religioso, pero cabría anotar que tanto la legislación, como la iglesia católica no deben servir como arma en la sugestión o imposición de principios, a veces determinantes, para los demás. Dentro de una corriente u otra, si se trata de defender la inviolabilidad de la vida, se deben defender sobre todo el derecho a nacer y a ser deseado en un medio y en condiciones que permitan el más pleno desarrollo dentro de lo posible de las facultades del ser humano. (Isabel Molina, 1976).

La mujer que aborta en nuestro país, no es irresponsable, o al menos no necesariamente lo es, la mayoría saben que la repetición de abortos es nociva para la salud, y que lo deseable no es abortar, sino prevenir la concepción; quizá sea necesario enfatizar que luego de uno o varios abortos se debe adquirir el compromiso moral de usar sistemáticamente alguna forma de anticoncepción, lo cual hace evidente e indispensable la información y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos, dentro de una educación sexual integral.

Podemos anotar, como señala Graciela Hierro (1977), que en el aborto, el valor o no del feto, lo contiene definitivamente la persona que entra en relación directa con él, en este caso, la madre y será ella quien elige el valor que desea conferir. En nuestra sociedad el ser madre, buena o mala, sana o patológica, libre u oprimida, depende también del entorno en que se ha desarrollado como mujer para ejercer la maternidad madura o inmaduramente.

La justificación moral del aborto debe ser parte de un sistema coherente e integrativo, que considere la sexualidad humana en todos sus aspectos, si toma en cuenta sólo el aspecto científico, descuidaría a todos los valores morales que también son parte del ser humano, y a la inversa. Para que los valores morales adquieran justificación debe considerarse el aspecto científico.

Cada vez se enfatiza más la necesidad de que la mujer que afronta un embarazo no deseado, pueda exponer su situación de una manera clara, franca y abierta, ante especialistas interesados en mejorar la condición de todo ser humano, de una manera moralmente libre y sin miedo.

"El derecho a la vida supone, no el derecho a no ser privado de la vida, sino al derecho a no ser privado de la vida injustamente" (41)

(41) Jarvis Thomson, Judith (1983). Una Defensa del Aborto en: Debate Sobre el Aborto. España. Ediciones Cátedra, S.A. P. 21.

#### 4.6. SITUACION PSICOSOCIAL DE LA MUJER QUE ABORTA EN NUESTRO PAIS

En nuestro país, la mujer que opta por el aborto inducido, enfrenta una serie de conflictos emocionales y morales que ponen en peligro su salud mental, dado que en nuestra sociedad, como se mencionó en el primer capítulo, el principal papel de la mujer ha sido el de ser madres, esposas y amas de casa; bajo el desempeño de estas funciones es que se le ha valorado y, entonces, le han sido adjudicadas, igualmente, características tales como: dependencia, conformismo, pasividad, sumisión, etc.; tal contenido acerca de lo femenino; como señala Frida Saal, citada por Isabel Martínez (1987); no está ligada necesariamente a una naturalidad biológica, sino que tal imagen es más bien producto de una determinada situación social, histórica e ideológicamente.

Es importante pues, señalar que si bien, aparentemente los roles sexuales se han ido transformando en algo más flexible, actualmente se continúa manteniendo una misma jerarquía de poder, donde el rol sexual masculino ocupa un estatus superior o de dominación, y el rol sexual femenino un estatus inferior o de subordinación, misma que impide que tales roles no se vean transformados en su estructura. (Martínez, Isabel, 1987).

Por otra parte, el último aspecto que generalmente se toma en cuenta, cuando se habla del problema de aborto, es el psicológico; algunos autores, entre otros Esperanza Brito de Martí y Diana Rozenfaing (1977), señalan que la mujer que aborta en nuestro país se enfrenta, por una parte, ante unas leyes severas y represivas, que condenan antes que analizar la decisión de la abortante como un acto delictivo, sin contemplar que el aborto puede ser la solución responsable ante un embarazo contraindicado; y por otra parte, nuestra sociedad tradicional e injusta frente al rol materno, ya gratificándolo, pero sin un apoyo efectivo frente a las necesi

dades más elementales para cumplir tal rol.

Así, el aborto se convierte pues, en una experiencia traumática, más grave aún cuando se lleva a cabo en condiciones deplorables - de higiene, con carencias marcadas en cuanto a recursos médicos y dentro de un contexto social de clandestinaje.

Puede decirse que el aborto constituye un problema social, más -- que individual, y que se agrava más entre los grupos marginados y de escasos recursos, en donde se aborta como una pérdida derivada de condiciones al abandono, miseria, promiscuidad, alimento insuficiente, carencia extrema de afecto; las mujeres pertenecientes a clases acomodadas tienen la oportunidad de acudir a recibir -- atención médica, clandestina en el país o legal en el extranjero, sin que corra peligro su vida por la práctica del aborto. (José - Cuelf, 1980).

Sin embargo, aún para las mujeres en quienes la situación económica no es un problema, la punibilidad del aborto ejerce un impacto intenso, que suscita la aparición de sentimientos de culpa, auto--destrucción, depresión y frecuentemente rechazo de la pareja, precisamente -- por actuar en contra de una norma socialmente introyectada, lo que ha ce siempre del aborto, una experiencia traumática, que determina que ninguna mujer desee el aborto. (Clara Elena Molina, 1977).

El aborto inducido en cuanto a su relación con la sexualidad, com parte los sentimientos de suciedad, pecado, vergüenza y conde nación, (anatematización), motivo por el cual el llevarlo a cabo, aparte de ser vivido como una pérdida, se agrava por las condicio nes en que se haya realizado o de lo conveniente que haya sido o no tal decisión. De tal manera que las fantasías de destrucción - que rodean al aborto se manifiestan en la idea de muchas mujeres de haber quedado frías o estériles después del mismo. Diana -- Rozenfaing (1977).

"La condena frente al aborto no es pues, sólo la ley, sino también el desprecio, el ocultamiento y el reproche que rodea a la mujer, quien no sólo afronta un hecho quirúrgico, una problemática psicológica, sino también una sanción social". (42)

(42) Diana Rezenfaing (1977). El Psicoanálisis y el Aborto. Fem. México. Vol. I. No. 20. Pág. 21.

#### 4.7. ASISTENCIA PSICOLOGICA PARA LA MUJER QUE HA ABORTADO EN MEXICO

Aunque en nuestro país la asistencia a la mujer que ha abortado es nula en cuanto a servicios y atención emocional, y sólo puedan mencionarse instituciones como el Centro de Orientación y Apoyo a Personas Violadas, quienes brindan apoyo legal y psicológico mediante el Grupo de Movimiento Nacional de Mujeres, C.V., y el Centro de Apoyo para Mujeres Violadas, que prestaban, entre otras funciones, asistencia médica y psicológica para las mujeres que han abortado en condiciones de agresión, podemos señalar que estos -- dos únicos centros en el Distrito Federal, son insuficientes, e -- inclusive la infraestructura que les es asignada para el desempeño de su labor es deficiente, tanto a nivel económico, como de -- espacio y personal profesional, sobre todo si tomamos en cuenta -- que no sólo el problema del aborto, sino el de violación física, cobran cada día cifras más alarmantes en nuestro país.

De todos modos, cabe mencionar que innumerables autores, principalmente respecto al aborto, han planteado, desde tiempo atrás, -- una forma de atención que pueda ayudar a la mujer que aborta en -- la elaboración de tal experiencia. Diana Rozenfaig (1977) por -- ejemplo, enfatiza la necesidad de que el personal médico y paramédico tengan suficientes conocimientos psicológicos, que permitan -- un trato y un manejo adecuado de estos pacientes, en cuanto a su repercusión afectiva en la salud mental.

Asimismo, no es inútil insistir en que las mujeres no desean simplemente abortar, menos repetir tal experiencia, de hecho ningún autor de los revisados para la integración del presente trabajo, plantea el aborto como un sistema de control natal, ni siquiera -- de planificación familiar, es factible que aún si fuera legalizado el aborto, seguiría siendo el último recurso ante un embarazo no deseado.

Cabe mencionar que una de las alternativas de mayor organización y trabajo sistematizado, que contempla aspectos de atención y apoyo frente al problema del aborto en nuestro país, fue presentada en noviembre de 1979, por la Coalición de Mujeres Feministas y otros grupos afines; se trata del proyecto de ley sobre maternidad voluntaria, y que tiene como objetivo el proponer ante la Cámara de Diputados, en torno al problema del aborto, el que la maternidad sea voluntaria y contemplada como un derecho de las mujeres a decidir libre y conscientemente sobre el número y espaciamiento de los hijos que quiera tener, todos los hijos deseados, ningún hijo no deseado.

El proyecto en cuestión implica aspectos que van más allá de la legalización de la práctica libre y gratuita del aborto; incluye cuestiones tales como educación sexual, información sobre anticonceptivos, aspectos médicos y legales, etc.

Entre los planteamientos considerados más importantes para el presente trabajo, se encuentran:

- Que tanto la mujer como el hombre conozcan, tengan acceso y utilicen métodos anticonceptivos, prescritos de acuerdo a su historia clínica.
- Que la investigación en torno a la tecnología anticonceptiva se evalúe de acuerdo a los riesgos que representa para la salud, tanto de mujeres como de hombres.
- Que a los proyectos de planificación familiar se añaden proyectos de desarrollo, donde las mujeres pueden encontrar nuevas opciones, además de la maternidad.
- Que se implanten sistemas de información que permitan a las mujeres y hombres de los diferentes estratos sociales, el análisis

zar e interpretar las situaciones relacionadas con la reproducción. No esterilización forzada.

- Que existan programas adecuados para asegurar la sobrevivencia de los hijos, ampliando las oportunidades para su crecimiento y desarrollo integral. (43)

Puede\* concluirse que sólo se recurre al aborto como un último recurso. El rechazo a la penalización del aborto no significa aprobar su práctica, sino propugnar por el alivio de un complejo problema social. En todo caso, es mejor que una mujer aborte libre y responsablemente con toda la atención posible a nivel médico, legal y social y quede viva, a que una mujer aborte con todas las - agravantes de la penalización que se le imponen a la práctica - - abortiva y por lo tanto muera. No hay mujeres que aborten por gusto. (De la Barreda S. L., 1985).

(43) Fem (1980). Debate Sobre Temas Feministas. En: Fem. Vol.III  
No. 2. Págs. 67-72.

**C A P I T U L O**

**V**

**DISCUSION**

### 5.1. CONCLUSIONES

En nuestro país existe un desequilibrio entre los hechos sociales y las ideas que los sustentan, evidenciando un desajuste tremendo entre lo que se debe ser y lo que realmente se es. Bajo este contexto, se dejan al margen algunas de las necesidades que requieren de una atención urgente, tal es el caso del aborto, cuya problemática se presenta fragmentada, distorsionada o evadida.

A través del presente trabajo, puede constatarse que la nuestra, es una sociedad en la cual las desigualdades económicas, sociales y culturales son brutales para todos. Sin embargo, en el caso de las mujeres, tales conflictos se vuelven más agudos. Parece ser que lo anterior está fundamentado por la manera que denota nuestra sociedad de reaccionar frente a lo femenino. (Luisa Ma. Leal, 1980)

Tenemos pues, que tal y como está constituida la complejidad socio cultural y sexual en que está inmersa la mujer mexicana, el abortar representa una experiencia traumática que amenaza su salud, -- tanto física como mentalmente.

Tomando en cuenta que la respuesta por parte del Estado, mediante la política poblacional, ha sido "idonea", si consideramos que en la actualidad la anticoncepción ha alcanzado niveles hasta de un 37.7% de posibilidades de no embarazo. (Información de la Dra. -- Ruth González S., 1989). observamos, sin embargo, que sigue en aumento el problema del aborto; tenemos pues que si hablamos de cambios, éstos han de ir insertos en una educación sexual integral, -- dentro de un proceso de concientización, no sólo información sexual, que -- de todos modos bien hace falta a un nivel cada vez más objetivo, franco y responsable. La educación sexual integral implica el derecho justo de toda mujer --en el caso del aborto-- al uso y conocimiento de medios no dañinos de control de fecundidad, analizando sus ventajas y riesgos;

el derecho a preservar su salud reproductora, al apoyo en cuanto a la reducción en número de abortos, ampliando sus opciones en lo referente a procreación, así como el derecho y libertad a cuestionar el significado que para ella tiene el embarazo, si éste es o no deseado por ella; a cuestionar las condiciones o circunstancias bajo las cuales ocurre su embarazo; a interrogar o interrogarse junto con el hombre (si tiene pareja) sobre la conveniencia o postergación de interrumpir un embarazo; es decir, una sexualidad femenina, donde la maternidad sea un derecho que las mujeres puedan ejercer si así es su decisión.

Después de haber revisado que las causas principales por las que las mujeres llevan a cabo el aborto, y que son: el número excesivo de hijos y una precaria situación económica, y enfatizando que ambas deben estimarse como mutuamente dependientes, podemos comprender que quienes se oponen al aborto, fundamentando a éste como un supervalor intangible y absoluto, deben entender que el valor de la vida parece no guardar mucha coherencia con la práctica de grupos y personas que, siendo opositores del aborto, no respetan en absoluto la vida humana. Bajo estas condiciones, cabe preguntarse si agrupaciones del tipo de Pro-vida no tendrán intereses orientados hacia la presión política a fin de evitar una posición de apertura y apoyo en relación con el aborto. En todo caso, ¿qué tipo de valores se defienden? si se ataca en nombre de "la vida". La decisión única e inalienable de cada mujer sobre su propio cuerpo, mediante la prohibición y la coerción, cuya fuerza radica más en la imposición y censura que en reconocer sus derechos humanos como mujer.

El valor de la vida, estriba en la relación de la persona portadora de esa vida, de la calidad y el deseo que se tengan frente a la maternidad en congruencia con la colocación social, económica y cultural de quien engendra. De tal manera que si la vinculación o el equilibrio se hallan rotos, en alguna de estas partes, el aborto implicará un serio conflicto con la realidad.

El dolor experimentado por la mujer a causa de un aborto inducido, tal y como lo evidencian las actuales circunstancias en México, - suponen una violencia que trasciende al sufrimiento del cuerpo; - al hecho de impedirle que aún en tales momentos, la mujer carezca de un trato profesional y humano, la colocan como un ser marginado y desprotegido.

No es inútil insistir que para comprender la dinámica que enfrenta la mujer que voluntariamente aborta, han de entenderse -lo más profundamente posible- las causas y circunstancias del entorno -- psicosocial en que tal experiencia se lleva a cabo. Puesto que -- quien aborta en nuestro país, compromete seriamente sus capacidades reproductora, sexual y emocional; ante la imposibilidad de recibir atención adecuada, tanto a nivel hospitalario, o de ser - - atendida por personal calificado y amén de recibir orientación o apoyo psicológico.

Si bien puede ser cierto que el aborto no sea necesariamente un - generador de tal o cual cuadro patológico, y también cierto - -- que el abortar desencadena alguna patología sólo en aquellas mujeres en quienes de antemano existen condiciones predisponentes para tal manifestación; podemos anotar que mientras la mujer viva - el aborto como una trasgresión de normas, viva la mentira y el -- ocultamiento, la soledad, la culpa y el temor frente a la muerte, se estará evidenciando el papel de una sociedad que no educa ni - orienta, ni enseña a prevenir, puesto que en nuestro país, el Estado se ha preocupado sólo en alcanzar el medio más efectivo - de controlar la natalidad, descuidando la modificación de usos, - costumbres y mentalidad que conduzcan a una sexualidad más libre y plena; quizá por no tener que afrontar la atención y servicios que requiere toda mujer que aborta, empobreciendo así la conformación democrática de la mujer, devaluándola como sujeto ético, - jurídico e integral.

Causa asombro darse cuenta que en materia sobre aborto, el Código Penal vigente de nuestro país, está al margen de la condición sociocultural de la mujer actual, y por lo mismo resulta anacrónico;

el citado Código Penal no observa cambio alguno desde 1931, año - en que fue modificado por última vez, ocasionando con esto una serie de mayores y graves conflictos a los del hecho del aborto en sí mismo.

Por otra parte, el aborto provocado sólo se permite bajo dos condiciones, a saber: cuando el embarazo es producto de una violación o cuando corre peligro la vida de la madre, situación que no obstante, es imposible llevar a cabo, debido a las complicaciones moralistas y burocráticas, ocasionando una elevada práctica clandestina, en medio de una situación médica sin higiene y sin control, así como el mercado negro de clínicas ilegales con alto costo económico y social. Tenemos pues una enorme disociación en - cuanto a la realidad frente a los postulados enmarcados por el Código Penal vigente, enfatizando que la penalización del aborto no ha logrado los efectos pretendidos, y sí en cambio ha originado - otros indeseables, en donde finalmente se ven degradados tanto la ética médico-profesional, como la dignidad de las mujeres.

Mientras más amplio sea el margen de legalidad frente al aborto, más se abarcarán las diferentes tendencias sociales existentes; - frente a la pluralidad de opiniones y discrepancias en torno al - aborto; el permitirlo será el mejor testimonio de respeto, quienes consideren impropio el abortar, pueden abstenerse de hacerlo, pero siempre será éticamente válido si quien desea hacerlo, lo -- lleva a cabo por convicción. Parece ser que los legisladores en - nuestro país están muy lejos de entender esta situación. Por otra parte la iglesia católica, fusionada con el Estado, coincide en - considerar al aborto inducido como un acto miserable, como un pe cado grave, mediante una moral sexual que atribuye a la maternidad un vitalismo fetal privilegiado, pero olvidando que en realidad en nuestro país, poco apoyo y atención se brinda a la tan socorrida maternidad.

Si tomamos en cuenta que en México, como señala Alberto Siniego - (1987), la enfermedad mental está condicionada por factores socia

les y económicos, comprenderemos que la elaboración del duelo por el aborto en la mujer, tendrá características que, en primer lugar, harán que tal duelo no sea comparable a ningún otro duelo, y que por otra parte, el haber incurrido en un acto considerado al margen de las costumbres y normas tradicionales en nuestra sociedad, agravarán la resolución por la vía sana de tal elaboración.

Las valiosas aportaciones desde la teoría del psicoanálisis y psicólogos clínicos, en cuanto a la conceptualización de la depresión y elaboración de duelo que, en el presente trabajo se extrapolan al estudio del aborto, indican que los trastornos originados por el aborto dependen del significado que para la mujer tiene el deseo o no del embarazo, cuya esencia es la reacción frente a la estructura del deseo, así como también el momento histórico y la actitud sociocultural imperante ante el embarazo. Respecto al duelo, es decir, al proceso de elaboración ante la pérdida, se tiende a sufrir, a negar o aceptar tal pérdida y a readaptarse ante la realidad, como una condición necesaria para evitar manifestaciones patológicas de personalidad. El problema principal de la pérdida ante el aborto, bajo estas condiciones, consiste pues en tratar de incorporar la pérdida, condición esencial de un duelo normal.

La labor de duelo se verá perturbada si ha predominado un sentimiento de culpa; nada ajeno a la experiencia de la mujer mexicana ante el aborto, puesto que se ha optado por un acto considerado como un delito; culpa que puede desembocar en la manifestación de defensas de tipo destructivo, manifestándolo en rabia y desilusión intensos hacia el mundo exterior; de tal manera que sólo el cambio y la elaboración profunda, aunadas a una comprensión realista y cada vez más adecuada, en términos legales de mejores condiciones técnico-sanitarias, así como de atención médica y psicológica, por parte de la sociedad, podrán ayudar a resolver el conflicto frente a la problemática del aborto.

Sin embargo, cabe mencionar que el estudio del fenómeno abortivo,

dentro del campo de la psicología, y en especial desde el psicoanálisis, ha tenido poca resonancia en cuanto a investigación y -- formulación teórica. La teoría psicoanalítica parece no ahondar, es más, parece no tocar el tema del aborto; por mucho tiempo nadie habló del tema, y sin embargo, siempre se ha abortado, esto -- sin duda es sintomático, pues aún ahora parece que las investigaciones sobre este tema se truncan; ¿será que el acto de abortar no está dirigido hacia el ser, sino hacia su deseo o no, y sus condi ciones de aparición?; ¿será que las reacciones emocionales y mora les frente al aborto difieren en función de épocas y países?; ¿se rá que no obstante hablar de instinto maternal, no resulta del to do legítimo? ¿será que el aborto está expresando en realidad -- otros males, síntoma de una sociedad que no ha sabido organizar -- su política sexual como debiera?; ¿será que frente a todo lo ante rior se carece de una ausencia de métodos e instrumentos que conduzcan a la integración de una teoría general que dé cuenta de -- una comprobación consistente y fáctica hasta el punto de aclarar lo general y lo particular de este fenómeno?

Parece ser que por mucho tiempo ha sido y será, mientras las actuales condiciones prevalezcan en torno al aborto, (ilegalidad, -- satanización, peligro para la salud de la abortante, etc.) improbable y difícil de integrar y esclarecer un marco teórico y conceptual, unificado, que dé cuenta de los fundamentos sobre el fenómeno abortivo. Motivo por el cual se plantea como urgente el -- apoyo a futuras investigaciones en torno a la problemática del -- aborto; de otra manera no sería posible avanzar en pro de la salud emocional y física de la abortante.

## 5.2. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las principales limitaciones en la realización del presente trabajo de revisión bibliográfica, está referida al material de consulta, encontrándose que existe un evidente problema en cuanto a conocimiento, exactitud y confiabilidad respecto a las estadísticas sobre aborto, expresadas en cifras disímiles y dudosas. Esta situación impide conocer con precisión la realidad del problema y, por lo tanto, dificulta las vías para solucionar tal problemática. La inconsistencia proviene básicamente de las diferentes y hasta encontradas tendencias, que dan cuenta cada una desde su punto de vista, de tal fenómeno.

Por otro lado, gran parte de las estadísticas sobre el aborto es tan débilmente referenciadas, situación que refleja el desconocimiento real y la seriedad del problema, así como la falta de apoyo institucional a investigaciones básicas. Por comunicación personal de la maestra Selma González S., se tiene la referencia de investigaciones llevadas a cabo a un nivel de licenciatura, sobre aspectos afines al presente trabajo, sin embargo, tales trabajos, como se anotó anteriormente, adolecen de tal apoyo.

Si bien, se pretendió en todo momento el que la información obtenida mantuviera una solidez y una misma línea teórica, innumerables ocasiones se enfrentó la dificultad de integrar autores con muy diversas y hasta encontradas posturas y metodologías, de tal manera que analizar cuidadosamente dichas investigaciones, fue otro punto que implicó esfuerzo en la presente revisión bibliográfica.

Otra limitación se presenta por el hecho de que al estudiar el aborto como un fenómeno social, se carece de una sólida teoría general que unifique la cantidad de variables que la conforman, aparte de la ausencia de métodos y procedimientos que dificultan

una comprobación consistente y fáctica, puesto que el aborto es - un fenómeno multicausado, motivo por el cual el presente trabajo puede desembocar en una postura subjetiva, en su intento de dar - explicación a un fenómeno cualitativo irreductible a parámetros - objetivos.

Mi intención al llevar a cabo el presente trabajo, partió de un - cuestionamiento frente al dilema de los hijos nacidos o no del de - seo, tomando en cuenta que en última instancia, el verdadero obje - to del deseo es el que se pueda desear algo por el valor que ese algo tenga para otro sujeto. (Bleichmar, 1986).

Sin embargo, en el caso del aborto, el hijo no pasa por el deseo de la madre y, aunque el acto de interrumpir un embarazo no desea - do pueda ser una decisión de profunda convicción, conlleva a una situación de intenso conflicto y dolor emocional, pues mientras - el aborto inducido se viva como una trasgresión por un entorno -- psicosocial como el nuestro, habrá pocas posibilidades de asumir una maternidad plena, donde cada hijo sea realmente deseado. De - hecho cabe preguntarse: ¿qué pasa con la mujer que aún no deseando al hijo, lo tiene?, cuestión que por su innegable importancia merece de un estudio aparte.

El aborto, como parte de un conflicto en torno a la sexualidad, - se encuentra enjuiciado valorativamente, y comparte los problemas de tabúes y mitos culturales que impiden muchas veces llegar a -- elucidad de manera clara y objetiva, la realidad y magnitud de la problemática.

Todo el mundo parece tener un punto de vista frente al dilema del aborto, sin embargo, muchas veces sólo se trata de expresar jui - cios infundados u opiniones insostenibles a un nivel serio y obje - tivo.

Parece ser que el haber realizado una investigación referida pre - dominantemente a lo "femenino" ha motivado a que no sólo al final,

sino durante el transcurso del presente trabajo, me haya sido - - cuestionada tal elección, es decir "llama la atención" que un hombre en un contexto sociocultural como el nuestro, se preocupe por la condición de la mujer; tal vez mi postura se inscriba a contra corriente respecto a los patrones socioculturales imperantes, patrones donde se valora de diferente manera lo masculino y lo femenino, estableciendo para cada sexo distinto estatus, sobrevalorando lo masculino y devaluando lo femenino, situación que reproduce finalmente el tipo de relación que el sistema social requiere para continuar funcionando.

Si bien, la mujer es la principal protagonista y es ella la que - pone en riesgo su salud física y emocional; y es ella la que vivirará el temor y la angustia del aborto, debemos considerar que - - existen hombres que no embarazan irresponsablemente a la mujer, - el hombre también puede experimentar angustia, inestabilidad y temor ante el embarazo imprevisto de su pareja; el hombre también - enfrenta prejuicios machistas que se han perpetuado y lo colocan como un ser denigrante, sobre todo en cuanto al ejercicio de su - sexualidad, parece que en general, frente al rol femenino se le - adjudica comportamientos que distorsionan su adecuación socio--sexual, no siempre el hombre abandona, rechaza o agrede, no siempre el hombre es un ser vil por su torrente sexual incontenible; no siempre el hombre es incapaz de expresar ternura; no podemos - hablar de mejorar la condición de uno sólo, de la sola mujer, si aún no es el hombre libre también.

Es cierto que la mujer está oprimida y marginada, pero también el hombre padece tal condición, moverse en un plano de impresión - respecto a las relaciones sexuales y descubrir que sólo existen - dos maneras de contracepción masculina (vasectomía y preservativo) dejan entrever grandes fallas en la investigación y educación - - sexual; si el hombre tuviera acceso a otros medios de contracep--ción, podría también tener una expresión más confiable y segura - en el ejercicio de su sexualidad.

El haber realizado un trabajo referido a la mujer, significa mi ausencia, lo más enteramente posible, de cálculos interesados en tal o cual rol; en todo caso no soy el único hombre al que le preocupa la condición de la mujer en México, están Federico Fernández, el Dr. Manuel Mateos Cándano, Javier Flores, entre otros, con quienes comparto una postura similar frente a la problemática del aborto, investigadores a quienes mucho respeto.

Se debe tomar en cuenta que la mujer que aborta, requiere necesariamente de asistencia, apoyo y orientación, no solamente a nivel médico, sino también psicológico, como una parte importante a que tiene derecho, a fin de elaborar de una manera más sana el duelo por el aborto.

La falta de ayuda en este sentido, representa algo profundamente injusto, y se agrava a la situación de sufrimiento que ya de por sí implica el aborto.

Resulta comprensible que la falta de cualquier tipo de información sexual, aunada a una carencia de educación sexual en un sentido integral, se viven como algo impostergable, puesto que quien aborta actualmente, para el precio más alto a causa de tal ignorancia.

Es cierto que para un cambio de ley sobre la liberación del aborto se requiere de una profunda investigación sobre contra-concepción, tanto femenina como masculina, así como de una educación sexual integral, situación que no debe ser frenada por el ejercicio de un poder que oculta, trunca o distorciona tal apertura; se requiere de la formación de un juicio firme y franco, sobre lo que conviene a cada quien en particular; donde se tenga una clara conciencia de que la reproducción no es lo único que se deriva de las relaciones sexuales; el placer y el enriquecimiento del amor pueden obtenerse mediante el sexo en todas circunstancias; si se tiene como fin la procreación, ésta debe ser precedida por una actitud de bienvenida y deseo del hijo, no el descuido o rechazo.

Si el aborto se legalizara, las mujeres podrían empezar, entre --  
otras alternativas, a tomar decisiones a nivel moral en un clima  
de auténtica libertad, y entonces, comenzaría a ser una realidad  
el respeto a los derechos de las mujeres, en particular el básico  
e inalienable: a decidir sobre su propio cuerpo.

**B I B L I O G R A F I A**

## B I B L I O G R A F I A

1. Aborto: Problema de Salud Pública. (1987). En Gaceta UNAM. - México. Noviembre. Dirección General de Servicios Médicos. Departamento de Salud Pública. UNAM.
2. Acosta MariClaire, et al. (1976). El Aborto en México. México. Archivo del Fondo No. 57. Ed. Fondo de Cultura Económica.
3. Aguilar, Ma. Norma y Patak, Esther. (1983). La Depresión durante el Climaterio en Mujeres que Trabajan Fuera del Hogar y en Amas de Casa. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
4. Alvarez, Alfredo J. (1985). La Mujer Joven en México. México Ediciones El Caballito.
5. Aray, Julio (1968). Aborto. Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires, Argentina. Ed. Hormé.
6. Barbieri, Teresita. (1984). Mujeres y Vida Cotidiana. México Fondo de Cultura Económica.
7. Barbieri, Teresita. (1986). Movimientos Feministas. En: Grandes Tendencias Políticas Contemporáneas. México. Coordinación de Humanidades. UNAM.
8. Barbosa Kublí, Agustín. (1980). El Aborto en México. En: El Aborto: Un Enfoque Multidisciplinario. México. UNAM.
9. Bedolla, P. y García, Blanca Elba. (1987). El Hostigamiento Sexual en los Espacios Laborales. En Revista: Casa del Tiempo. UAM. Sep-Oct. Vol. VIII. No. 73. Págs. 13-17.

10. Bejar Navarro, Raúl. (1979). El Mexicano: Aspectos Culturales y Psicosociales. México. UNAM.
11. Bellak y Small. (1986). Psicoterapia Breve y de Emergencia. México. Editorial Pax-México.
12. Berea, Ma. del Carmen. (1984). Aspectos Socioculturales en las Actitudes hacia la Sexualidad Femenina. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología. UNAM.
13. Bernhard, Bron. (1983). Psychiatrische und Esthische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs. En: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie. V. Göttingen, abteilung Für Psychiatrie, -- West Germany. Octubre. Vol. 51 (10). 342-354.
14. Bleichmar, Hugo B. (1986). La Depresión: Un Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires, Argentina. Ed. Nueva Visión.
15. Boizblatt, Arturo, et al. (1983). Depresión Postaborto: Estudio de Casos y Controles. En: Actas Ibero Españolas de Neurología y Psiquiatría y Ciencias Afines. Hospital del Salvador, Servicio de Psiquiatría, Valparaíso, Chile. Sep-Oct. Vol. II (5). P. 391-394.
16. Bowlby, John. (1983). La Pérdida Afectiva. Argentina. Ed. -- Paidós.
17. Braunstein, et al. (1978). Psicología: Ideología y Ciencia. México. Siglo XXI Editores.
18. Cuelf, José (1980). El Aborto en el Marginado Psicológico. - En: El Problema del Aborto en México. México. Ed. Porrúa, -- s.a.
19. De la Barrera, Luis. (1985). El Aborto en los Códigos Penales Mexicanos. En: El Aborto, Tres Ensayos sobre . . . ¿Un Crimen?. México. UAM.

20. De la Fuente, Ramón. (1975). Papel de la Depresión en la Patología Humana (Dirigido) En: Neurología de la Conducta Humana. México. Simposio Syntex.
21. De Lille F., Leonor. (1978). El Aborto desde un Punto de Vista Psicoanalítico. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
22. Doring, Erika. (1987). El Papel de la Mujer en los Centros de Educación Superior. En: Revista Casa del Tiempo, UAM. Universidad Autónoma Metropolitana. México. Vol. VIII. No. 73. Sep-Oct. 1987. Págs. 11-12.
23. Farbain. (1962). Estudio Psicoanalítico de la Personalidad. Argentina. Ed. Hormé.
24. Fellini Gandulfo, Zulita. (1985). El Problema del Aborto en México y en el Derecho Comparado. En: El Aborto, Tres Ensayos sobre . . . ¿Un Crimen?. México. Universidad Autónoma Metropolitana.
25. Fenichel, O. (1979). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Argentina. Editorial Paidós.
26. Fernández de la B. R. (1982). El Aborto Inducido. En: Familia y Sexualidad. México. CONAPO (Dirigido). Vol. II. Págs. 303-330.
27. Fernández, Rosa Ma. (1982). Sexismo: Una Ideología. En: Imagen y Realidad de la Mujer. México, SEP-SETENTAS-DIANA. Pág. 62-79.
28. Freud, Sigmund (1916-17). Duelo y Melancolía. En: Obras Completas. Tomo II. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, España. 1973.

29. Fromm-Reichmann, Frieda. (1973). Psicoterapia Intensiva en los Manfaco-Depresivos. Argentina. Ediciones Hormé.
30. Grantier González, M. (1982). Sociedad, Cultura y Sexualidad. En: Sociedad y Sexualidad. México: CONAPO (Dirs). Vol. I.
31. Gaytán, Cruz E. y López García, G. (1988). Trabajo Femenino. En: Fem. Septiembre. Vol. XII. No. 69. Págs. 8-14.
32. Goebel, Peter (1982). Die Ungewolle Schwangerschafte - ein neurotiscjer Konfliktösungsuersuch?. Eine Analyse del Konflicktsituation von 228 interruptio patientinen. U. Berlin-West Germany. Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. 1982. Vol. 28 (3). Págs. 280-299.
33. Grinberg, León. (1983). Culpa y Depresión. Madrid, España. Editorial Alianza.
34. Herrera Moro, Juan Alberto. (1980). Aborto y Sociedad. En: El Aborto: Un Enfoque Multidisciplinario. México. UNAM.
35. Hierro, Graciela. (1977). La Moral y el Aborto. En: Fem. Ene-Mar. Vol. I. No. 2. Pág. 23-25.
36. Infante Castañeda C. y Cobos Pons Y. (1989). El Aborto Inducido en Cifras. En: Salud Pública de México. Mayo-Junio de 1989. Vol. 31. No. 3. Pág. 385.
37. Joy, Stephany S. (1985). Abortion: An Issue to Grieve. En: Journal of Counseling and Development. U. Western Illinois. (Feb.). Vol. 63 (6). 375-376.
38. Klein, Melanie (1984). Envidia y Gratitud. Argentina, Ed. -- Hormé.
39. Lagache, S. (1962). La Psychanalyse et la Structure de la -- Personalité. En LaPsychanalyse. Parfs. France. Vol. VI. P.39.

40. Lamas, Marta (1989). Democracia, Etica y Aborto. En: La Jornada. México, 27-Marzo-1989. Pág. 11.
41. Lamas, Marta. (1977). Manuel Mateos Candano: Un Problema de Salud Pública. En: Fem. Ene-Mar. Vol. I. No. 2. Pág. 12.
42. Langer, Marie. (1983). Maternidad y Sexo. Barcelona, España, Ed. Paidós.
43. Laplanche, J. y Pantalís, J. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona, España. Ed. Labor.
44. Leal, Luisa María. (1980). El Problema del Aborto en México. México, Editorial Porrúa, S.A.
45. López J., Alfonso. (1982). Familia y Sexualidad en México. - En: Familia y Sexualidad. México: CONAPO (Dirs) Vol. II. Pág. 89-101.
46. Lovera, Sara. (1989). Se Practican Anualmente Unos 700 mil - Abortos Clandestinos. En: La Jornada. México, 27-Marzo-1989. Pág. 10.
47. Lugo, Carmen. (1977). Legislación Mundial y Aborto. En: Fem. Ene-Mar. Vol. I. No. 2. Pág. 48-50.
48. Mailer Silverman, S. (1982). Algunos Efectos del Aborto en la Mujer. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM.
49. Martínez, Isabel. (1987). El Rol Sexual y la Autoestima en las Mujeres. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
50. Martínez Roaro, Marcela. (1985). Delitos Sexuales. México. - Editorial Porrúa, S.A.

51. Mateos Candano, Manuel Dr. (1976). Opiniones. En: El Aborto en México. México. Archivo del Fondo No. 57. Fondo de Cultura Económica. Págs. 30-34.
52. Mendels, Joseph. (1982). La Depresión. Barcelona, España. -- Ed. Herder.
53. Migonf, Alicia. (1983). Algunos Rasgos de Personalidad Observados en un Grupo de Mujeres que Recurren a una Institución por Problemas de Aborto. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
54. Molina, Clara Elena. (1977). Aspectos Sociales del Aborto. - En: Fem. Ene-Mar. Vol. I. No. 2. Págs. 45-47.
55. Molina, Isabel, et al. (1976). El Aborto en México. México. Archivo del Fondo No. 57. Fondo de Cultura Económica.
56. Monroy, Z.M. (1979). Sexualidad y Sexismo en la Sociedad Capitalista. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. -- UNAM.
57. Novoa Cota, Víctor. (1982). La Mujer Joven en México. En: Serie Avances de Investigación, No. 4 CREA.
58. Pérez de Francisco, César. (1980). Aborto y Antropología. En: El Aborto: Un Enfoque Multidisciplinario. México. UNAM.
59. Ramírez. Ignacio. (1982). Carpetazo a la Propuesta del Consejo Nacional de Población para Despenalizar el Aborto. Proceso. México. No. 301. Agosto 1982. Págs. 18-21.
60. Ramírez, Santiago. (1986). Infancia es Destino. México. Ed. Siglo XXI.

61. Reynoso Cervantes, Luis. (1980). El Aborto y la Iglesia Católica. En: El Aborto: Un Enfoque Multidisciplinario. México. UNAM.
62. Rockefeller, John D. (1980). Reformas a la Ley del Aborto. - En: El Aborto en un Mundo Cambiante. México. Ed. Extemporáneos, S.A.
63. Rozenfaing, Diana. (1977). El Psicoanálisis y el Aborto. En: Fem. Ene- Mar. Vol. I No. 2. Págs. 20-22.
64. Sánchez-Cordero Dávila, Jorge A. (1980). Consideraciones Jurídicas en Torno al Aborto. En: El Aborto: Un Enfoque Multidisciplinario. México. UNAM.
65. Siniego, Alberto. (1987). En México la Salud Mental está Condicionada. En el Diario Uno Más Uno. México. 26-Jul. 1987.
66. Stack, Jack M. (1984). The Psychodynamics of Spontaneous - - Abortion. En: American Journal of Orthopsychiatry. Family -- Health Research, Education and Service Int. Alma. (Jan). Vol. 54 (1). 162-167.
67. Stanley, Harishaw. (1986). Recortes Fempress. Mujer/Fempress. Noviembre, No. 64. Pág. 26.
68. Tietze, Christofer. (1980). El Aborto y la Mortalidad. En: El Aborto en un Mundo Cambiante. México. Ed. Extemporáneos.
69. Tooley, Michel. (1983). Aborto e Infanticidio. En: Debate -- Sobre el Aborto. Madrid, España. Ed. Cátedra.
70. Toledo, Angeles. (1981). De la Cocina al Cuarto Oscuro. En: Fem. Vol. V. No. 19. Jun-Jul. Pág. 24.

71. Toto Gutiérrez, Mireya. (1977). El Aborto y la Legislación Mexicana. En: Fem. Vol. I. No. 2. Págs. 3-6
72. Urrutia, Elena y Maza, Enrique. (1978). Manifestación en Contra del Aborto y los Anticonceptivos. En: Fem. Vol. II. No. 6, Pág. 17.
73. Urrutia, Elena. (1978). Lenguaje y Discriminación. En: Fem. Vol. II. No. 6, Pág. 11
74. Urrutia, Elena. (Compiladora) (1980). Imagen y Realidad de la Mujer. México. Ed. SEP-SETENTAS.
75. Urrutia, Elena. (1983). Lo Que es y No es el Feminismo. Gaceta UNAM. México. Sep. 1983. Pág. 28.
76. Vargas, Luis Alberto. (1980). El Aborto desde un Punto de Vista Antropológico. En: El Aborto: Un Enfoque Multidisciplinario. México. UNAM.
77. Vergara, Mónica. (1979). Estudio Comparativo de Algunas Reacciones Psicológicas en Mujeres de Aborto Espontáneo y Mujeres de Parto a Término. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
78. Viel, Benjamín. (1980). Las Secuelas del Aborto no Hospitalario. En: El Aborto en un Mundo Cambiante. México. Editorial Extemporáneos.
79. Villalobos Gallardo, Roberto. (1987). Miscelánea "Mi Luchita". En: Fem. Marzo. Vol. 11. No. 51. Pág. 5.
80. Vitale, Luis. (1981). Historia y Sociobiología de la Mujer Latinoamericana. España. Ed. Fontamara.

81. Wainer, Catalina. (1981-1982). Ese Ser Pasivo que Escucha. - En: Fem. Vol. V. No. 20. Pág. 64.
82. Wertheimer, Roger. (1983). Comprender la Discusión Sobre el Aborto. En: Debate Sobre el Aborto. Madrid, España. Ed. Cátedra.
83. Williams, J.H. (1977). Psychology of Women: Behavior in a Biosocial Context. New York. W.W. Norton and Co. Inc.
84. Williams, J.W. (1975). Tratado de Obstetricia. España, Ed. - Salvat.
85. Willis, Ellen. (1984). El Consumidorismo y las Mujeres. En: Las Mujeres. México. Siglo XXI Editores.
86. Yales, Anabella T. (1973). Acerca de la Mujer en el Proceso de Liberación. Argentina. Editorial I.A.S.Y.F.
87. Zazueta, César. (1981). La Mujer y el Mercado de Trabajo en México. México. CENIET.
88. Zendejas, A. (1976). Mujer y Lucha Social. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.