

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

***Intervención psicológica en el CAM para mujeres que
desean abortar***

**Autor: Yurixhi Garduño Guzmán /
María Teresa García Caballero**

**Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciada en Psicología**

**Nombre del asesor:
Yolanda Juárez Ayala**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





FACULTAD DE PSICOLOGIA

“Intervención Psicológica en el CAM para mujeres que desean abortar”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Licenciada en Psicología

presentan:

Yurixhi Gamiño Guzmán

María Teresa García Caballero

Asesora:

Lic. Yolanda Juárez Ayala



RVO 952002 SEP

CLAVE 16PSU0012S

Morelia, Michoacán

JULIO DEL 2001



FACULTAD DE PSICOLOGIA

“Intervención Psicológica en el CAM para mujeres que
desean abortar”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Licenciada en Psicología

presentan:

Yurixhi Gamiño Guzmán

María Teresa García Caballero

Asesora:

Lic. Yolanda Juárez Ayala



RVO 952002 SEP

CLAVE 16PSU0012S

Morelia, Michoacán

JULIO DEL 2001

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que es la fuerza que me levanta cada día, mi luz que desvanece la oscuridad, mi razón que revela la verdad, mi todo, por que siempre que elevo mis oraciones tu estás ahí, conmigo.

A mi papito, que aprendí de tí a ser lo bastante fuerte para reconocer cuando soy débil, a ser humilde en la victoria y reconocer la sencillez de la verdadera grandeza, a luchar para que mis ideales sean altos, a avanzar hacia el futuro sin olvidar mi pasado; mis raíces, a ser noble y justa donde quiera que la injusticia se presente, a luchar por mi felicidad cualquiera que esta sea, TE QUIERO MUCHO CHINITO.

A mi mamita, que me has enseñado a ser libre en todos los sentidos, a no estar atada a complejos, prejuicios y rencores, a superar los retos que la vida me ha presentado, por conocer cada uno de mis sueños, mis alegrías, mis temores, mis fracasos, mis miedos y mis tristezas, pero sobre todo por que has estado en cada uno de ellos, por estar orgullosa de mí, TE QUIERO TANTO A'MACITA.

A mis hermanas, que son una parte fundamental en mi vida, y en todo lo que he hecho en ella, por prestarme sus manos para secar mis lágrimas pero también para aplaudirme algún triunfo, y "chocarla" cuando reímos juntas, por ser mis amigas, mis cómplices, por que nada sería igual si ustedes dos no estuvieran conmigo siempre, por que me siento tan orgullosa de ustedes, de ser lo que son, y de dar todo lo que son a quienes realmente las conocen, TILI Y ROCHI, LAS QUIERO MUCHISISISISISISIMO.

A RODOLFO, que no teme a la ternura y se atreve a ser débil, que no piensa que el amarme lo aniquila y me protege hasta de mi misma, que conoce mis errores y mis debilidades y así me ama, me acepta y me ayuda a corregirlos, que quiere mis valores espirituales y sobre ellos puede constituir su mundo, que es un caballero en toda la extensión de la palabra y que cada día me ofrece una ilusión, que puedo hablar y atreverme a decir todo cuanto pienso sin temor a que se ofenda o que me juzgue y es capaz de pensar en voz alta frente a mí; por que sus brazos siempre están abiertos para refugiarme en ellos, que reconoce su fortaleza y jamás se aprovecha de ella, que jamás se aniquila frente a la derrota y no tiene miedo de amar, y goza cada minuto como si fuera el último, por que tu impulso es el mío y tu camino mi trayecto, TE AMO CHIQUITO; TU APOYO FUE FUNDAMENTAL PARA LOGRAR ESTE SUEÑO Y MUCHOS DE LOS QUE HE LOGRADO TOCAR CON MIS MANOS.

A mis amigas, que han compartido conmigo todo lo que son, que se han convertido en casi mis hermanas, TERE y SUHAIL, gracias por darme lo mejor de ustedes siempre.

A los integrantes de las familias Gamiño Moreno y Guzmán Gutiérrez, por ser parte de mis raíces, de mi pasado, mi presente y mi futuro, GRACIAS POR LO QUE HAN APORTADO EN MI PARA SER MEJOR DIA CON DIA.

A mi Universidad, que en cada uno de sus rincones escribió gran parte de mi historia, y por que en ella conocí a las personas más significativas en mi vida.

A nuestra asesora, por dedicarnos tiempo, espacio y confianza, y compartir sus conocimientos y experiencias, al igual que su bebida que con su sonrisa bajaba mi ansiedad, GRACIAS YOLA.

A mis profesores, por que todos y cada uno dejo en mí una enseñanza, una sonrisa, un recuerdo.

A mis pacientes, por regalarme muchas veces sus horas de terapia para finalizar este sueño.

A tantas y tantas mujeres, que por la incredulidad, el miedo y los tabúes sacrificaron gran parte de su tranquilidad al tomar decisiones que no fueron las mejores para sus vidas.

A tantos y tantos bebés, que tuvieron que morir para abrir conciencias.

YURI.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, Por darme la vida.

A MIS PADRES, María Teresa Caballero Martínez y Pablo García Pérez, quienes con su amor y apoyo me guiaron para lograr este sueño.

A MIS HERMANOS, Juan Pablo García Caballero y Armando García Caballero, quienes siempre han estado presentes en todo momento de mi vida.

A MIS AMIGAS, Yuri y Suhail, por su amistad y cariño.

A MI ASESORA, Yolanda Juárez Ayala, por su apoyo en la realización de este trabajo.

AL CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER, por darnos la confianza para desarrollar nuestro trabajo dentro del centro.

MARIA TERESA.

ÍNDICE

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1	Antecedentes.....	5
1.2	Planteamiento del problema.....	9
1.3	Hipótesis.....	10
1.4	Objetivos.....	11
1.5	Importancia del estudio.....	12

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1	Desarrollo Genético del feto.....	14
2.2	Historia del Aborto.....	17
2.3	Tipos de Aborto.....	20
2.4	Técnicas para provocar un aborto.....	22
2.5	Consecuencias físicas.....	28
2.6	Consecuencias psicológicas.....	34

2.7 Pro aborto.....	40
2.8 Síndrome post aborto.....	44
2.9 Conductas Autodestructivas.....	47
2.10 El Duelo.....	49
2.11 Mecanismos de defensa.....	52
2.12 Mitos y realidades del aborto según estadísticas del INEGI, 1993.....	58
2.13 Aspecto legal.....	59
2.14 Penalización del aborto en el edo. de Michoacán...61	
2.15 Prevención del aborto.....	62
2.16 Criterios de diagnóstico.....	63
2.17 Intervención psicológica post aborto.....	65
2.18 Sugerencias para terapia post aborto.....	68

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio.....	71
--------------------------	----

3.2	Identificación de variables.....	72
3.3	Sujetos.....	74
3.4	Asignación de grupos.....	75
3.5	Material.....	75
3.6	Procedimiento.....	76
3.7	Limitaciones del estudio.....	81

CAPITULO 4

RESULTADOS

4.1	Resultados y Discusión.....	83
-----	-----------------------------	----

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

5.1	Conclusiones.....	87
-----	-------------------	----

	Apéndices.....	91
--	----------------	----

	Glosario de términos.....	105
--	---------------------------	-----

	Bibliografía.....	119
--	-------------------	-----

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

“La psicología es la ciencia de los fenómenos psíquicos, o sea, de las funciones cerebrales que reflejan la realidad objetiva.” (SMIRNOV, A. 1994.)

El conocimiento de esta realidad, como lo menciona Smirnov, en muchas ocasiones está limitada a un mínimo sector de la población, la cual tiene los recursos económicos necesarios, para que al momento de presentar algún problema que le ocasione stress pueda costear un tratamiento de apoyo de tipo psicológico.

Esta investigación surge a partir de la necesidad urgente de concientizar, orientar e informar adecuadamente a la mujer que vive una situación difícil de un embarazo que “no esperaba”; en el Centro de Defensa y Apoyo a la Mujer, de la ciudad de Morelia en el estado de Michoacán; el cual tiene como objetivo que las mujeres que asisten ahí con el fin de practicarse un aborto hagan conscientes las consecuencias tanto físicas como psicológicas que pueden tener al practicarse éste, y así mismo tratar de evitar que lo hagan, así como brindarles a las mujeres una ayuda profesional de tipo legal, psicológico, médico, de adopción, económico y laboral, para lo cual es

trascendental la primera atención que reciben al llegar al Centro.

Cuando una mujer se encuentra embarazada su mundo ya tiene una realidad distinta independientemente de la decisión que tome (llevar a término su embarazo o interrumpirlo) ya que cualquier decisión conlleva cambios positivos y negativos en el futuro de ambos.

Se propone al Centro en esta Investigación la Intervención Psicológica adecuada y profesional para ayudar a la mujer a analizar su decisión de abortar sin imposición por parte del personal del Centro ni de las realizadoras de este trabajo; respetando voluntad, libertad e inteligencia.

Estos Centros fueron fundados a nivel mundial por Laura Nelson, una mujer americana que vivió en carne propia la práctica de un aborto y dentro de su depresión post aborto se concientizó para ayudar a otras mujeres que se encontraran ante la crisis que causa la decisión de abortar o no.

Dentro del país existen Centros en Aguascalientes, Celaya, Ciudad Neza, Ciudad Obregón, Cuautitlán, Cuautla, Cuernavaca, Culiacán, Guadalajara, Hermosillo, León, México D.F., Monterrey, Puebla, San Luis, Saltillo, Tamaulipas, Tehuacan, Torreón, Tuxtla Gtz. y Veracruz.

En Morelia, este organismo inició sus labores el 22 de Junio de 1992, y ha sobrevivido con los donativos de la

comunidad y con la ayuda de profesionistas en el ramo de la medicina propiamente de la ginecología y pediatras. Al igual que por psicólogos y abogados y sobre todo por la iglesia ya que es un centro católico.

Los Centros brindan la ayuda mencionada a continuación:

1.- pruebas de embarazo; ya que en ocasiones no se tiene la certeza del embarazo

2.- ayuda legal

3.- alimentación

4.- supervisión médica

5.- trabajo

6.- alojamiento

7.- seguimiento personalizado

8.- acompañamiento espiritual y la posibilidad de dar en adopción a sus hijos, conscientizando y apoyando a la mujer en el transcurso de su embarazo para que ella tome la decisión libre sobre lo que considere mejor para ella y para su hijo después de un proceso de análisis profundo e individual; todo esto con el principal fin de evitar el aborto, logrando con esto que la mujer no sufra una depresión post aborto y la culpa que esta decisión genera.

Una vez que la mujer da a luz y toma cualquier decisión (ya sea conservar a su hijo o darlo en adopción) termina la función del centro y la madre abandona las instalaciones, (a menos que decida seguir con un proceso terapéutico) en este caso se le proporcionan los datos de psicólogos, pero esto ya corre por su cuenta y riesgo.

Si en su defecto, la mujer decide abortar entonces aquí termina toda ayuda que el Centro podía proporcionarle.

Es importante mencionar que los Centros que hay en la República Mexicana se apoyan entre sí, y uno de esos apoyos es dar alojamiento a mujeres de otros estados que decidan dar a luz pero que no quieran pasar su embarazo en su estado original por diversos motivos.

El Centro no cobra un solo peso por los servicios que ofrece y sobrevive de donativos de la sociedad.

Durante la primera época del feminismo, las mujeres se enfrentaban con obstáculos atemorizantes. Se pensaba que la mujer era incapaz de enfrentarse con problemas serios, de tomar decisiones propias, dirigir alguna empresa, ni siquiera tenía derecho a votar.

Estos obstáculos con que las mujeres se enfrentaban no eran meramente políticos; se sentían vulnerables físicamente, según aumentaban las estadísticas de violaciones, y se explotaban sus cuerpos con tintes mercantiles. Al menosprecio

generalizado acerca de las habilidades, se añadía la crueldad, de que el riesgo de los cuerpos no se contaba dentro de los actos de violencia. Un embarazo no planificado las hacía sentir como que un invasor, un demonio extraño, se proponía colonizar en las entrañas y destruir los planes. El primer derecho era mantener el cuerpo seguro, privado y saludable, sin eso los demás derechos no tenían significación alguna.

1.2 Planteamiento del problema

Actualmente se viven cambios importantes en cuanto al tema del aborto, en la legislación, en la oposición a la práctica de abortos por una parte importante de la sociedad, el tema cobra gran importancia ya que algunas mujeres consideran que cada día que pasa es una oportunidad de vida o una actitud de inquisición que la mujer lleva a costas como una culpa o una solución necesaria. Sin embargo es necesario señalar que la decisión de practicarse un aborto puede ser por varias causas: violación, sociales (familiares), económicas, de salud y debidas a proyectos personales.

La mujer que se embaraza sin programarlo se puede enfrentar a la difícil decisión de abortar en esos momentos necesita que alguien la escuche, la pueda apoyar y le de otros recursos emocionales para evitar que aborte y evitar así la

depresión post parto y la culpa; logrando también con esto reforzar con intervención psicológica el trabajo del centro.

Se realiza esta investigación para ofrecer una Intervención psicológica eficaz y completa a la mujer que desea abortar para evitar que lo haga, ya que consideramos que aunque se interrumpa el embarazo; su vida ya cambio y no va a tener garantizada una mejor calidad de vida al abortar, ni su vida volverá a ser la misma nunca, sea cual sea la decisión.

Por lo tanto el planteamiento del problema es:

¿ La Intervención psicológica puede cambiar la decisión de abortar?

1.3 Hipótesis

Hipótesis General:

1.- La Intervención Psicológica cambia la decisión de abortar.

Hipótesis Nula:

1.- La Intervención Psicológica no cambia la decisión de abortar.

Hipótesis Alternativa:

1.- La Intervención Psicológica ante un embarazo por violación.

1.4 Objetivos

1.- Ofrecer una alternativa de trabajo terapéutico más completo para mujeres que se encuentran ante la decisión de practicarse un aborto en el centro.

2.- Aminorar los sentimientos depresivos, de culpa, baja autoestima, inseguridad, temor, angustia y / o miedo en el proceso y al momento de tomar cualquier decisión.

3.- Hacer conscientes los pros y los contras de interrumpir o llevar al término su embarazo.

4.- Conocer como trabajan en los Centros de Defensa y Apoyo a la Mujer para detectar, aunque en forma indirecta, las necesidades que tienen en el ámbito psicológico.

5.- Prevenir en mayor grado posible que la mujer sufra una depresión post aborto, culpa, y todos los sentimientos que conlleva la decisión de abortar.

1.5 Importancia del estudio

Se sugieren estrategias para intervenir psicológicamente desde la raíz en el problema del aborto, brindando apoyo terapéutico a la paciente utilizando varias alternativas de trabajo, tales como la concientización, información, orientación, apoyo personal y profesional personalizada a través de la sensibilización, videos de distintas técnicas que se utilizan para abortar, fantasías dirigidas, música - terapia finalizando con una retroalimentación donde se trabajaran los aspectos positivos y negativos de cualquier decisión, para intentar una mejor calidad de vida, logrando con esto que las mujeres estén más conscientes de lo que van a enfrentar.

No se ha trabajado mucho sobre como ayudar a decidir no abortar buscando el beneficio para la mujer en cuanto a su

tranquilidad emocional, más que al hecho de no abortar por salvar un vida y condenar otra.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Desarrollo genético del feto

En la concepción el ser humano nuevo se crea en su forma completa y con un código genético propio y único, que proveyó en parte su madre y en parte su padre, y que también incluye genes propios y únicos. Este pequeño ser en condiciones normales crecerá para ser como cualquier persona viva. Es ya una persona independiente.

"Aceptar el hecho de que después de que la fertilización ha tenido lugar, un nuevo ser humano existe, no es más que un problema de gusto u opinión... es solo evidencia experimental" Dice el Dr. Jerome Lejeune, llamado (Padre de la Genética Moderna).

"El momento exacto del inicio de la persona y del cuerpo humano es en el momento de la concepción", explica el Dr. McCathy de Mere, médico y profesor de Leyes de la Universidad de Tennessee.

"El decir que el inicio de la vida humana no puede ser determinado científicamente es completamente ridículo," asevera el Dr. Richard V. Jaynes.

A partir del primer día, el desarrollo biológico del nuevo ser progresa muy rápidamente. Dos semanas luego de la

concepción, el embrión ha desarrollado un cerebro y un corazón rudimentario. Tres semanas después de la concepción el feto tiene un corazón que trabaja, columna vertebral e inicia un sistema circulatorio. Desarrolla ojos, oídos y unos pulmones incipientes. Alrededor del día 25, los pulmones están totalmente desarrollados y el corazón empieza a latir y a circular sangre a través del cuerpo del feto: sangre totalmente diferente y frecuentemente incompatible con la de la madre. Cinco semanas luego de la concepción, el embrión ha desarrollado pequeños órganos como la mandíbula y a las seis semanas tiene completamente desarrollada la columna vertebral, las costillas los dedos y las fosas nasales. El feto también ha desarrollado un sistema nervioso y ondas cerebrales, estas ondas garantizan la vida individual del feto (la muerte se define como la cesación de ondas cerebrales)

A las siete semanas el embrión ha desarrollado páncreas, vejiga, riñones, lengua, laringe y, los músculos empiezan a aparecer.

A las ocho semanas el embrión tiene oídos, dedos de pies y manos y todas las partes claves de su cuerpo se han desarrollado o están desarrollándose.

A las nueve semanas de embarazo (alrededor de dos meses), el feto puede sentir dolor.

A las diez semanas, el feto ha desarrollado las huellas digitales que lo acompañarán por el resto de su vida y se empieza a mover por sí mismo. A las doce semanas luego de la concepción, el género del feto es fácilmente identificable, también puede tragar y sus riñones son capaces de orinar.

A las catorce semanas de embarazo, el feto ha desarrollado piernas completas, puede patear, dormir y mover su cabeza.

Y así cerca del primer trimestre el feto es un ser que siente y se mueve.

Veinte semanas luego de la concepción, el feto empieza a responder a pequeños estímulos, al dolor y empieza a responder a la sensación de contacto en sus labios mediante la succión. Veintitrés semanas (cinco meses) luego de la concepción, puede pensar; empieza a soñar y es capaz de aprender. “Una semana más tarde el embrión aprende a responder al sonido.” (Mónica López Barona y Ramón Lucas, 1999)

Veintiocho semanas (6 meses) después, puede respirar y sus ojos ya se abren. Para este momento el feto puede oír.

“El 90% de los niños son ahora su propia persona, y no parte de su madre. Puede aprender, pensar y vivir su propia vida sin su madre.” (Tortara, G., 1984)

Al principio del tercer trimestre se halla totalmente desarrollado y casi todo ser nacido en cualquier momento del tercer trimestre vivirá hasta ser adulto. El desarrollo final ocurre a las 32 semanas, cuando ganan control muscular y pueden sujetar firmemente objetos.

“No existe exactamente alguna diferencia entre un niño nonato en su tercer trimestre y un niño prematuro. Cada uno tiene el potencial y la desbordante probabilidad de convertirse en un individuo adulto. Ambos tienen un código genético, forma física, huellas digitales, etc. que lo hacen único. Cada uno tiene los sentimientos y pensamientos que nos hacen humanos. Ambos pueden sentir dolor.” (Aquilino Polaino - Lorente y Pedro Martínez Cano, 1995)

2.2 Historia del aborto

La expulsión completa o extracción del organismo materno de un feto o embrión en forma intencionada o terapéutica es conocida como aborto. “Dicha práctica está muy difundida en casi todo el mundo y el dato antiguo de la Organización Mundial de la Salud de 1965 calculó en 30 millones el número de abortos producidos en el mundo.” (García Hoz, Víctor, 1990)

“En 1993, 68 nacimientos de cada 100 fueron atendidos en clínicas u hospitales, mientras que el resto 32 se registraron en la casa de la madre o la partera. Las hemorragias del embarazo y del parto, junto con las toxemias, son las causas de muerte materna más frecuentes.” (Scala, J., 1991)

El problema del aborto en nuestro país es un grave problema de salud y su solución implica que las personas jóvenes y adultas tengan acceso a un programa adecuado de educación sexual.

“Todas las madres gestantes deben estar atentas a su embarazo, pues la aparición de calambres, hemorragias o ambos, son síntomas del aborto espontáneo, lo cual exige revisión médica inmediata, generalmente los primeros indicios de un aborto se inician con pequeñas pérdidas de sangre por la vagina, que en este caso procede del útero. Se trata del inicio del proceso, al que puede seguir el aborto, si dicho evento es seguido por dolores intermitentes puede tratarse de un aborto en curso, el cual produce la dilatación del cuello del útero y la expulsión de su contenido.” (Franz, Wanda, 1992)

Es muy importante que las mujeres gestantes comprendan que una vez expulsado el contenido del útero, se debe comprobar que no quedaron restos ovulares, en cuyo caso deberá procederse a practicar un legrado uterino que retire estos restos. Los médicos siempre han indicado que cuando se produce una amenaza de aborto, se ha comprobado que la

mejor terapia consiste en guardar absoluto reposo en la cama, y que cuanto más pronto se inicie mas posibilidades tiene de éxito.

Cuando una mujer decide abortar es preferible que la interrupción de su embarazo se lleve a cabo en el primer trimestre de gestación, pues es menos riesgoso y menos traumático. Esto no quiere decir, que aquella mujer que desea terminar su gestación en el segundo trimestre resultará menos seguro y será más traumático para ella. Es muy importante recordar, que participar en un aborto no solo es impactante físicamente, sino también tiene consecuencias psicológicas, pues muchas mujeres presentan síntomas de culpa, autorreproche, tristeza y depresión. No es de extrañar que dichas mujeres necesiten ayuda y terapia psicológica, pero sobre todo necesita el apoyo de sus seres queridos.

El aborto es una intervención delicada, cuyas consecuencias van más allá de las posibles consecuencias postoperatorias, las mujeres deben conocer sus particularidades, pero nunca debe entenderse como un mecanismo para el control natal.

“En Estados Unidos, el aborto esta permitido si se solicita en el primer trimestre; posteriormente, el aborto esta regulado por cada estado. El número de abortos registrados en Estados Unidos se ha mantenido relativamente igual que la pasada

década; actualmente se realizan entre 1.5 a 1.6 millones de abortos aproximadamente cada año.

El procedimiento elegido varia según la duración de la gestación. En los abortos del primer trimestre suele preferirse la anestesia local, mientras que en los tardíos suele requerirse anestesia general.

Es difícil conocer el aborto estadísticamente en particular en los países en que su practica esta reprimida por los códigos penales no obstante se habla de un aborto por cada 10 embarazos normales y que un 50% son provocados.

El aborto puede ocurrir en etapa temprana y confundirse con una menstruación retardada, en otras ocasiones causa síntomas muy benignos y no se le llama al médico.

2.3 Tipos de aborto

1.- Aborto espontáneo

“Es el término del embarazo sin intervención mecánica o médica. Los abortos espontáneos generalmente son provocados por defectos en los espermatozoides, el óvulo o en el medio intrauterino, por enfermedades maternas, deficiencias de ciertas hormonas, la insuficiencia del cuello uterino; el

aborto espontáneo se clasifica en: Amenaza, inevitable, incompleto, completo, fallido.” "(Aquilino Polaino - Lorete y Pedro Martínez Cano, 1995)

a) Amenaza

Hay sangrado y algunas veces acompañadas de calambres.

b) Inevitable

Hay sangrado y los calambres van acompañados de roturas de membranas y dilatación del cuello uterino.

c) Incompleto

Una parte del producto (el feto) es expulsado y otra parte (la placenta) es retenida.

d) Completo

En un aborto completo todos los productos de la concepción son expulsados.

e) Fallido

Muere el feto pero es retenido dos meses o más antes de ser expulsado. se intenta prevenir la amenaza de aborto colocando a la madre en reposo en cama, durante 48 horas.

2.- Aborto inducido

Es la terminación deliberada e intencional del embarazo antes de la edad de viabilidad.

3.- Aborto terapéutico

Es la terminación del embarazo usando recursos médicos en una institución acreditada y es hecho por personal médico capacitado.

4.- Aborto criminal

Es el riesgo de muerte para la madre por hemorragia e infección cuando el aborto se realiza en un lugar no capacitado para ello.

5.- Aborto voluntario

Es la terminación del embarazo a solicitud de la embarazada.

2.4 Técnicas para provocar un aborto

1.- Dilatación, curetaje, raspado o legrado

Para utilizar este medio, el “operante” debe paralizar el músculo cervical (entrada del útero) y después estirarlo

despacio hasta que se abra, a continuación introduce un instrumento llamado curete en el útero; el cual pica en pedazos el cuerpo del feto y la placenta; después hace un raspado del útero para sacar todos los fragmentos y los deposita en una cubeta; el sangrado es abundante.

2.- Succión

Se emplea un método similar al de la dilatación del cuello del útero y se introduce un tubo hueco de plástico que se conecta a un aparato parecido a una aspiradora, 29 veces más potente que la normal, el cual destroza al feto y a la placenta en pedazos pequeños y los absorbe; el cadáver destrozado va a dar a una botella.

“Estos dos métodos se emplean en un embarazo temprano de 12 semanas, casi siempre hay heridas en la matriz y conductos dañados.” (Christa Meves, 1974)

3.- Envenenamiento salino

Este método se practica después, de la 16ª. semana, se introduce una larga aguja a través del abdomen de la "madre" y de la bolsa amniótica del feto inyectando por este medio, una solución muy concentrada de sal en el fluido amniótico. El feto respira y traga, naturalmente se envenena; lucha, entra en tremendas convulsiones, la madre siente y casi siempre en una hora o dos muere; aproximadamente un día después a la madre se le presenta el parto y da a "luz" a un niño muerto o

medio vivo quemado. En los hospitales les llaman "manzanitas rojas" por las quemaduras sufridas. Este es sin duda el método más impresionante pues provoca, tremendos dolores fetales.

4.- Intervención quirúrgica o cesárea

Este se emplea cuando el bebé esta totalmente formado y tendría el 100% de probabilidades de vivir; es simplemente una cesárea, en la que el médico extrae, al niño y lo tira a un lado para que muera de frío o lo ahoga con su misma placenta. Tanto los niños del aborto salino, como los de cirugía tienen por destino primero el basurero y luego el incinerador.

5.- Cuchillo o purepractic

Se utiliza cuando el niño es ya, grande y no se puede extraer por succión se utiliza una cucharilla filosa hace pedazos al niño para posteriormente sacarlo.

6.- Laminaria

Es el tallo de un alga marina que se ha preparado y empaquetado en forma adecuada, y de acuerdo a su tamaño se emplea para dilatar el cuello a fin de que el útero pueda ser evacuado fácilmente con la legra.

7.- Histerotomía

Es similar a la cesárea excepto que las incisiones abdominales y uterinas son mucho más pequeñas.

8.- D y X o nacimiento parcial (a las 32 semanas)

Cuando el nacimiento está muy próximo, se dilata el cuello uterino durante tres días y luego, guiado por la ecografía, el abortista agarra una pierna con unas pinzas. Comienza a extraerla, después la otra hasta que no queda adentro sino la cabeza. Como ésta es demasiado grande para ser extraída intacta, entierra unas tijeras en la base del cráneo y luego las gira para agrandar el orificio. Succiona el cerebro con un catéter y por último saca el cráneo vacío del niño.

9.- Pastilla RU - 416

Se trata de una píldora abortiva empleada conjuntamente con una prostaglandina, que es eficiente si se le emplea entre la primera y la tercera semana después de faltarle la menstruación a la madre. Por este motivo es conocida como "la píldora del día siguiente". Actúa matando de hambre al feto, al privarlo de un elemento vital, la hormona progesterona. El aborto se produce luego de varios días de dolorosas contracciones.

10.- Mediante prostaglandinas

Este fármaco provoca un parto prematuro durante cualquier etapa del embarazo. Se usa para llevar a cabo el aborto a la mitad del embarazo y en las últimas etapas de éste. Su principal "complicación" es que el feto a veces sale vivo. También puede causarle graves daños a la madre. Recientemente las prostaglandinas se han usado con la RU-416 para aumentar la "efectividad" de éstas.

11.- Urea

La inyección de 40 Mg. de urea en solución en la cavidad amniótica, rápidamente producirá la muerte del feto, pero antes debe introducirse un tallo de laminaria en el conducto cervical, la noche antes de inyectar la urea.

12.- Método karman verdadero

Se denomina también de regulación menstrual. "Esta técnica se utiliza sólo hasta las seis o siete semanas de ausencia de regla, consiste en dilatar el cuello del útero e introducir una cánula de Karman con una jeringa de igual nombre, se hace una aspiración uterina y se provoca la menstruación se realiza sin anestesia."(Christa Meves, 1974)

13.- Suero hipertónico

Se aplica una inyección de este producto, previa aspiración del líquido amniótico a través del abdomen. Al cabo de unos cuatro días se inicia el proceso abortivo.

14.- Métodos caseros

Tomar infusiones de las siguientes hierbas:

- a) Raíz delirio.
- b) Hierba de zoapatli.
- c) Muicle.
- d) Hierba del niño.
- e) Orégano y canela.

Desde la 10 a la 13 semana el aborto también se realiza por aspiración, pero variando un poco la técnica. Se puede realizar con anestesia local, sedación o general.

De la 13 semana a la 15 semana los métodos utilizados son los de aspiración con ligeras modificaciones en la técnica de aspiración simple con unas cánulas especiales o el de D y E, a criterio del ginecólogo, según la valoración previa se recomienda anestesia general o sedación.

Desde la semana 15 hasta la 18-19 semana depende de la valoración ginecológica que se realiza en cada caso (estado del cuello del útero, no. de hijos, edad, etc.) la técnica utilizada es la de Dilatación Y Evacuación (D y E) la experiencia ha demostrado que es la menos lesiva y la más rápida para la mujer, siempre y cuando la realicen manos expertas. Siempre con anestesia general o sedación, salvo expresa contraindicación.

A partir de la 19 semana. “La intervención se realiza en dos fases, En la primera se colocan elementos para producir una lenta dilatación del cuello uterino, se esperan unas horas y se practica una D y E así se consigue evacuar el contenido uterino con más facilidad y asumiendo menos riesgos, cosa importante en las semanas más avanzadas de la gestación. Se realiza con anestesia general o sedación intravenosa.”(WILIKE, J.C., 1992)

2.5 Consecuencias físicas

Las consecuencias de un aborto no deben ser dolorosas la aparición y la persistencia de dolores pélvicos acompañados de fiebre indican posibles complicaciones.

“La amenaza de aborto suele empezar con dolores más o menos intensos localizados en la región lumbar o bajo vientre, antes estos primeros síntomas la tendencia al aborto puede ceder y no volver a presentarse y con lo cual continuará el embarazo, el aborto puede compararse a un parto en miniatura.” (Christa Meves, 1974)

Las causas físicas que suelen llevar a la pérdida del feto son múltiples y variadas, pero podemos catalogarlas en siete grupos:

1.- **PROBLEMAS GENÉTICOS:** La mayoría de las interrupciones del embarazo se deben a alteraciones genéticas y hormonales que se producen en el embrión. Esto hace que la propia naturaleza del cuerpo lo expulse porque no está en condiciones de desarrollarse normalmente.

2. **INFECCIONES:** Las anomalías que aparecen pueden alterar el correcto desarrollo del embrión y como consecuencia se llega al aborto por infecciones causadas por bacterias, virus, parásitos zoonóticos y hongos.

3. **ENFERMEDADES MATERNAS:** En muchos casos enfermedades como la diabetes, la hipertensión, los trastornos nerviosos, afecciones del riñón y ciertos problemas inmunológicos son los culpables de la interrupción del embarazo.

4. MALFORMACIONES: Los problemas de malformación de la matriz también constituyen una de las causas principales que llevan a la pérdida del hijo que se espera.

5. MEDICAMENTOS: La ingestión de ciertos medicamentos puede afectar de forma muy grave el desarrollo del óvulo y llevar de forma irreparable a su pérdida.

6. CAUSAS DESCONOCIDAS: De un grupo nada despreciable de causas, un tercio, no se conocen los factores que causan el aborto.

7. FACTORES ENDOCRINOS: Trastornos tiroideos, diabetes sacarina, trastornos de los andrógenos, trastornos de la prolactina.

Es notable la preocupación de las mujeres que desean abortar, acerca de los riesgos que esto puede significar para ellas; para el niño ya lo sabemos; significa la muerte. Pues si, hay riesgos y muy grandes para la mujer. "Sabemos que en México sé esta hablando de una posible legalización del aborto, para evitar el riesgo que para muchas mujeres represente el aborto clandestino en manos inexpertas, se alega que las mujeres tendrán cuidados médicos para salir, con bien." (Vida humana internacional, 1990)

"El riesgo relativo de infertilidad secundaria entre mujeres, con un aborto inducido, por lo menos y sin abortos espontáneos, fue de tres a cuatro veces superior que en mujeres que no habían sido sometidas a un aborto." (Afirmando el Dr. Bobumil Súpál, Ministro de Salud de Checoslovaquia), alrededor del 25% de las mujeres que interrumpieron su primer embarazo se han mantenido permanentemente sin hijos.

Si la cureta del abortista raspa o corta demasiado profundo a nivel de la abertura de las trompas en el útero se formarán cicatrices y a menudo se producirá una obstrucción. Si esta obstrucción es total, la mujer será estéril pero si el resultado de este proceso es una obstrucción parcial, los minúsculos espermatozoides podrán penetrar en la trompa recorrerla y fertilizar el óvulo cuando es expulsado del ovario.

"En un embarazo ectópico la trompa cuyas paredes son muy delgadas, no pueden sustentar esta vida pronto se rompe, provocando una hemorragia interna y obligando a una intervención quirúrgica de urgencia. En ocasiones, esto conduce a la muerte a la madre."(Lejuene, Jerome, 1992)

En madres con uno o más abortos previos se observa mayor frecuencia de hemorragias en los primeros tres meses del embarazo actual, menor posibilidad de tener un parto normal, mayor necesidad de una remoción manual de la placenta y de otras intervenciones de la tercera etapa, duplicación de muertes neonatales tempranas, aumento de tres

o cuatro veces en las muertes neonatales e incremento de bebés con bajo peso al nacer.

Las mujeres con abortos previos presentan un exceso de síntomas menstruales en todos los grupos de edades.

La incidencia de adherencias (sinequias) uterinas es especialmente elevada en pacientes sometidas a dos o tres curetajes.

Aquellas mujeres que han sufrido un aborto espontáneo en el primer embarazo presentan la frecuencia más alta de pérdidas tempranas. Aquellas con abortos inducidos en el primero tuvieron la más alta frecuencia de abortos espontáneos tardíos y de partos prematuros.

“Efectos físicos que sufre la mujer que aborta:

- a) Esterilidad.
- b) Abortos espontáneos.
- c) Embarazos ectópicos.
- d) Nacimientos de niños muertos.
- e) Trastornos menstruales.
- f) Hemorragia.
- g) Infecciones.

- h) Shock.
- i) Coma.
- j) Útero perforado.
- k) Peritonitis.
- l) Coágulos de sangre pasajeros.
- m) Fiebre /Sudores fríos.
- n) Intenso dolor.
- ñ) Pérdida de otros órganos.
- o) Perforación del útero.
- p) Desgarramiento en el cervix.
- q) Hemorragia durante la operación.
- r) Sangrado después del aborto.
- s) Retención de la placenta o del tejido de la misma.
- t) Anemia.”(García, 1990)

2.6 Consecuencias psicológicas

Los efectos psicológicos de un aborto inducido pueden ser graves y afectar a las mujeres, hombres y otros hijos.

Si la experiencia del aborto es traumática los efectos pueden ser muchos y variados, pueden incluir: culpabilidad, depresión, dolor moral, pesadumbre, ansiedad, tristeza, pesadillas, pensamientos sobre el suicidio, insomnio, abuso de drogas o alcohol, inseguridad, llorar sin control, confusión, y la necesidad de recibir tratamiento psicológico.

La agrupación Planificación Familiar, últimamente admite que el 91 % de las mujeres que se han provocado un aborto experimentan un trauma después del mismo. Algunas sufren depresiones, pesadillas, arrebatos suicidas; algunas se despiertan por la noche con la idea de que han oído el llanto de un niño.

Todos los estudios han demostrado que siempre hay mujeres afectadas con un daño psicológico después de abortar. Ahora no hay desacuerdo entre los que estudian estos casos de que sí hay mujeres que sufren de negativas reacciones psicológicas después de haberse hecho un aborto.

El aborto no es una experiencia psicológicamente benigna, y las mujeres deben ser informadas sobre los riesgos psicológicos que se pueden sufrir. Aunque es difícil estimar el por ciento de las afectadas.

“Algunas mujeres tienen mas riesgo de sufrir psicológicamente después de un aborto: quienes estaban inseguras de hacerse el aborto, las que fueron presionadas, mujeres que abortan en el segundo trimestre, mujeres que van en contra de sus convicciones religiosas.” (Christa Meves, 1974)

“Desde el punto de vista de la psicología existen tres causas fundamentales que impulsan al hombre o a la mujer a decidirse por el aborto: el odio a la madre, que ésta haya sido persecutoria y destructiva, y que uno o ambos padres hayan pasado también por esa situación en algún momento de su vida” afirmó María Teresa Padilla Velásquez, del Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil Federico Gómez.

En la conferencia Implicaciones Psicológicas del Aborto, Padilla Velásquez señaló que si el hombre o la mujer embarazada tienen sentimientos negativos hacia su madre, en consecuencia, se identifican con la idea de no querer ser padres y se produce el sentimiento de venganza por la situación sufrida con la progenitora.

Acerca del segundo punto, el miedo a ser destruido por una madre persecutoria y destructiva, destacó que esto significa que tanto hombres como mujeres han vivido con una progenitora que tiene la idea de que todo debe ser y hacerse como ella piensa; se la pasa vigilándolos, por lo que no los deja ser libres y desarrollarse individualmente.

Respecto al tercer aspecto, la psicóloga manifestó que cuando los padres recurren al aborto les transmiten inconscientemente a sus hijos actitudes destructivas. "Pueden no decírselos directamente, pero éstos van dándose cuenta y van captándolas".

"Hay dos tipos de factores: los sociales y los familiares, ambos influyen en gran medida a que el impacto psicológico en la mujer sea más profundo, incluso dificultan el momento de la curación." (Lejuene, Jerome, 1992)

Las cuestiones sociales proporcionan un doble mensaje a la mujer, o le causan dificultad para confrontar sus pensamientos con sus acciones, por citar unos ejemplos:

La creencia de que el aborto es un procedimiento sencillo y rápido, que no duele porque el embrión es un cúmulo de células, por otra parte, creer que a la madre no le causa daño psicológico alguno.

El ambiente familiar en el que vive la mujer que se ha practicado un aborto puede ser de las siguientes maneras:

a) Si la familia sabía del embarazo y del aborto, y ese aborto solucionó un problema familiar, entonces no le van a permitir sacar el problema, porque éste reabre viejas heridas que quitarían el balance familiar.

b) La familia puede tratar el asunto como algo que nunca sucedió.

c) Es un secreto para todos los miembros de la familia.

d) Hay un fracaso o una incapacidad de la mujer que ha abortado de comunicarlo a su pareja.

e) Es parte de la naturaleza humana buscar la coherencia entre lo que se piensa y lo que se hace, por lo que el aceptar que una decisión ha sido fatal genera una serie de mecanismos de defensa mismos que son la base de los padecimientos que se analizarán más adelante.

f) Las mujeres que son víctimas de una violación, algunas ocasiones quedan embarazadas y con trastornos psicológicos que las afectan para toda su vida por lo que debemos entender que el aborto puede ser una solución para las mujeres que se encuentren en este caso.

“La violación es una experiencia terrible, pero los problemas creados por ella no son solucionados por el aborto. El daño por la violación está en la violación misma.” (Vida humana internacional, 1990)

“Efectos psicológicos que sufre la mujer que aborta:

a) Suspiros

b) Insomnio

- c) Llanto
- d) Pérdida de apetito
- e) Pérdida de peso
- f) Agotamiento
- g) Comer constantemente
- h) Nerviosismo
- i) Disminución de la capacidad de trabajo
- j) Vómitos
- k) Trastornos gastrointestinales
- l) Frigidez
- m) Muerte
- n) Insatisfacción
- ñ) Sentimiento de luto
- o) Pesar y remordimiento
- p) Retraimiento
- q) Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones
- r) Inferior autoestima

- s) Preocupación por la muerte
- t) Hostilidad
- u) Conducta autodestructiva
- v) Ira/ Rabia
- w) Desesperación
- x) Desvalimiento
- y) Deseo de recordar la fecha de la muerte
- z) Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento

- A) Intenso interés en los bebés / Intenso rechazo a los bebés
- B) Instintos maternales frustrados
- C) Odio a todos los relacionados con el aborto
- D) Deseo de acabar la relación con su pareja
- E) Pérdida de interés en el sexo
- F) Incapacidad de perdonarse a sí misma”(García, 1990)

2.7 Pro aborto

“En México, el derecho de las mujeres a decidir por sí mismas la pertenencia de su cuerpo, se encuentra limitado por leyes de datan de 1931. Hace 68 años la ley decidió ejercer tutelaje a las mujeres por carecer de la calidad ética y moral para saber por sí mismas si deseaban o podían llevar un embarazo a término.

La interrupción del embarazo, tema polémico por la mezcla de intereses, políticos y religiosos lleva a la muerte a 200 mil mujeres cada año por abortos mal practicados en el mundo, cifra que en América Latina, asciende a seis mil mujeres.” (www.altavista.com)

“La jerarquía católica permanece inconvencible, pese a defender el derecho irrestricto a la vida, ante las muertes de mujeres por abortos realizados en la clandestinidad, sin percatarse de las y los niños no deseados pero nacidos que engrosan las filas de menores en situación de la calle quienes están vivos pero sin derecho a la ternura, a una casa, a alimentarse, a ser protegidos y educados, sin derecho al futuro, a la esperanza. Tan solo en la ciudad de México, más de 14 mil menores viven en esta situación según cifras oficiales.

El aborto, independientemente de la postura política y religiosa, es un grave problema de salud pública, con ocho mil abortos anuales en México, aunque el subregistro impide saber

el número real de interrupciones del embarazo.”
(www.yahoo.com.mx)

Para el presidente de la Academia Mexicana de Ciencias Penales, Jesús Zamora, el problema del aborto radica en que “la sociedad no puede sancionar a todas las personas que, conforme a la ley, son autores de estos delitos. La lucha contra el aborto debe consistir en hacer posible que todo embarazo sea un embarazo deseado”.

Aun así se sigue con un Código no reformado sobre este apartado, a la espera de un nuevo siglo que traiga con él, el cumplimiento y aplicación del artículo cuarto constitucional en donde “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.

“El feto es una forma de vida, lo forman células vivas, está creciendo y procesando energía, tiene la capacidad de madurarse y reproducirse, tiene un sistema genético y demás.

Un feto todavía no es un ser humano. Es más bien como una semilla o un germen de ser humano. Está vivo, pero también están vivas todas las otras células del cuerpo de la mujer. Todavía no tiene vida propia. Todavía no es una vida separada de la vida de la mujer en cuyo útero está. El hecho de que algo tenga las características de la "vida" no quiere decir que hay que preservarlo necesariamente.”(www.t1MSN.com)

“Pensemos en eso por un momento: los seres humanos matamos seres vivos todo el tiempo por un bien mayor. Lo hacemos cada vez que comemos: todas las frutas, verduras y carnes vienen de plantas y animales que han muerto para alimentarnos. Lo hacemos cada vez que cortamos un árbol para hacer leña, cada vez que tomamos antibióticos para matar los microbios que nos enferman, cada vez que matamos a otro ser humano en defensa personal o para impedir que le cause sufrimientos y muerte a otros seres humanos. Mejor dicho, matamos unos seres vivos para preservar y enriquecer otras vidas. La vida de la mujer obligada a continuar un embarazo no deseado está en peligro. Puede tener que hacerse un aborto clandestino, que la puede matar. Y si tiene un hijo que no quería, su vida quedará debilitada y degradada. Perderá orgullo y respeto por sí misma porque la sociedad le ha dicho que no vale nada: a un montón de células que ni siquiera son un ser humano todavía le dan más respeto y más valor que a ella, como no le permiten controlar su propio cuerpo, su propia reproducción, como no le permiten decidir si quiere ser madre ni cuándo, no tiene más libertad que una esclava. Si una mujer quiere interrumpir un embarazo (por la razón que sea), debe tener la libertad de abortar sin complicaciones. Esto es por un bien mayor: por la salud y bienestar general de esa mujer, cuya vida debemos valorar más que la de un feto en formación.”(Llano Cifuentes Carlos, 1990)

“Las organizaciones antiabortistas aprovechan el hecho de que a mucha gente la mantienen en la ignorancia y no sabe cómo funciona su cuerpo: qué pasa dentro de él y el desarrollo de un embarazo el cual es un proceso que toma tiempo y es parte de los procesos normales del cuerpo de la mujer. El óvulo pasa a ser un feto y crece nueve meses sólo porque la fisiología de la mujer (el funcionamiento de su cuerpo) hace que ocurran esos cambios.”(www.mexico.com)

“El aborto es un método médico simple que termina el embarazo. A través de la historia alrededor del mundo y en muchas religiones las mujeres han utilizado el aborto como parte del cuidado de su salud.

No todas las mujeres creen que está bien abortar, pero toda mujer tiene el derecho de tomar su propia decisión.

Otras opciones en caso de embarazo inesperado son: entregar al bebé para que lo adopten o quedarse con él.

Las mujeres deciden abortar por muchas razones:

No pueden mantener al bebé en ese momento.

Los padres se enojarían y estarían desilusionados, y hasta podrían echarlas de la casa.

Si tienen el bebé no van a poder terminar la secundaria, ni podrán ir a la universidad y se quedarán sin una carrera.

El papá del niño o de la niña no las va a ayudar.

Tener el niño(a) no sería saludable ni para ellas, ni para el bebé.

El embarazo pudo haber sido causado por incesto o violación.

Los abortos cuestan \$2,500.00 ó más. Los costos y riesgos de salud suben después de los primeros 3 meses de embarazo y es más difícil obtener un aborto después de este tiempo.

El aborto es seguro cuando se hace en una clínica legal o en un hospital. ” (www.altavista.com)

2.8 Síndrome post aborto

“Cabe recordar que el síndrome post aborto no está influido por factores culturales, sino por la naturaleza femenina que es similar en todas las mujeres sin importar su religión, nacionalidad o posición social. Así, por tanto, es en este mismo sentido que se podrá y deberá proceder al tratamiento y curación.” (Vida humana internacional, 1990)

Una vez que se da la manifestación de alguno(s) de los síntomas del síndrome pos-aborto, inmediata o mediatamente

posteriores a la realización del aborto, es el momento en que la mujer requiere de la curación o ayuda post aborto.

“Habrá que diferenciar el tipo de ayuda, y considerar si la persona se encontraba saludable psíquicamente o si sufría un desorden de la personalidad antes de practicarse el(los) aborto(s.) Esta distinción es importante para determinar si es preciso referirla a un psiquiatra o a un psicólogo.” (Godoy emma, 1992)

La ayuda consiste en revivir sus experiencias para coadyuvar en el enfrentamiento con sus sentimientos. No se trata de minimizar lo que siente.

“Hay diferentes tipos de métodos y terapias psicológicas para ayudar a las mujeres que han abortado. Los aspectos que se analizan a continuación, se consideran los factores más importantes a desarrollar en cualquier técnica o terapia que se desee seguir.

La insensibilidad se convierte en un sufrimiento intenso seguido de un sentimiento de vacío y distanciamiento de la gente.

La pérdida es repetidamente reprocessada durante las horas de vigilia y vuelta a experimentar en sueños y pesadillas. Los síntomas físicos son también: debilidad, perturbación del sueño, pérdida del apetito, dolores de cabeza, dolores de espalda, indigestión y ataques de ansiedad.

Las reacciones de estrés pos-traumático y pena se entremezclan e interactúan con el dolor de la pérdida del embarazo y el aborto inducido: shock e insensibilidad emocional con la experiencia del descubrimiento de la muerte del feto. Lo abrupto de la pérdida sobrepasa las habilidades de afrontamiento, lo que trae como resultado la ruptura del esquema cognitivo del mudo sujeto que experimenta esta reacción. El sentimiento de culpa del que sobrevive, secundariamente, el abuso de sustancias tóxicas para reducir el dolor de la experiencia de la pérdida; la revivenciación crónica de la muerte fetal del niño, los sentimientos de desarraigo o enajenación con respecto a los otros; la pérdida de los sentimientos de ternura y de afecto; los trastornos del sueño y la pena misma que se manifiesta en explosiones desproporcionadas de ira; todas estas reacciones se entremezclan." (Bertoldi, Alberto, 1992)

"Es muy común que las mujeres tengan una reacción tardía a un aborto. Pueden transcurrir de algunas semanas a muchos años antes de que aparezcan síntomas." - Dra. Wanda Franz, Ph. D., Presidenta de la Asociación para la Investigación Interdisciplinaria sobre los Valores y el Cambio en la Sociedad.

2.9 Conductas autodestructivas

Actitudes e intentos suicidas

La mujer que ha abortado presenta, a menudo, pensamientos o deseos suicidas en los días del aniversario del aborto o de la fecha en que hubiera nacido el bebé.

Sentimientos de culpa, rechazo, depresión, baja autoestima, son todos ellos ingredientes para el suicidio, por lo que la tasa de intentos suicidas en mujeres que han abortado es muy alta.

Abuso del alcohol, drogas, disfunción y promiscuidad sexual

Mujeres que han tenido abortos, frecuentemente reportan su primer consumo fuerte de alcohol o drogas con la intención de aliviar el estrés que han tenido a causa del aborto. Así también, llegan a intoxicarse en un intento de vencer las pesadillas, el insomnio, o para reducir las reacciones de pesar o dolor, y para reprimir la experiencia del aborto en ellas mismas.

Para escapar del dolor emocional, que no han expresado, abusan de las drogas, del alcohol, y se dedican a la promiscuidad sexual, para "anestesiarse" o castigarse a sí mismas.

Desórdenes alimentarios (anorexia, bulimia)

La mujer, como ser biopsicosocial, al abortar se ve afectada en estos tres ámbitos, por lo que tendrá la inclinación a este tipo de desórdenes que la llevarán a tratar de olvidar todas o algunas de las manifestaciones del síndrome.

Pérdida de autoestima

Por lo general va unida al arrepentimiento y vergüenza que la acompañan por mucho tiempo, ya que no encuentra la curación total de su mal. La pérdida de la autoestima se ha visto manifestada en gran parte de los síntomas del síndrome. La promiscuidad es también un indicio de la pérdida de autoestima.

Disfunciones sexuales

La frigidez es un problema muy común posterior al aborto, quizá porque se cree que al evitar las relaciones sexuales no habrá más abortos en su mente. En el varón, el shock post-aborto puede resultar en impotencia. Todo esto porque el aborto interrumpe el ciclo natural reproductivo de la mujer, y esto puede causar en ella confusión acerca de su identidad sexual. El miedo a la infertilidad es muy común.

La mujer puede, psicológicamente, bloquearse a la concepción por el miedo tan grande a repetir el mismo error o

por no creerse digna de ser madre después de practicarse un aborto.

2.10 Duelo

“El duelo es una respuesta universal a la pérdida y / o a la muerte. La etapa de luto es el proceso por el cual el duelo es resuelto. Las reacciones de luto a la pérdida y muerte, sin embargo no son universales, y están sujetas a considerables diferencias culturales, familiares e individuales.” (BERMÚDEZ ALEJANDRO)

En la cultura occidental hay tabúes alrededor del tema de la pérdida del embarazo que incluyen el aborto inducido, el aborto espontáneo, la muerte prenatal, el dar al niño en adopción y la muerte postnatal.

Tanto las mujeres como los hombres experimentan el duelo de la muerte.

Aún si la pérdida del embarazo es intencionada o no (parto provocado o espontáneo), estos padres han sido dejados solos en su duelo sin apoyo o validación de su pena.

Un aborto es generalmente difícil de hablar porque no hay funeral, no hay certificado de defunción o alguna designación de estatus de duelo.

En cualquier tipo de aborto, está envuelta la pérdida de un niño y porque esto compromete la pérdida de una persona, el duelo debe hacerse.

El proceso de resolución para este tipo de duelo se describe como una "etapa de luto complicado" y puede ser después intensificado por una reacción traumática de reexperimentación y recuerdos recurrentes seguidos de un esfuerzo para negar y evitar darle un significado al embarazo, o tener recuerdos de apegamiento afectivo al niño. La pérdida del feto / niño / infante puede ser traumática y tener para toda la vida un significado que hace aflorar reacciones de duelo.

“El duelo es reconocido en la depresión, la tristeza, la insensibilidad y hasta la negación, teniendo todos estos una asociación temporal con la pérdida del embarazo.”
(FABRICANT, SHEILA, 1986)

ETAPAS DEL DUELO

a) Etapa uno: NEGACION

La mujer no habla de sus sentimientos, emociones, o el procedimiento del aborto. Los mecanismos de defensa de la

negación y represión funcionan para proteger a la mujer del trauma del aborto, pero también evitan que defina la pérdida por el aborto, ella puede verse en un sentimiento de ambivalencia acerca de sí tiene una pérdida que sufrir. Incluso puede negar él haber tenido un aborto. Ella niega tener alguna pena o sentimientos relacionados con la muerte de su bebé. Frecuentemente hay relaciones dañadas, con otros mientras ella continua evitando todo lo que tenga que ver con bebés, mujeres embarazadas y fertilidad.

b) Etapa dos: IRA

La mujer que ha tenido un aborto puede empezar a salir del estado de negación cuando empieza a definir exactamente lo que sucedió en la mesa de abortos - y qué fue lo que aborto. En este punto, ella reconoce que era un bebé, su bebé, y que se ha ido. La ira y las explosiones de rabia incontrolada hacia quienes estuvieron involucrados en el evento del aborto frecuentemente ocurren desde el inconsciente cuando ella empieza a definir su pérdida. Ella puede dirigir su ira a los hombres en general, médicos, su esposo, hijos, o cualquiera que este alrededor.

c) Etapa tres: ACEPTACIÓN / RESOLUCIÓN

La mujer es capaz de definir exactamente que perdió en su experiencia de aborto y aceptar que el hijo se ha ido. No puede ser reemplazado. La aceptación de pérdida es difícil y

toma mucha energía, pero se vuelve más fácil al paso del tiempo. Ella es capaz de expresar sus emociones de tristeza y no sentirse consumida por ellos. Ella ha aprendido a perdonarse a ella misma y a otros y a tomar responsabilidades por sus acciones. Las relaciones sanan y la mujer encuentra curación y alegría en su vida de nuevo.

Estas etapas y, su impacto varían de persona a persona, pues hay varios factores que afectan su respuesta individual como la personalidad, madurez, salud mental, la existencia o inexistencia de familia y / o amigos que la apoyen, experiencias de pérdidas anteriores y como esa pérdida, fueron resueltas o no, otros factores personales y otras razones de sufrimiento, la habilidad para enfocarse en las pérdidas en esa etapa de su vida.

2.11 Mecanismos de defensa

“La mujer que abortó desarrolla cuatro tipos de mecanismos de defensa:

1. Racionalización:

Implica la búsqueda de razones lógicas, excusas o explicaciones que justifiquen el aborto. En ocasiones dirá en

realidad no estaba preparada para ser madre en estas circunstancias.

2. Represión:

Forma de prevenir que la información inconsciente alcance un nivel consciente a través del recuerdo de los sentimientos dolorosos que rodean al aborto. "Yo hice lo correcto. Estoy segura. En ocasiones me siento un poco mal, pero esto no me molesta ahora." En ocasiones la mujer puede abatir sentimientos dolorosos, así como detalles actuales de esta experiencia. Algunas incluso llegan a olvidar en el segundo o tercer aborto, que han tenido uno previo. La culpa y la represión pueden durar años e incluso décadas, hasta que un evento fuerza a la mujer a confrontar sus sentimientos no resueltos.

3. Compensación:

Luego de un aborto surgen deseos por compensar el error haciendo cosas buenas, como sobre involucrarse en actividades religiosas, trabajar activamente en un movimiento pro-vida, ser una "súper mamá", entre otras actividades, poco después de haberse efectuado el aborto.

Esto también puede desencadenarse en una actividad o trabajo muy duro para comprobar que el aborto fue realmente necesario, por ejemplo, si la mujer sacrificó a su bebé por una

carrera prometedora, ella se esforzará arduamente para hacer de ésta un gran suceso.

4. Reacción contraria:

Se buscará abatir o reprimir en una forma exagerada los sentimientos de culpa y pensamientos relacionados con el aborto, profesando con vehemencia exactamente lo contrario; como si al expresar lo contrario, la convicción se convirtiera en justificación. Un ejemplo común es la adhesión a movimientos feministas y / o abortivos." (FABRICANT, SHEILA, 1986)

La mujer puede volverse verbalmente defensora del aborto para convencer a otros, y más que nada a sí misma, de que ella hizo la elección correcta y está satisfecha con el resultado.

5. Negación:

A través del proceso de negación, la mujer se bloquea naturalmente ante el lastimoso proceso de la muerte de su hijo, y rehúsa o niega toda responsabilidad ante el aborto. Esta negación suele ser el factor psicológico más importante del síndrome, es el primer síntoma, pero es muy difícil dar el segundo paso o dar entrada a la manifestación de los demás síntomas, se convierte en una barrera para la búsqueda de ayuda, en esta primera etapa el mal se profundiza porque se vive en la irrealidad.

“La dinámica de la negación hace muy difícil examinar el aborto y sus ramificaciones. La negación es parte intrínseca de la experiencia del aborto, hasta que llega el momento en que ocurre una reconciliación total de los sentimientos. La demora sólo significa un potencial mayor de dolor, conflicto y síntomas.” (BERMÚDEZ ALEJANDRO)

La negación se vuelve un estilo de vida en donde la mujer ya no se da cuenta de la causa de sus males, sino sólo recuerda sus síntomas (en el momento que éstos lleguen a presentarse.)

Además, hay una profunda convicción de que ya nada tiene solución, entonces, ¿para qué recordarlo? y buscará a toda costa diferentes formas - consciente o inconscientemente - de negar su aborto.

Habrá quien se jacte incluso de haberse practicado varios abortos y no sentir ningún malestar, al contrario, hará alarde de ser "madura" y "responsable", o bien, por el contrario, quizá habrá quien diga que no se arrepiente en lo absoluto de lo que hizo, pero tratará de evadir siempre el tema, situación que se asocia con el punto siguiente.

6. Evitar pensamientos o sentimientos acerca del aborto

Hay una profunda convicción de que no hay esperanza. Para ella, pensar acerca del aborto es remover sentimientos de culpa y de dolor que no conducirían a nada. Todo esto es debido a que el hecho de haber destruido intencionalmente a

su hijo, resulta ser una experiencia extremadamente traumática, que va más allá de cualquier otra experiencia humana.

Recordar o tratar de consentir el más mínimo sentimiento con respecto al aborto, se convierte en un constante motivo de estrés que le quitará tranquilidad por el resto del día, semanas, meses o años.

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

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

Por ejemplo, todo lo que tenga que ver con revisiones o consultas ginecológicas, tener relaciones sexuales, cercanía con infantes, conversaciones sobre el aborto o nacimientos, madres embarazadas, clínicas o incluso embarazos subsecuentes, son situaciones que tratará de evitar constantemente por hacerle daño. Esto es debido a la intensa angustia y alteración

psicológica que sucede cuando alguien se expone a eventos que simbolizan o se asemejan a la experiencia del aborto.

8. Incapacidad (o memoria por bloques) para recordar aspectos acerca del aborto

Es la incapacidad para recordar todo o algunas partes de lo que sucedió antes, durante o después del aborto, viene a ser un mecanismo de defensa un tanto más inconsciente que el anterior, es como una especie de amnesia.

9. Aislamiento

“La mujer buscará aislarse del mundo que le rodea, porque creerá que nadie la comprenderá o perdonará por lo que ha hecho incluso, buscará aislarse de ella misma y con ello evitar reflexionar o recordar en los momentos de soledad. Para que no haya nada ni nadie que le recuerde el aborto, que nadie sepa ni conozca nada acerca de su vida.” (BALMASEDA CARMEN,1986)

10. Fobias

Se dan todo tipo de aversiones y desórdenes compulsivos que pueden ser: temor a las enfermedades o a morir. Pueden manifestarse a través de limpieza compulsiva por un sentimiento de suciedad, hambre excesiva, anorexia, o bien, mediante reacciones de aniversario.

2.12 Mitos y realidades del aborto según estadísticas del INEGI, 1993

1. - Debería permitirse el aborto cuando el embarazo no es deseado, porque trauma a la mujer.
2. - El embrión es solo una masa de células, es dudoso de que se trate de un verdadero ser humano.
3. - El aborto debería permitirse, porque la mujer tiene derecho a disponer de su cuerpo.
4. - Que el aborto lo decidan los médicos, ellos saben si es conveniente o *no* realizarlo en cada caso.
5. - Legalizar el aborto por los que si lo deseen hacer, si alguno no esta de acuerdo, que no lo haga, pero no quiera imponer su criterio sobre los demás.
6. - El aborto es un asunto de la propia conciencia, es una cuestión personal intima en la que ni la legislación, ni la religión ni nadie, excepto la propia madre, debe intervenir.
7. - El aborto eugenésico debería permitirse, porque nadie desea tener un hijo que nazca con malformaciones.
8. - Solo las mujeres con recursos tienen acceso a buenos abortos ilegales, mientras la mayoría arriesga sus vidas debido a la penalización y miles fallecen a causa de un aborto mal realizado.

9. - El aborto es una buena medida de control natal para que traer mas niños al mundo.

10. - El aborto por violación salva el honor de la victima.

11. En los países con mayor desarrollo político, económico, y derechos humanos se practica el aborto a petición, México debería autorizarlo.

2.13 Aspecto legal del aborto

En México la práctica del aborto es, en general, ilegal. Si una mujer queda embarazada y decide interrumpir su embarazo, se ve obligada a practicarse un aborto en la clandestinidad. Algunas pueden acudir a servicios higiénicos y seguros. La mayoría, pone en riesgo su salud y hasta su vida, porque carece de recursos para recibir atención adecuada.

“Sin embargo, hay siete circunstancias en que no se considera al aborto como delito. Cuando:

1) el embarazo es resultado de una violación,

2) el aborto es provocado accidentalmente (o, como dice la ley, de manera "imprudencial"),

3) a juicio del médico el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer;

4) el feto tiene malformaciones genéticas;

5) de continuar con el embarazo se provocaría un grave daño a la salud de la mujer;

6) el embarazo es producto de una inseminación artificial no deseada, y

7) la mujer tiene razones económicas para interrumpir el embarazo y es madre de tres hijos.” (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1993)

De estas siete razones sólo la primera (por violación) es válida en todo el territorio nacional. 29 estados contemplan el aborto imprudencial y 28 cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer. Así, la constante legislativa en nuestro país es no castigar el aborto por violación, imprudencial y por peligro de muerte. El resto de las causas de aborto no punible varía de un estado a otro.

A pesar de todo, la prohibición del aborto en México no se cumple, pues no se persigue a las mujeres que se practican abortos de manera ilegal.

“El aborto es una realidad en México: cifras oficiales indican que el 17.8% de las mujeres en edad reproductiva se han practicado un aborto. La ilegalidad no ha impedido que se

sigan realizando abortos, pero sí ha conducido a poner en riesgo la salud y la vida de las mujeres. Es imprescindible modificar las leyes para que las mujeres dispongan de servicios seguros de aborto y disminuya la intensidad del drama que implican los embarazos no deseados.” (MICHEL SCHOOPYANS, 1991)

En la legislación penal vigente el aborto es un delito de menor importancia respecto al homicidio, debido a que no se valora a la víctima como un ser humano completo.

2. 14 Penalización del aborto en el estado de Michoacán

Artículo 285- Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Artículo 286- A la mujer que provocara su aborto se le impondrán prisión de 1 a 3 años y multa de \$1000 a \$3000 pesos.

Artículo 287- Al que causare el aborto con el consentimiento de la mujer, se le impondrán de 1 a 5 años de prisión y multa de \$1000 a \$5000 pesos Cuando falte el consentimiento se impondrán al delincuente de 3 a 8 años de prisión y multa de \$3000 a \$8000 pesos.

Artículo 288. Cuando el aborto lo causare un médico, cirujano, partero o enfermero, de uno u otro sexo, se le suspenderá además en el ejercicio de su profesión de 2 a 5 años. Si habitualmente se hubiere dedicado a la práctica de abortos, se le privará en el ejercicio de su profesión.

Artículo 289. A la mujer que para ocultar su deshonra provocara su aborto o lo consintiera, se le impondrá de 6 meses a 2 años de prisión y multa de \$500 a \$2000 pesos.

Artículo 290. No es punible el aborto culposo causado por la mujer embarazada o cuando el embarazo sea el resultado de una violación.

Artículo 291. No se aplicara sanción cuando de no provocarse el aborto la mujer embarazada corre peligro de muerte o de un daño grave a su salud, a juicio del médico que la asista oyendo este dictamen de otro médico siempre que este fuera posible y no resulte peligrosa la demora.

2.15 Prevención del aborto

La prevención de embarazos no planificados implica decir que se tiene que volver a la conducta sexual responsable. Esto significa el evitar toda situación que no sea propicia para que el niño que pueda concebirse sea bien acogido, o el hacerse

responsables de las vidas no concebidas intencionalmente, quizás haciendo un plan de adopción, casándose, o haciéndose cargo del mantenimiento del niño. “Usando un anticonceptivo no es sustituto que exima esta responsabilidad, como si el usar el cinturón de seguridad en el automóvil fuera una buena razón para aumentar la velocidad.” (BASSO O. P. DOMINGO M., 1989)

“Los derechos de las mujeres no están en conflicto con los derechos de sus propios hijos. El aparente conflicto es una señal de que algo no está bien en nuestra sociedad. Cuando los seres humanos tengan respeto hacia las relaciones sexuales, no buscarán el sustituto del aborto.” (VERDIER PABLO, 1994)

2.16 Criterios de diagnóstico

A. Exposición al trauma. La persona habrá experimentado, presenciado o confrontado un aborto percibido como un suceso traumático en donde está de por medio la muerte intencional de un niño no nacido, siente temor intenso, u horror hasta el punto de producirle síntomas.

B. Revivir la experiencia. El trauma del aborto se revivió en recuerdos y sueños repetidos, sufrir alucinaciones y episodios de disociación, sufrimiento psicológico intenso al exponerse a

sucesos que simbolizaba la experiencia del aborto o se asemejan a ella (por ejemplo, clínicas, mujeres embarazadas, bebés, embarazos posteriores), reacciones fisiológicas.

C. Evasión: Esfuerzos para evitar y negar pensamientos, sentimientos, conversaciones asociados con el aborto o el significado negativo derivado de la experiencia, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma del aborto, introversión en las relaciones y una menor comunicación.

D. Características asociadas: Vigilia intensa, dificultad para conciliar y conservar el sueño, irritabilidad o estallidos de ira, dificultad para concentrarse, depresión o pensamientos suicidas, culpa, menosprecio y / o incapacidad para perdonarse, abuso de sustancias, desordenes en la alimentación, pérdida del interés sexual.

E. Duración: Los síntomas de los puntos anteriores duran más de un mes.

F. Inicio:

1. Agudo (sí los síntomas duran menos de 3 meses)
2. Crónico (sí los síntomas se prolongan durante 3 meses o más)
3. Tardío (sí los síntomas aparecen por lo menos 6 meses después del suceso).

2.17 Intervención psicológica post aborto

Se sugiere una propuesta terapéutica que resulto a partir de la investigación en el CAM y que consideramos seria de gran utilidad para toda aquella mujer que se encuentra en el síndrome post aborto y no fue posible evitar todos los sentimientos que esto conlleva:

a) CATARSIS DE LO VIVIDO

Se ha determinado que hay varias consecuencias post aborto, que deben ser tratadas en forma detallada, tomando en cuenta los hechos que rodean la decisión de un aborto. También debe haber una catarsis general de los sentimientos implícitos en la decisión. Esta catarsis varía de una persona a otra.

“Llevar a las mujeres a una relación completa de todos los hechos relevantes y emotivos en relación con el aborto vivido, es importante, porque una vez que se sacan a flote todos los recuerdos, se puede determinar cómo enfocar el proceso de curación.” (FABRICANT SHEILA, 1980)

b) ACEPTACIÓN DE LO OCURRIDO

Si a la paciente se le trata desde la percepción de su “culpa inconfesable” será muy difícil que tanto terapeuta como paciente lleguen a buen término de la terapia.

A esta aceptación se llegará una vez que se haya logrado empatizar con la paciente; después de esto tarde o temprano, la paciente reconocerá su aborto. Mientras tanto, se trabajarán otros aspectos de su vida. "Si se presiona su intimidad deduciendo el aborto antes de que ella lo mencione, muy probablemente abandonará la psicoterapia, porque al sospechar erróneamente sobre un aborto provocado, la paciente se sentirá acusada o incomprendida en cuanto a su verdadero problema. Por otro lado, si ella realmente se practicó el aborto, se sentirá forzada a entrar en un tema al cual todavía no está preparada para afrontar." (CERAR E., 1991)

Lo importante en este punto no es el que ella diga: "He tenido un aborto", sino analizar lo que este aborto realmente significa para ella, en su estado psicológico actual.

"El proceso psicológico pretenderá ayudar a la mujer a encarar su aborto en términos reales, es decir, que lo reviva, lo sienta y exprese lo que ella hizo en aquella ocasión. Este proceso psicológico se realiza utilizando la táctica del sueño dirigido, porque es muy útil para trabajar conflictos psicológicos a través de representaciones simbólicas." (CERAR E., 1991)

Después de un ejercicio de relajación se le dice a la mujer que imagine (con los ojos cerrados) por ejemplo: "Un viaje a lo largo del interior del cuerpo humano". Y que deje volar libremente su imaginación. Antes de esta sesión se habrán

hecho varios ejercicios de relajación para que se vaya acostumbrando a éstos. Se le pregunta qué es lo que ve en las sesiones subsecuentes, se discutirá la historia imaginada de la semana anterior, hasta que ella sea capaz de decir el verdadero significado de las representaciones simbólicas que tuvo, poco a poco se verá junto con ella lo que se va negando y lo que se va aceptando.

Después de todo un proceso, aceptará la pérdida real del niño, el mal que hizo, que se hizo, su culpa y la responsabilidad que tiene de salir adelante, sin sumirse en la tristeza, depresión o abandono.

c) PERDONAR Y PERDONARSE

Es un acto un tanto relativo ya que, en muchas ocasiones, el ser humano es capaz de pedir perdón, sin embargo, no siempre lo hace con sinceridad o a fondo. Se guarda el rencor y no se olvida: este es uno de los grandes problemas de las relaciones humanas y de los conflictos con uno mismo.

Esto puede ser principalmente porque no se ha perdonado por orgullo. Una persona muy orgullosa no se permite cometer error alguno. La reconciliación del síndrome post aborto es imposible sin creer en el perdón. Una cosa que es profunda, es ese perdón que limpia, cura y fortalece. Aceptar el perdón del feto abortado, de la familia, de quien estuvo implicado en el aborto.

El orgullo se encuentra en el centro del proceso de cicatrización de dos maneras: la primera, no dejando ver a la mujer crudamente lo que ha hecho. La segunda, no dejando que ella se perdone a sí misma. De hecho, perdonarse a sí mismo significa que la persona está "viendo" la situación real sin ninguna defensa interna.

d) REPARACIÓN INTERIOR Y EXTERIOR

El último paso es decisivo y está en manos de la paciente que ha abortado, independientemente de los procesos terapéuticos que se empleen, si en ella no existe la firme voluntad de perdonar, perdonarse y, por iniciativa propia, no busca un cambio de vida positivo tanto personal como familiar, por lo menos que cuente con la intención de llevarlo a cabo dando los primeros pasos, ni el mejor psicoterapeuta podrá hacer algo para sacarla adelante.

2.18 Sugerencias para terapia post aborto

Hay diferentes tipos de métodos y terapias psicológicas para ayudar a las mujeres que han abortado. Los aspectos que se analizan a continuación, se consideran los factores más importantes a desarrollar en cualquier técnica o terapia que se desee seguir. Considerando estos aspectos, se explica en este

punto de una manera general un ejemplo de terapia, eligiendo el llamado “proceso del aprendizaje estructurado”, el cual implica:

a) Lograr empatía con la paciente en primera instancia, considerando que a ella le será difícil hablar sobre el tema.

b) Proporcionar información a la paciente y explicarle todo acerca del aborto: tipos, causas, consecuencias, argumentos, etc. Transmitirle la información es con el fin de prevenir más abortos, y que conozca y comprenda lo que le está ocurriendo.

Después de esto, mediante la reestructuración cognoscitiva, se busca bajar el nivel de ansiedad y de culpa, analizando la situación que la llevó a tomar esa decisión, por ejemplo: su falta de conocimiento acerca del aborto, inexperiencia, falta de apoyo, etcétera.

Que comprenda que es de humanos equivocarse. En muchos casos se recomienda a la mujer identificar el sexo del niño y ponerle un nombre, porque el dolor entre otras cosas es causado porque no se tiene una imagen concreta del niño.

Con todo esto, lo que se pretende no es que la mujer simplemente olvide su mal, sino que cuando hable de él, o tenga imágenes de niños, sufra lo menos posible, que establezca un recuerdo positivo del niño y luego le diga adiós como a un ser querido cuando muere.

A través de la terapia se le dirá a la persona que debe sentirse aceptada como persona arrepentida, de este modo será más factible que se acepte, incluso a sí misma.

Cabe recordar que el síndrome post aborto no está influido por factores culturales, sino por la naturaleza femenina que es similar en todas las mujeres sin importar su religión, nacionalidad o posición social. Así, por tanto, es en este mismo sentido que se podrá y deberá proceder al tratamiento y curación.

Antes que nada se debe recordar que el aborto, si se toma en cuenta, podría ser un síntoma de trastorno de la personalidad o puede ser algo que le sucedió, que, en una mujer normal puede causar una patología. Si la mujer ha tenido un trastorno mental previo, debe ser derivada a un psiquiatra, si la paciente ha sido siempre una persona normal, el psicólogo puede ayudarla a manejar su problema.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

La investigación en psicología cae en dos amplias clases: la Investigación Descriptiva y la Investigación Experimental.

Este estudio es una **Investigación Experimental**, en la cual se manipulan las condiciones con el propósito de determinar su efecto sobre la conducta, se realiza al tener un problema concreto y se elaboran hipótesis de trabajo que permiten explicar el fenómeno. “Exige control de variables que supone se relacionan. En la Investigación se administra un placebo al grupo control y tratamiento al grupo experimental.”(Otto Sinzer, 1976)

“En la Investigación Experimental se adopta clásicamente uno de los dos enfoques siguientes: el enfoque del modelo Estimulo – Respuesta o el enfoque del esquema Estimulo – Organismo – Respuesta.”(Marx y Hillix, 1963) En este estudio se adopto al **enfoque Estimulo – Organismo – Respuesta**, ya que se centró el interés en el papel de los procesos internos en el organismo que suelen estar representados por el estado del organismo que conceptualmente mediatiza el efecto del estímulo sobre la respuesta.

Ψ Escenario: Este estudio se realizó en el Centro de Defensa y Apoyo a la Mujer, ubicado en la Priv. Laguna del Carmen No. 99 Col. Ventura Puente, en la ciudad de Morelia, Michoacán, México.

Ψ Fechas de inicio y término: La investigación en el CAM inició el 15 de Noviembre del año 2000 y término el 20 de Febrero del año 2001.

3.2 Identificación de variables

Ψ Variable Independiente

Las técnicas terapéuticas.

Ψ Variable Dependiente

Las mujeres que deciden no abortar.

Descripción de variables

V.I.: Las técnicas terapéuticas utilizadas durante la intervención psicológica con las mujeres para hacer conscientes las consecuencias físicas y psicológicas de un aborto, cualquiera que sea el motivo por el que acuden al Centro de

Defensa y Apoyo a la Mujer; ya que la mayoría de las ocasiones las mujeres llegan con la idea de que les van a practicar un aborto, otras piensan que es un Centro dedicado únicamente a la adopción, o brindar ayuda ya sea económica o de trabajo, aunque el mayor porcentaje llega por la primera causa y el menor con la idea de aclarar sus dudas y tomar una decisión más acertada. Cualquiera que sea la causa por la que desean abortar ya sean: familiares, violación, económicas, salud, sociales y / o proyectos personales. Independientemente del nivel socioeconómico, edad, estado civil, mes o meses de embarazo.

V.D.: Las mujeres que asisten al Centro de Defensa y Apoyo a la Mujer en el transcurso de los meses de Noviembre y Diciembre del año 2000 y Enero y Febrero del año 2001, y que al trabajar con Intervención psicológica deciden no abortar, manejando todos los sentimientos involucrados en un aborto como: la depresión, desesperanza, frustración, miedo, culpa, baja autoestima, inseguridad, temor y / o angustia, los cuales disminuyen al tener una atención personalizada y un enfoque psicológico respetando la libertad de elección.

Los resultados pueden variar de acuerdo a la razón por la que quieren abortar.

3.3 SUJETOS

El universo con el que contábamos en la investigación fueron las mujeres que llegan al CAM con el deseo de abortar. La muestra fue tomada al azar, ya que este método permite que todos los organismos tengan igual oportunidad de ser seleccionados y los resultados de la investigación incluyen más o menos todas las características importantes de la población.

Del 20 de Noviembre del año 2000 al 23 de Febrero del 2001; como grupo experimental, se atendió a una población de 15 mujeres que comprenden los rangos de edad entre 15 y 35 años; tomando estas edades por que fue así como fueron llegando al Centro a pedir el apoyo; de ocupación: estudiantes, obreras y profesionistas; de 1 a 7 meses de embarazo, con el deseo de abortar por causas familiares, sociales, personales y económicas; de estado civil solteras, casadas y en unión libre. Como grupo control se considera a 15 mujeres que acudieron al Centro de Defensa y Apoyo a la Mujer durante este lapso de tiempo, pero recibiendo únicamente la orientación y apoyo que brindan los miembros del Centro cotidianamente.

3.4 Asignación de grupos

La asignación de grupos fue al azar; fue en forma intercalada la elección de mujeres del grupo experimental y mujeres del grupo control; de acuerdo a como iban llegando al Centro una para un grupo y otra para otro, esto con el fin de que no intervinieran otras características de las mujeres más que el hecho de que acudieran a la cita, por el deseo de abortar.

3.5 Material

Instrumentos Utilizados

a) Se considera la hoja de ingreso al Centro así como algunas preguntas adicionales, esta es un requisito que maneja el personal del CAM para llevar su propio registro, y a nosotras nos sirvió para rescatar datos como estado civil, mes de embarazo, causas por las que buscan el aborto, etc.(ver apéndice 7)

b) video casetera, esta para proyectar los videos de técnicas abortivas.

c) televisión, complemento de lo anterior.

d) videos de técnicas abortivas, buscando siempre que no fueran exagerados ni con tintes emotivos si no siempre reales a lo que se enfrentan las mujeres y su producto en un aborto.

e) grabadora, para reproducir la música utilizada en la fantasía dirigida.

f) cassetes y discos compactos, complemento de lo anterior.

g) flash cards del proceso de embarazo, para dar realidad a las mujeres de cómo se encuentra su hijo en el momento en el que acuden al Centro, y

h) consultorio en el Centro de Defensa y Apoyo a la Mujer, para la realización de la intervención psicológica.

3.6 Procedimiento

Los pasos utilizados con el grupo experimental que fue de 15 mujeres elegidas al azar para la Intervención psicológica en el Centro de Defensa y Apoyo a la Mujer se aplicaron de la siguiente manera:

1) Se recibió la llamada telefónica y se le asignó cita. (el teléfono del Centro se encuentra en el periódico La Voz de Michoacán, al final del aviso económico diseñada, por el CAM de forma tal que parezca un Centro para abortar como gancho para que las mujeres asistan), por teléfono no se da ningún tipo de información, únicamente el domicilio, la fecha y hora de la cita que generalmente es el mismo día o a más tardar al día siguiente, ya que si se tarda la cita, buscan otro lugar o ya no acuden), este procedimiento de enganchar a las pacientes puede sonar un tanto engañoso, sin embargo gracias a ese engaño las pacientes reciben una atención y orientación a su conflicto.

2) Llegó la paciente y se le invitó a pasar al consultorio, se realizó un ejercicio de revelación emocional; este ejercicio consiste en que la paciente relate a detalle la experiencia vivida cuando se embarazó, se espera que el recuerdo produzca el contenido emocional de la experiencia, para tener nosotros un indicador de la causa real por la que quiere abortar y saber como se siente en ese momento realmente (Pennebaker, 1994).

3) Se llenó la hoja de registro citada anteriormente.

4) Se le invitó a la paciente a ver una serie de videos para que observe las diferentes técnicas por las que se puede abortar, el video tiene una duración aproximada de 45 minutos, esto con el fin de que las mujeres estuvieran conscientes de lo que podían vivir tanto ellas como el producto y los riesgos que corren ambos.

5) Al finalizar los vídeos se le pidió a la paciente que se recostara y se le preguntó cuál fue la técnica que más le impactó; esto con el propósito de tener pauta a continuar con un ensayo conductual el cual le permite que se prepare mentalmente para el procedimiento abortivo. Se le pidió que cerrara los ojos e imaginara que estaba viviendo la técnica abortiva que más le había impactado, y nosotros se la fuimos relatando, todo lo anterior fue ambientado con música en distintos tonos; esto con la finalidad de que las mujeres estén vivenciadas por lo que van a pasar.

6) Ya estando acostada comenzamos con la fantasía dirigida, y le pedimos que de nuevo cerrara sus ojos y visualice a la persona, la situación o causa por la que esta buscando el aborto y se le hicieron las siguientes preguntas y sugerencias: “¿ya lo tienes enfrente?, (se le acerca un cojín para que represente la situación que la tiene en conflicto) ¿qué le quieres hacer o que le quieres decir?, díselo o hazlo con fuerza, permítete llorar y así ve deslizado todos tus temores y tus culpas;” lo anterior con el fin de sacar un poco la energía y los sentimientos que tiene en ese momento y en sí misma; continuamos: “ahora que ya sacaste un poco lo que te estaba ahogando comienza a relajar cada una de las partes de tu cuerpo.” y se deja un espacio de unos minutos para que identifique su sentimientos reales, y en base a estos tome una decisión sin la presión de la causa aparente por la que llegó aquí y con el fin de que tenga una perspectiva distinta del embarazo a la que ha estado viviendo, como algo más natural y

más agradable y con la alternativa de darlo en adopción. Todo lo anterior va acompañado con distintos ritmos, tipos e intensidades de música que alteren sus emociones con el objetivo de sensibilizarlas ante el embarazo y el aborto.

7) La última media hora, al mismo tiempo que a la paciente se le mostraron las flash cards (tarjetas en las que se va viendo la evolución del bebe mes por mes); se le fue dando una retroalimentación de los pros y los contras del embarazo y el aborto para que ella las pusiera en una balanza y tomara una decisión más consciente, también se le hablo de los mitos y realidades del aborto, que menciona el INEGI, para que preguntará sus dudas y / o por si ella tenía alguno de estos mitos:

a) Debería permitirse el aborto cuando el embarazo no es deseado, porque trauma a la mujer.

b) El embrión es solo una masa de células, es dudoso de que se trate de un verdadero ser humano.

c) El aborto debería permitirse, porque la mujer tiene derecho a disponer de su cuerpo.

d) Que el aborto lo decidan los médicos, ellos saben si es conveniente o no realizarlo en cada caso.

e) Legalizar el aborto por los que si lo deseen hacer, si alguno no esta de acuerdo, que no lo haga, pero no quiera imponer su criterio sobre los demás.



f) El aborto es un asunto de la propia conciencia, es una cuestión personal íntima en la que ni la legislación, ni la religión ni nadie, excepto la propia madre, debe intervenir.

g) El aborto eugenésico debería permitirse, porque nadie desea tener un hijo que nazca con malformaciones.

h) Solo las mujeres con recursos tienen acceso a buenos abortos ilegales, mientras la mayoría arriesga sus vidas debido a la penalización y miles fallecen a causa de un aborto mal realizado.

i) El aborto es una buena medida de control natal para que traer mas niños al mundo.

j) El aborto por violación salva el honor de la víctima.

k) En los países con mayor desarrollo político, económico, y derechos humanos se practica el aborto a petición, México debería autorizarlo.

8. Para finalizar se le pregunto lo que pensó de lo que escucho y vivió en el lugar; esto para nosotras elaborar nuestras estadísticas de lo que más estaba funcionando y lo que no. Se ofrecieron los servicios con los que el Centro puede apoyarla, y se le pregunto si su decisión de abortar había cambiado o seguía siendo la misma; si aún no decidía nada se le invitó a que cuando decidiera algo nos llamara o volviera al Centro; si ya había decidido llevar a término su embarazo se le invitaba a volver al Centro para recibir la ayuda que este le puede brindar; si su decisión era abortar, se le dan opciones de vida tanto para ella como para el niño como la de adopción, y que conozca lo que puede sufrir en el síndrome post aborto.

3.7 Limitaciones del estudio

Este estudio es una investigación experimental por lo tanto las limitaciones encontradas fueron:

1. El limitado acceso al objeto de estudio; las mujeres que acuden al Centro regularmente lo hacen la primera vez cuando se sienten desorientadas pero en un bajo porcentaje, (casi nulo), regresan si su decisión fue abortar.

A menos que decidan llevar a término el embarazo, regresan al Centro a recibir la ayuda que éste les brinda.

Aunado a esto, el personal que labora en el CAM en un principio se mostró recelosa de brindar facilidades para la investigación, por la seguridad e intimidad de las mujeres que acuden ahí, al igual que por el interés de cuidar la imagen de profesionalismo del Centro.

2. Es frecuente la dificultad para ejercer un control experimental adecuado; ya que en más de una ocasión hubo la necesidad de realizar ajustes en el tiempo, principalmente por que las mujeres generalmente llegaron retrasadas a la cita, ajustes en el programa de actividades (a más de alguna paciente le costo trabajo cooperar con dinámicas propuestas como la fantasía dirigida), de igual manera existieron limitaciones en cuánto al tiempo para realizar la Intervención psicológica por dos razones: el Centro únicamente proporciona 2hrs. por paciente, por considerarlo necesario para la

sensibilización e iba de acuerdo a su plan de trabajo (del cual no nos permitieron modificar algunos aspectos), y la Intervención psicológica se enfoca a una única sesión. Por lo anteriormente mencionado generalmente no regresan.

3. El objeto de estudio de la psicología es muy complejo; es difícil asegurar con certeza que las madres que se mostraron sensibilizadas en la Intervención psicológica (pero que no volvieron por la ayuda del Centro), hayan decidido llevar a término su embarazo.

CAPITULO 4

RESULTADOS

4.1 Resultados y discusiones

Como se menciona anteriormente, se trabajo en una única sesión para la Intervención psicológica, así que se tomó como muestra de resultados significativos las mujeres que regresaron en una segunda ocasión al Centro a recibir el apoyo que les brindan o a dar las gracias por la orientación recibida.

El grupo experimental, de 15 mujeres que recibieron la Intervención Psicológica, regresaron al Centro de Defensa y Apoyo a la Mujer un total de 13 mujeres después de un promedio de 3 días de haber asistido por primera vez; recibieron el apoyo del Centro por que habían decidido tener a su hijo, de las 13 únicamente una decidió darlo en adopción, las 12 restantes se quedarían con él, y las 2 mujeres restantes de la muestra una no volvió a llamar, y la otra en el momento de salir del Centro dijo que no tendría a su hijo y no se volvió a saber de ella.(ver apéndice 5)

Por el contrario el grupo control compuesto por otras 15 mujeres que únicamente recibieron la atención que cotidianamente el Centro de Defensa y Apoyo a la Mujer brinda en su primera entrevista con las mujeres, 10 tomaron la decisión de llevar a término su embarazo pero no con la seguridad de quedarse con los niños, teniendo la opción

tentativa de darlos en adopción, las 5 restantes no volvieron.(ver apéndice 6)

Según las entrevistas realizadas al final de la intervención psicológica; una de las cosas que más les impacto a las mujeres fue el momento de vivenciar en carne propia la técnica de abortar que más les había impactado en la fantasía dirigida; al igual que conocer las características de cada técnica y del síndrome post aborto.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran claramente la importancia de una adecuada y completa Intervención psicológica para obtener resultados más óptimos en lo referente a la solución de conflictos emocionales internos y a tomar decisiones más conscientes; por lo tanto la hipótesis de estudio es apoyada y confirmada por los resultados de la investigación, **la intervención psicológica cambia la decisión de abortar.**

La organización Pro – Vida, tiene muchos argumentos favorables para salvar una vida sin embargo y basándonos en la presente investigación podemos darnos cuenta que en más de una ocasión sus argumentos no son válidos ni suficientes para una mujer en un momento de desesperación ya que basan todas sus fuerzas en el bienestar de los niños pero no toman en cuenta la vivencia, el dolor y las razones de las mujeres, incluso no toman en cuenta las causas,(ver apéndice 4) y

mucho menos el síndrome post aborto como medida preventiva si no como medida amenazante.

No se le da oportunidad alguna a quien decide abortar se le condena de antemano; y ¿que pasa con las violaciones, y si el violador es un adicto, enfermo incurable o un contagioso de una enfermedad venérea?, de acuerdo a estas teorías no se le da oportunidad alguna a la afectada.

Basan toda su teoría en Dios, y pierden objetividad, sin embargo nos atrevemos a cuestionar : ¿Dios juzga y condena?, ya que toda mujer que tome una decisión equivocada o que se deja llevar por la desesperación sin conocer las consecuencias que esto puede traerles, resulta ser una asesina por el resto de sus días, al igual que si deciden cuidarse con cualquier método anticonceptivo, ya que para los miembros de pro vida esto es un crimen.

Nuestra intervención psicológica en el CAM muestra claramente nuestra postura frente al aborto; dar la oportunidad a toda mujer de conocer los riesgos que tiene al enfrentarse a un aborto y las posibilidades que tiene al darle vida a su hijo, con esto las mujeres están más conscientes de lo que pueden enfrentar.

En la investigación realizada se puede observar que el mayor índice en las mujeres que buscan el aborto en lo que a edad se refiere es entre los 15 y 20 años,(ver apéndice 1) y al

menos en el CAM no se observó una participación distinta con estas adolescentes que con las mujeres ya de mayor edad, como la rebeldía natural por la que pasa un adolescente, los miedos propios de la edad, la falta de identidad, la cual debería adecuarse a todas las necesidades y tomar en cuenta que también la edad en la que están influye en la toma de decisiones.

En cuanto a estado civil se refiere la mayoría son solteras sin embargo hay un porcentaje alto en cuanto a casadas se refiere, (ver apéndice 2) el cual es un dato interesante que abre más campos de investigación como la infidelidad y / o la relación marital en cuanto al enfoque de la sexualidad.

Un considerable porcentaje de la población de nuestro estudio se encontraban en el primer trimestre del embarazo al acudir a pedir ayuda, sin embargo otro importante porcentaje ya se encontraban en el segundo trimestre lo que implica mayor riesgo de salud para ambos. (ver apéndice 3)

Es impresionante cuantas mujeres buscan el aborto por causas familiares y personales, lo cual es un importante indicador de ¿que está pasando con el círculo familiar, la confianza, protección y educación sexual que este encierra?.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

El primer objetivo de esta investigación se basó en ofrecer una alternativa de trabajo terapéutica a mujeres que desean abortar; en función a que el resultado fue un mayor porcentaje de las mujeres que deciden no abortar, se puede concluir que se logro el objetivo.

Al personal del CAM les pareció interesante la opción de la fantasía dirigida, aunque en un principio fuimos un poco juzgadas por no usar un proceso más tendencioso teniendo como meta única el salvar a los niños, coartando la libertad de elección de la que ellos mismos hablan que tienen las mujeres, igualmente dudaban de que nuestra intervención funcionara por que no incluíamos a Dios, sin embargo resulto exitosa.

En el siguiente objetivo se buscaba aminorar los sentimientos de culpa, depresión, miedo, inseguridad, etc. el cual también tuvo éxito gracias a la ayuda que brinda el Centro en cuanto al aspecto económico ya que muchas de las preocupaciones de la mujer ante la decisión de llevar a término su embarazo estaban basadas en esto, lo que les dio la seguridad que necesitaban.

Se lograron hacer conscientes las ventajas y desventajas de un embarazo y un aborto en las mujeres que asistieron a las sesiones, logrando así una toma de decisión más consciente sobre sus vidas y las de sus hijos.

Los resultados de nuestro estudio fueron medidos en base a las mujeres que regresaron al Centro por segunda ocasión a pedir ayuda ya que no había otra posibilidad por que no existe una segunda sesión con ellas.

Se conoció de manera integral la manera de trabajar de estos Centros, dando poco a poco más forma a la intervención que se tiene con las mujeres implementando apoyo en las carencias de las entrevistas que se fueron detectando.

En dos ocasiones llegaron dos mujeres que refirieron que sus embarazos fueron a causa de una violación, sin embargo en el proceso de la entrevista, por la manera de hablar del tema, la forma de vestir, se pudo detectar que estaban mintiendo tratando de justificar su decisión de abortar, lo cual fue constatado más tarde por ellas mismas.

Uno de los métodos utilizados para la intervención psicológica que les costo trabajo manejar a las mujeres fue la fantasía dirigida ya que no lograban concentrarse y dejarse guiar, y por el contrario el que más llamo su atención fue la retroalimentación, el hablarles de las consecuencias físicas y

emocionales y ayudarles a “pisar tierra” y que la vida no será igual aún a pesar de la decisión que tomen.

Una de las conclusiones más importantes a las que se llegó con esta investigación fue que el Centro basa la gran parte de su información hacia las mujeres en Dios; y esto las hace sentir más culpables y quizá muchas veces toman la decisión de tener a su hijo por miedo a los castigos divinos que por convencimiento; sin embargo al manifestar esto a las coordinadoras opinaron que “no importaba, que el objetivo en ese momento era salvar a la criatura, después ya se manda a la mamá con el psicólogo”, por lo cual se puso especial atención a los sentimientos de las mujeres sin olvidar a los niños pero tomando como principio el bienestar físico, mental y espiritual de las madres; ya que en el Centro de Defensa y Apoyo a la Mujer las mujeres pasan a la atención psicológica hasta que ya tomaron la decisión de dar a luz, antes su trato es exclusivamente con las coordinadoras que una es trabajadora social y las otras dos son amas de casa; no haciendo menos valioso su trabajo, sin embargo es enriquecedor la participación de profesionistas y técnicas más específicas para mejores resultados como se pudo observar en la investigación.

En conclusión se confirma la hipótesis general que se plantea al principio de la investigación, ya que los resultados hablan por sí solos, **la intervención psicológica puede cambiar la decisión de abortar.**

Apoyar honesta y firmemente el derecho de la mujer conlleva decir la verdad sobre el aborto y trabajar para que esto termine.

Una mujer que quiere abortar está tratando de evadir una situación desesperada. El aborto no significa que las mujeres son libres, sino es una señal de que están desesperadas.

Existe una gran necesidad de proporcionar ayuda clínica, información y asistencia en todo lo que concierne al síndrome post aborto. Crece cada día más la necesidad de tener una institución central que ayude a proporcionar información sobre los efectos psicológicos del aborto y ayudar a las mujeres que han abortado ofreciéndoles tratamiento.

Finalmente se proponen alternativas positivas al problema del aborto, tales como la adopción y la planificación de la familia.

Sería favorable una teoría que no tuviera un punto de vista tan radical en el tema del aborto, o totalmente de acuerdo o totalmente en desacuerdo, ya que las dos posturas manejan puntos de vista muy acertados, sin embargo si en lugar de atacarse fueran un complemento sería una oportunidad para las mujeres de conocer opciones de una mejor calidad de vida para todos, pero sin apasionamientos.

APÉNDICES

Resultados Gráficos

Apéndice 1

EDADES

Como grupo experimental se atendieron 15 mujeres de las cuales:

El 54 % tenían entre 15 y 20 años.

El 33% tenían entre 21 y 27 años.

El 13 % tenían entre 28 y 35 años.

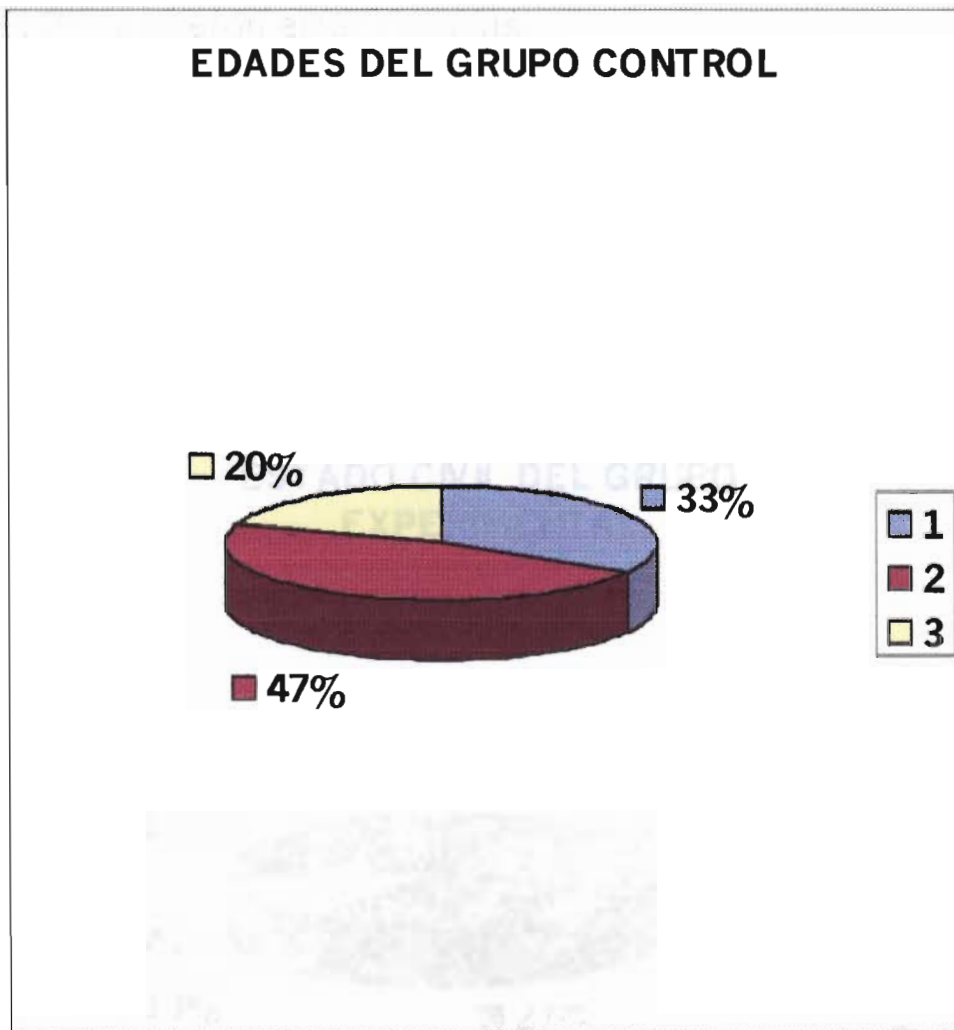


Las mujeres atendidas como grupo control presentaron las siguientes edades:

El 47 % tenían entre 15 y 20 años.

El 33 % tenían entre 21 y 27 años.

El 20 % tenían entre 28 y 35 años.



Apéndice 2

ESTADO CIVIL

Las mujeres del grupo experimental estuvo conformado de la siguiente manera:

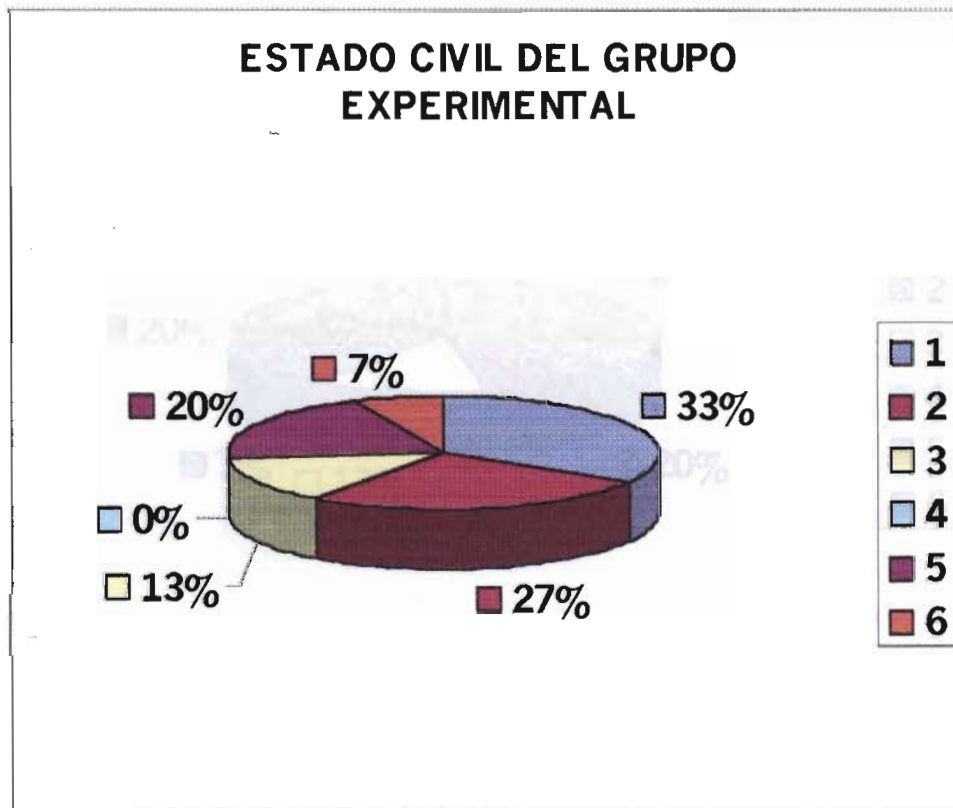
El 33 % dijeron ser solteras.

El 27 % dijeron estar casadas.

El 20 % dijeron estar en unión libre.

El 13 % dijeron ser divorciadas.

El 7 % dijeron estar separadas.



Las mujeres del grupo control estuvo conformado de la siguiente manera:

El 27 % dijeron ser solteras.

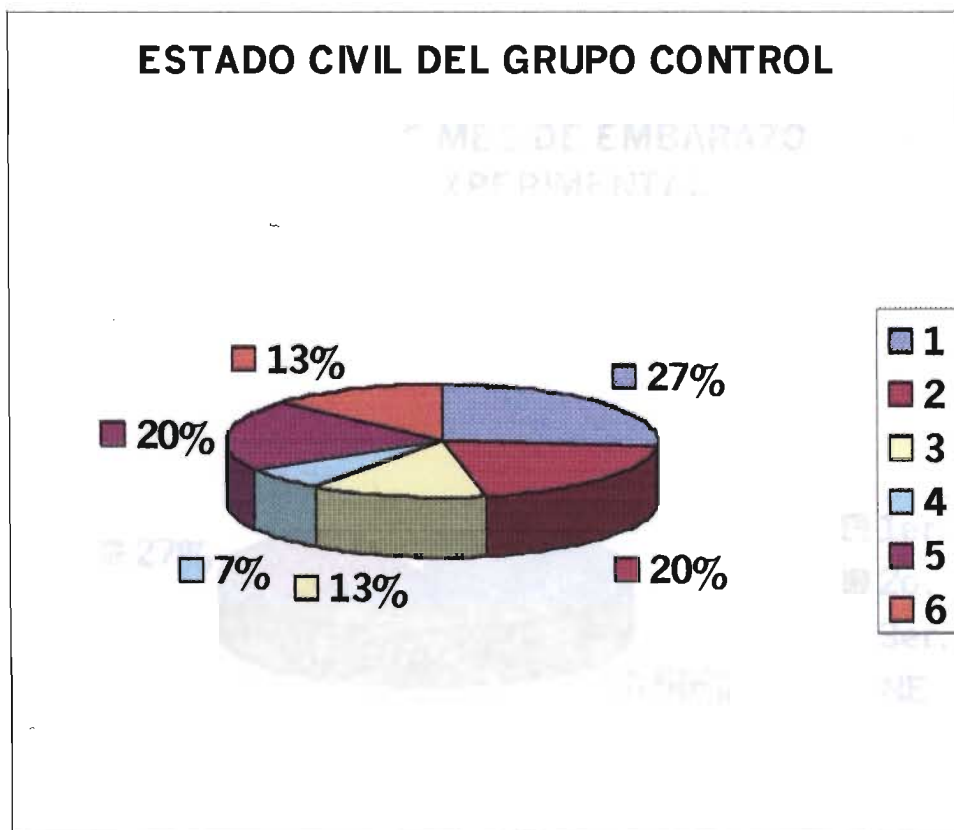
El 20 % dijeron estar casadas.

El 20 % dijeron estar en unión libre.

El 13 % dijeron ser divorciadas.

El 13 % dijeron estar separadas.

El 7 % dijeron ser viudas.



Apéndice 3

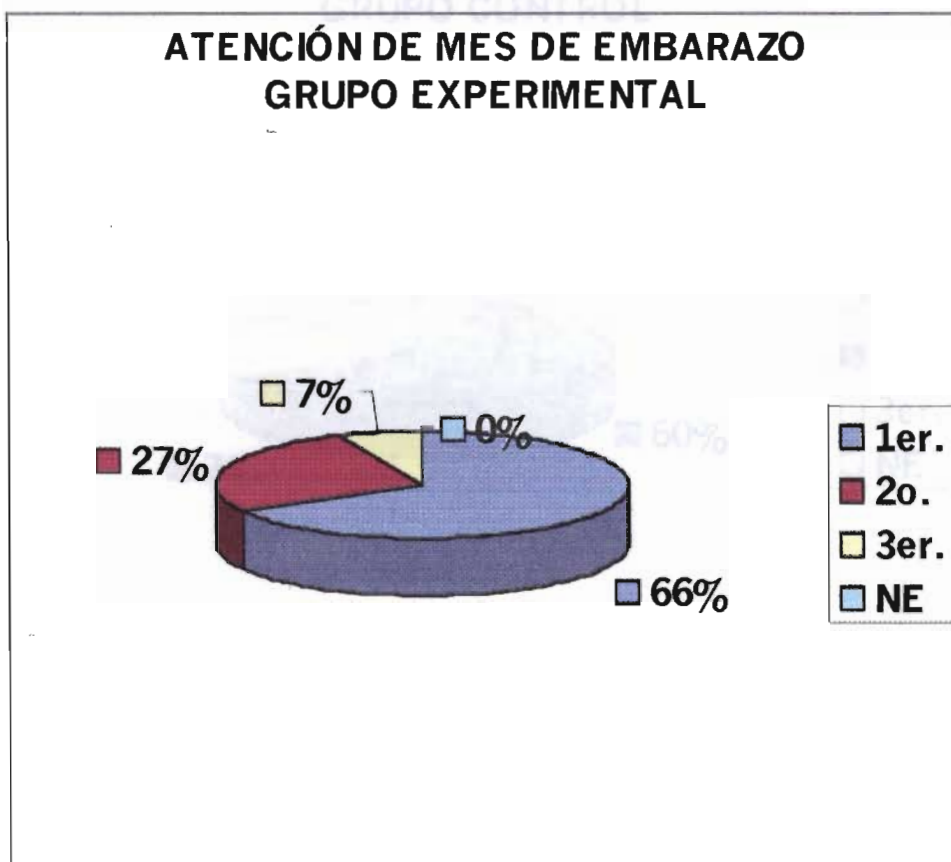
MES DE EMBARAZO EN EL QUE FUERON ATENDIDAS

Las mujeres atendidas como grupo experimental arrojaron los siguientes datos:

El 66 % se encontraba en el primer trimestre de embarazo.

El 27 % se encontraba en el segundo trimestre de embarazo.

El 20 % se encontraba en el último trimestre de embarazo.



Las mujeres atendidas como grupo control arrojaron los siguientes datos:

El 60 % se encontraba en el primer trimestre de embarazo.

El 20 % se encontraba en el segundo trimestre de embarazo.

El 13 % se encontraba en el último trimestre de embarazo.

El 7 % no se encontraban embarazadas.



Apéndice 4

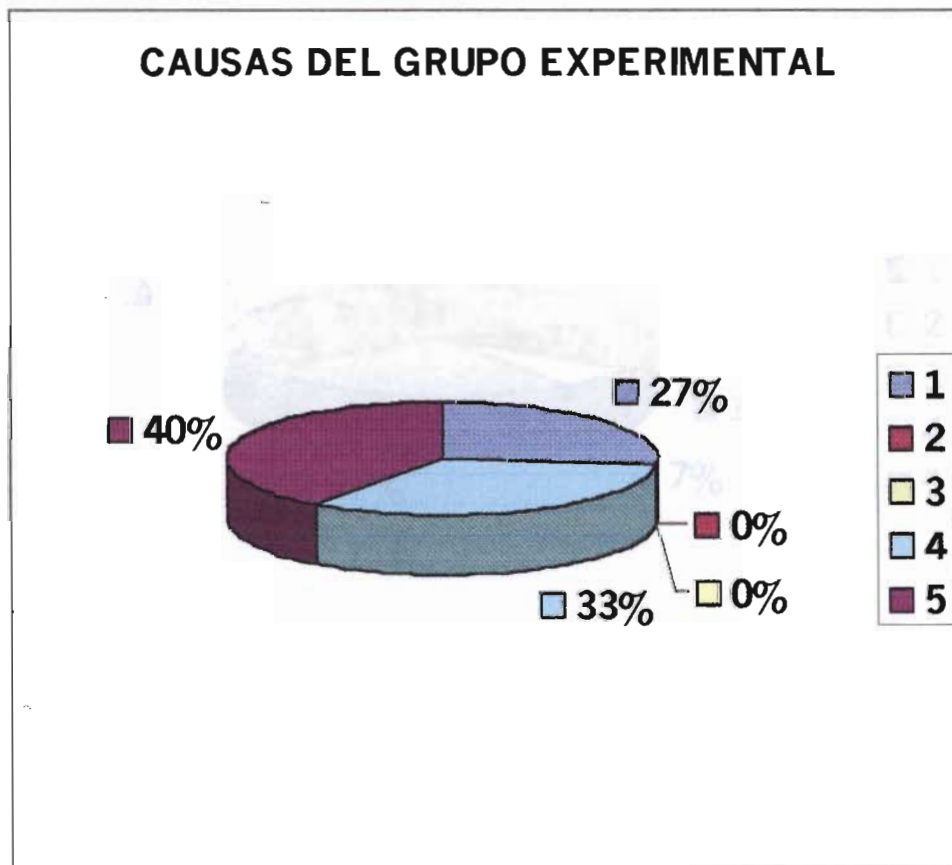
CAUSAS POR LAS QUE DESEABAN ABORTAR

Las mujeres del grupo experimental buscaron el aborto como alternativa de solución a las siguientes causas:

El 40 % por causas personales. (entiéndase como causa personal, el truncar proyectos y sueños personales)

El 33 % por causas familiares. (entiéndase como causa familiar, el temor a los padres, o tutores)

El 27 % por causas económicas.



Las mujeres del grupo control buscaron el aborto como alternativa de solución a las siguientes causas:

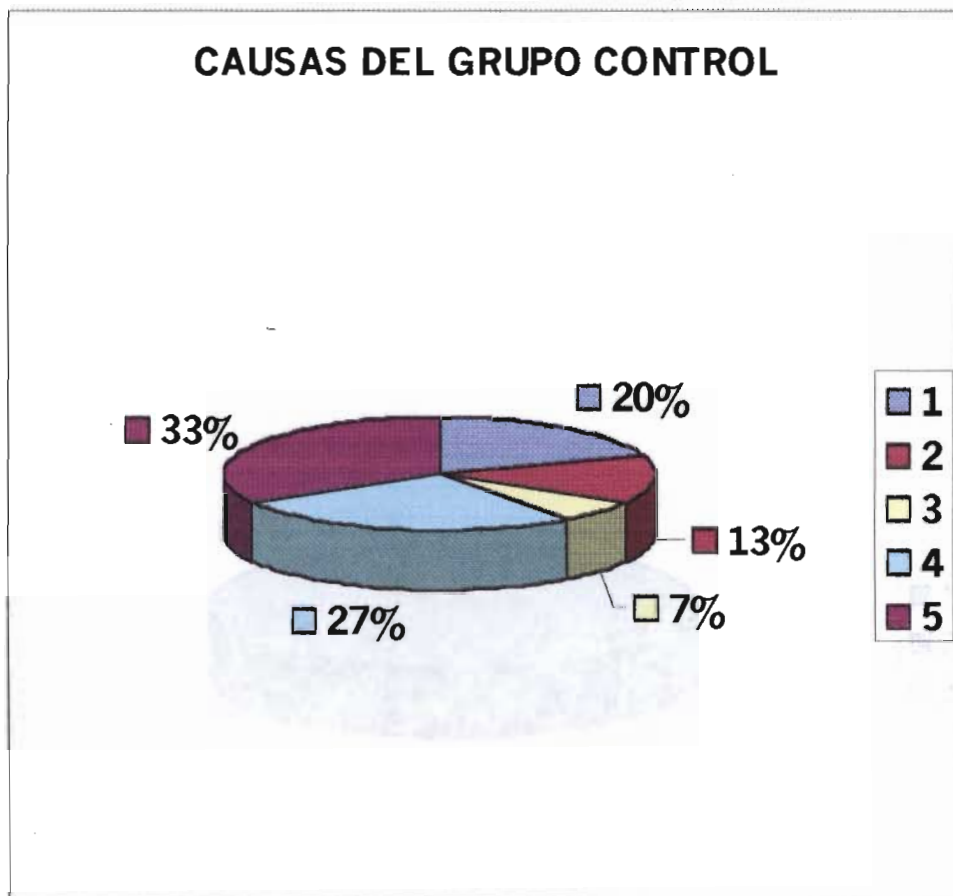
El 33 % por causas personales.

El 27 % por causas familiares.

El 20 % por causas económicas.

El 13 % por salud.

El 7 % por violación.



Apéndice 5

Resultados de la Investigación

En el grupo experimental participaron un total de 15 mujeres de las cuales:

13 no abortaron.

1 decidió darlo en adopción.

1 no se supo su decisión.



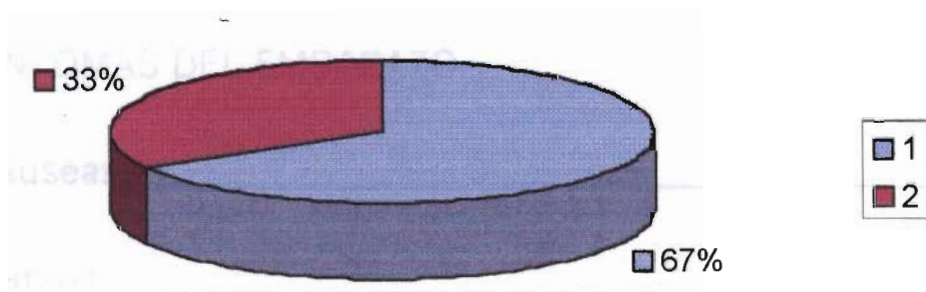
Apéndice 6

En el grupo control participaron un total de 15 mujeres de las cuales:

10 decidieron no abortar.

5 no se supo su decisión.

RESULTADOS DEL GRUPO CONTROL



Apéndice 7

a) HOJA DE INGRESO AL CAM

DEFENSA Y APOYO A LA MUJER

NOMBRE: _____

EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

TELEFONO: _____

FECHA: _____

Medio por el cual se enteró del Centro _____

SÍNTOMAS DEL EMBARAZO

Nauseas _____

Mareos _____

Más Apetito _____

Aumento de peso _____

Vómito _____

Cansancio _____

Dolor o comezón en los senos _____

Fecha de la última menstruación: _____

No. de semanas de embarazo: _____

ANTICONCEPTIVOS

¿Utiliza anticonceptivos regularmente? _____

¿Cuál? _____

¿Algún método anticonceptivo cuando se embarazo? _____

¿Cuál? _____

HISTORIA DE EMBARAZOS PASADOS

No. de hijos _____

Edades _____

Abortos provocados _____

Abortos espontáneos _____

Fecha del último aborto _____

Semanas de embarazo al abortar _____

Razones por las que aborto_____

ESTADO CIVIL

Casada_____

Soltera_____

Viuda_____

Divorciada_____

Otro_____

¿CON QUIÉN VIVE?

Esposo_____

Padres_____

Novio_____

Sola_____

Otro_____

RAZONES POR LAS QUE DESEA ABORTAR

Sociales_____

Violación_____

Económicas_____

Salud_____

Proyectos personales_____

MEDICAMENTOS, DROGAS

¿Consume algún medicamento? _____

¿Para qué? _____

¿Consume alguna droga? _____

¿Cuál? _____

¿Desde cuando? _____

¿QUÉ SITUACIÓN QUE PASARA EN ESTOS MOMENTOS TE
HARÍA CAMBIAR DE OPINIÓN DE
ABORTAR?_____

Comentarios

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1.- Aborto

a) “Es la terminación inducida del embarazo y expulsión de un embrión o feto que es incapaz de sobrevivir causada por accidente, choque, enfermedad, lesión o malformación intrauterina, etc.” (Diccionario enciclopédico de educación especial, 1986)

b) “Interrupción deliberada, del embarazo. La mayoría de los abortos se realizan entre la sexta y la décimo segunda semana de gestación.” (Alquilino, 1995)

c) “Es la interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar su vida independiente. Se habla de parto prematuro si la salida del feto desde el útero tiene lugar cuando éste ya es viable capaz de una vida independiente. Por lo general al cabo del sexto mes de embarazo.”(Alafa, 1993)

d) “Es la muerte de un niño o niña en el vientre de su madre producido durante cualquier momento de la etapa que va desde la fecundación unión del óvulo con el espermatozoide hasta el momento previo al nacimiento. Se habla de aborto espontáneo cuando la muerte es producto de alguna anomalía o disfunción no prevista, ni deseado por la madre, y de aborto provocado (que es lo que suele entenderse cuando se habla simplemente de aborto) cuando la muerte del niño es

procurada en cualquier manera: doméstica, química o quirúrgica.”(Oliveros otero, 1989)

2.- Bebé

a) “Ser humano pequeño en comparación con otros de la misma clase, pero con todas las características y capacidades que un ser humano mayor. Niño muy pequeño. El más joven miembro de una familia o grupo o un animal muy joven.”(www.saludmujer.com)

3.- Humano

a) “Miembro del género homo y especialmente de la especie Homo Sapiens, lo cual se aplica a embriones, fetos, niño, adolescente, adultos y cualquier otro con similar código genético. Los fetos y embriones son pequeños en comparación con otros humanos, así que los fetos por esta definición son bebés.”(www.yahoo.com.mx)

4.- Niño

a) “Un infante, un feto.”(www.aborto.com)

5.- Feto

a) “Es una palabra latina que significa “el joven”(www.aborto.com)

6.- Expulsar

La definición de expulsar es forzar o sacar.

a) “En la definición de aborto, expulsión se refiere a sacar al feto o embrión fuera de su matriz.”(www.yahoo.com.mx)

7.- Matar

a) “Es una palabra interesante que aparece seguido en los debates del aborto. La principal definición de esto es “dar muerte”. La segunda definición es “quitar la vida”.(www.provida.com)

8.- Vida

a)“La definición biológica es la propiedad o cualidad que distingue a organismos vivos de organismos muertos y materia inanimada, manifestando sus funciones tales como metabolismo, crecimiento y respuesta a estímulos, dado que el bebé nonato tiene un metabolismo, crece y puede reaccionar a estímulos, por definición tiene vida.”(Oliveros otero, 1989)

b) “La segunda definición de matar le da al aborto un punto de vista diferente. Si un feto tiene la posibilidad de tener vida luego del nacimiento y es impedido de poseerla debido al aborto, esta siendo matado, aunque fuera solo por la posibilidad perdida. De cualquiera de las dos formas el verbo matar es aplicable al aborto.”(www.provida.com)

9.- Asesinar

a) "Matar a otro ser humano, como se mostró arriba, los fetos son por definición seres humanos. Así que matar a un feto es asesinato."(www.aborto.com)

10.- Aborcionista

a) "Es quien desarrolla abortos, es quien mata niños."(www.provida.com)

b) "Las muertes que ha traído el aborto han sido más que las que haya producido ningún otro evento conocido en la historia."(Cerar, e. 1991)

11.- Causa emocional en relación con la familia

a) "Motivo relevante a los miembros de un grupo consanguíneo o la reacción de los mismos."(Alberto pacheco, 1985)

12.- Causa económica

a) "Antecedente de carencia material."(Alafa, 1993)

13.- Violación

a) "Tener acceso por la fuerza a la intimidad de otra persona."(Branden,1998)

14.- Anticonceptivo

a) “Producto o método empleado para impedir la fecundación.”(www.provida.com)

15.- Técnicas conductuales

a) “Son un conjunto de habilidades que el paciente requiere a través del proceso terapéutico. Lo fundamental es el “auto - monitoreo”, definido como la habilidad de observar las propias conductas, pensamientos y sentimientos, de manera relativamente objetiva y detallada. El desarrollo de tal habilidad permite a la persona identificar reacciones disfuncionales así como aprender a controlarlas.

Cuando se especifica una conducta disfuncional, paciente y terapeuta la identifican como un objetivo y dirigen sus esfuerzos para modificarlas usando algunas técnicas.”(Gran enciclopedia rialp)

16.- Relajación

a) “Implica una atención sistemática focalizada en sensaciones de comodidad y la disipación de la tensión en varias partes del cuerpo, también son utilizadas sugerencias verbales e imaginería placentera.” (Branden, 1995)

17.- Relajación muscular

a) “Implica tensión y relajación alternada de grupos musculares, así como enfocar la atención en las sensaciones asociadas con este proceso.” (Branden, 1995)

18.- Meditación

a) “Incluye cantar mentalmente una palabra o repetirse una oración específica de modo que la atención es escindida de sentimientos y pensamientos estresantes y un estado de relajación es entonces autoinducido.”(Branden, 1995)

19.- Musicoterapia

a) “La música puede tener un efecto directo para alterar el humor, así como un efecto indirecto de relajación a través de la desviación de la atención del estímulo estresor.” (Carrillo Paz, 1964)

20.- Salud reproductiva

a) “Bajar el índice de mortalidad materna: Utiliza el control de la natalidad mediante la educación sexual, la contracepción y la esterilización.”(Diccionario enciclopédico, 1988)

21.- Planificación familiar

a) “(Planned Parenthood) Comienza con una mentalización, primeramente de profesionales, y luego, difusión por

conferencias, seminarios y talleres pagados íntegramente aún en el extranjero. Hoy día se publica por todos los medios de comunicación y por la “educación sexual” para niños y adolescentes, evitando que ésta sea enseñada por sus padres.”(Diccionario enciclopédico, 1988)

22.- Educación sexual

a)“Descripción de órganos reproductivos y en el beneficio de los contraceptivos y de la esterilización. En los países donde el aborto es legal, éste constituye uno de los métodos de planificación familiar que ya se ha introducido en nuestro medio, aunque todavía sea ilegal.”(Diccionario enciclopédico, 1988)

En nuestro país se presentan todas las formas de aborto quirúrgico: succión, curetaje, aborto salino, micro cesárea y cesárea con infanticidio, y quienes lo hacen ni siquiera pagan impuestos al fisco, pese a que los honorarios son extremadamente altos.

23.- Efecto antinidatorio

a) “Término inventado para no decir matanza de seres humanos en estado embrionario. El embrión existe desde antes que él pueda llegar al útero para sembrarse o anidar en el mismo.” (www.provida.com)

24.- Pre - embrión

a) "Aunque este término se lee en elegantes y costosas publicaciones de los mercaderes de la muerte, no existe tal pre - embrión, ya que desde el momento en que un óvulo es fertilizado (en poquísimos segundos) por un gameto masculino, el embrión, o "pre-embrión" tiene todas las informaciones de ese ser humano que nacerá si se lo permiten. En los genes se instalan ipso - facto las memorias de las generaciones anteriores y futuras del padre y de la madre: abuelos, bisabuelos, hijos, nietos, biznietos."(www.provida.com)

25.- Anticoncepción post-coito

a) "Píldora del día siguiente. Con altas dosis de estrógenos que producen contracciones uterinas también las prostaglandinas, que no han prosperado en el comercio, y la píldora francesa RU 486, por ahora aplicada masivamente en China. Provocan el aborto en cualquier etapa de la gestación. Generalmente es un aborto incompleto. En las zonas rurales producirá una alta mortalidad materna."(www.aborto.com)

26.- Interrupción de la gestación

a) "Llamada también "terminación dela gestación". Términos introducidos en el vocabulario y en la práctica médica para camuflar la verdadera realidad que es un aborto provocado quirúrgicamente por razones eugenésicas y falsamente terapéuticas."(Carlos Díaz, 1988)

27.- Aborto inducido

a) "Aborto provocado quirúrgicamente, aplicado generalmente para niños minusválidos o para niños con enfermedades incompatibles con la vida después del nacimiento, por ejemplo, la anencefalia y otras llamadas teratogénicas." (Balmaseda, Carmen, 1986)

28.- Ligadura

a) "Esterilización femenina por varios métodos: con laparoscopia y con métodos radicales como la operación de Pomeroy. Con cualquiera de estas existe un índice de nuevas concepciones. Los matrimonios que deciden este procedimiento, como los otros, deben ser advertidos por el profesional que los atiende."(Bermúdez, Alejandro)

29.- Contracepción oral

a) "Prescripción, venta y uso de sustancias hormonales, tomadas en serie, "píldoras", por mujeres sanas que no necesitan hormonas. El mercado de éstas es extremadamente cambiante en cuanto a la composición química, al costo y a los nombres comerciales."(Basso, 1989)

30.- Métodos de barrera

a) "Condomes masculinos y femeninos, diafragmas, espermaticidas, etc. Tal barrera no existe, pues está comprobado que aún sin romperse, pasan espermatozoides

afectados por los químicos espermaticidas y, desde luego dejan pasar el virus del SIDA en un alto porcentaje. El condón se ha convertido en un negocio muy rentable por las campañas contra las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo del SIDA.”(Gómez Pérez, 1974)

31.- Angustia

a) “La angustia puede describirse como una intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexpresable o como una sensación de expectación aprensiva. Puede surgir en cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad.

La angustia puede surgir ante frustraciones o dilemas en algunos de los principales problemas de la vida, en aspectos como la adaptación vocacional, sexual o matrimonial. Es característico que los individuos que se ven acosados por una angustia generalizada, se muestren tensos o tímidos, aprensivos, sensibles a las opiniones de los demás, se sienten incómodos por razones banales y tienden a preocuparse, son distantes, tienden a experimentar sentimientos de inferioridad, encuentran difícil tomar decisiones y temen cometer errores. Suelen ser escrupulosos, exageradamente concienzudos, ambiciosos y sienten que hay que alcanzar altos niveles que ellos mismos se imponen.

Si la angustia se vuelve más perturbadora, puede expresarse en síntomas como depresión, insomnio, irritabilidad, actividad incesante, indecisión paralizante, trastornos psicósomáticos, explosiones de agresividad, ataques de llanto y sentimientos de impotencia e inferioridad. El enfermo con una neurosis de angustia, siente fatiga crónica y se queja de incapacidad para concentrarse.” (LAWRENCE, C. 1985)

32.- Depresión

a) “El cuadro clínico de la depresión, puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual, estas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico o psicólogo como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.”(Fierro, 1988)

Los síntomas se dividen en cuatro grupos:

- a) Trastornos afectivos.
- b) Trastornos intelectuales.
- c) Trastornos conductuales.
- d) Trastornos somáticos.

33.- Trastorno afectivo

a) “El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Actividades que antes le eran gratas empiezan a ser subestimadas, procura hacer el menor esfuerzo y con frecuencia permanece encerrado en su casa con disminución absoluta de su interés vital. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores.

La tristeza puede ir acompañada de llanto, situación que se presenta con más frecuencia en las mujeres que en el hombre; quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad. El enfermo deprimido que presenta casi siempre este síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que le cuesta mucho trabajo tomar decisiones.

El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal.

La inseguridad y el pesimismo hacen que el enfermo se tome dependiente a sus familiares.

La ansiedad suele presentarse en un grado variable; con frecuencia aparece en la mañana y desaparece en el transcurso del día.”(Fierro, 1988)

34.- Trastornos Intelectuales

a) “Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro clínico de la depresión; sin embargo, pueden presentarse síntomas importantes. Es posible que la sensopercepción se encuentre disminuida, es decir, que el paciente tiene una mala captación de estímulos; los trastornos de la memoria, el paciente tiene dificultad para recordar eventos pasados; disminución en la atención, presenta mala fijación de los hechos de la vida cotidiana; disminución de la comprensión, tiene dificultad para la comunicación interpersonal; ideas de culpa o fracaso, la mala opinión que tiene el paciente de sí mismo, baja autoestima e incapacidad para enfrentarse a las cosas; pensamiento obsesivo; contribuye a torturar más al enfermo, ideas repetitivas, trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan pero la lucha es inútil.”(Guzmán, 1989)

35.- Trastornos de la Conducta

a) “Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido al trastorno de la conducta. Presenta actividad disminuida, la cual se percibe por el descuido de sus obligaciones y de su aseo personal; productividad disminuida, el cual se ve por el mal rendimiento en el trabajo; impulsos suicidas, es decir, ideas o intentos por quitarse la vida; impulso a la ingestión de alcohol o drogas, se

da por la tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.”(Guzmán, 1989)

36.- Trastornos Somáticos

a) “Este tipo de síntomas constituye con frecuencia el motivo de la conducta del paciente, quien subestimando su problema emocional, presenta un cuadro de trastornos manifestados por medio del cuerpo. A este cuadro se le llama "depresión enmascarada". Los síntomas son: trastornos en el sueño, insomnio que presenta al principio o al final del periodo de descanso, dormir inquieto y en algunos casos hay hipersomnias; trastornos en el apetito, anorexia que puede causar pérdida de peso, en ocasiones hambre compulsiva; disminución de la libido.”(Guzmán, 1989)

37.- Insight

a)“Se refiere a traer del inconsciente los recuerdos y volverlos conscientes.” (Mueller, 1976)

b)“Conciencia de cómo y por qué se tienen ciertos sentimientos y se actúa de determinada manera” (Morris, 1987)

c)“Es la forma repentina en la que el pensamiento conduce al individuo a la comprensión súbita que presenta soluciones directas al problema, una combinación de ideas donde parece intervenir un factor no lógico, y a este factor se le denomina inspiración o comprensión súbita” (Morris, 1987)

BIBLIOGRAFÍA

1. ALLPORT, GORDON, La personalidad: su configuración y desarrollo, Herder, Barcelona, 1980.

2. AQUILINO POLAINO-LORENTE Y PEDRO MARTÍNEZ CANO, Embarazo y maternidad en la adolescencia, Documento del Instituto de Ciencias para la Familia n. 19, Rialp, Navarra, 1995.

3. ALBERTO PACHECO, La familia en el Derecho Civil Mexicano. ED. Panorama, México 1985.

4. ALAFA, Los derechos de la familia en los umbrales del Tercer Milenio, Río de Janeiro 1993.

5. BERMÚDEZ ALEJANDRO Yo sobreviví a un aborto Editorial Planeta colección testimonio.

6. BALMASEDA, CARMEN, La mujer frente a sí misma, EUNSA, Pamplona, 1986.

7. BASSO, O. P., DOMINGO M., Nacer y morir con dignidad, Consorcio de médicos católicos, Buenos Aires, 1989.

8. BERTOLDI, ALBERTO, Síndrome de fantasías de destrucción interna. Patología psicológica post-aborto, La Plata, Argentina, 1992.

9. BRANDEN, NATHANIEL, Cómo mejorar su autoestima, Paidós, México, 1995.

10. CARLOS DIAZ, Educar para la responsabilidad ética. EPESSA 1998.

11. CALDERÓN, G. Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento, ED. Trillas, México, 1985.

12. CERAR, E., "Curación post-aborto y dirección espiritual", Caminos de esperanza, Boletín del programa de sanación post-aborto de vida humana internacional, Florida, noviembre / diciembre de 1991, núm. 12.

13. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 7a. ED., col. Porrúa, México, 1993.

14. Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la república en materia federal, comentado, Libro IV, segunda y tercera partes de los contratos, t. V, Instituto de Investigaciones jurídicas, UNAM y M. A. Porrúa, México, 1988.

15. CHRISTA MEVES, Juventud manipulada y seducida. Peligros de la sociedad de consumo. Herder, Barcelona 1974.

16. "El aborto y el Síndrome post-aborto en el Uruguay", Caminos de esperanza, Boletín del programa de sanación post-aborto de vida humana internacional, Florida, julio / agosto de 1992, núm. 16.

17. FABRICANT, SHEILA et al. , Sanando las relaciones con bebés nacidos muertos y abortados Librería Parroquial de Clavería, México, 1986.
18. FRANZ, WANDA, Memorias 1er. Congreso Mundial DENACER (ponencia) Bogotá, 23-28 julio, 1992.
19. FABRICAT, SHEILA, et al. , Sanando las relaciones con bebés nacidos muertos y abortados, Librería Parroquial de Clavería, México, 1986.
20. FIERRO, A. Psicología Clínica. Cuestiones actuales, ED. Pirámide, Madrid, 1988.
21. GARCÍA, HOZ, VÍCTOR et al. , El concepto de persona, Rialp, Madrid, 1990.
22. GODOY, EMMA, La mujer en su año y en sus siglos, Jus, México, 1992.
23. GÓMEZ PÉREZ, RAFAEL, Familias a todo dar, Buena prensa, México, 1974.
24. GUZMÁN VALDIVIA, ISAAC, Humanismo trascendental y desarrollo, Limusa, México, 1989.
25. GARCÍA HOZ, VICTOR, Educación de la sexualidad, Rialp, España, 1992.

26. GUITTON, JEAN, La mujer en la casa, Herder, Barcelona, 1963.

27. INEGI, La mujer en México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 1993.

28. ISAACS, DAVID, La educación de las virtudes humanas, Minos, México, 1991.

29. INEGI, Cuaderno de información oportuna, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 1993, núm. 238.

30. KANFER, F.H. Y GOLDSTEIN, A.P. Como ayudar al cambio en psicoterapia, ED. Bilbao, Barcelona, 1987.

31. LEJEUNE, JEROME, "El crimen del aborto: aspectos científicos", Memorias del 1er. Encuentro Latinoamericano de líderes pro-vida, Comité Nacional Pro-vida, México, abril de 1992.

32. LEJEUNE, JEROME et al. , Déjalos vivir, Rialp, Madrid, 1980.

33. LÓPEZ ORTEGA MAGALLANES, JOSÉ ANTONIO, La educación de la sexualidad, LOMA, México, 1989.

34. LAWRENCE, K. Psiquiatra Clínica Moderna, ED. Prensa Médica Mexicana, México, 1985.

35. LLANO CIFUENTES, CARLOS, Las formas actuales de la libertad, Trillas, México, 1990.

36. LLANO CIFUENTES CARLOS, Formación de la inteligencia, de la voluntad y el carácter. Editorial Trillas, nov. 1999, México.

37. MORRIS, Psicología general. Un enfoque conceptual. Ed. Prentice Hall, México, 1987.

38. MICHEL SCHOOYANS, El aborto, implicaciones políticas, Rialp. Madrid, 1991.

39. MA. DEL CARMEN ALVA, Y después del aborto ¿qué? Editorial Trillas, México 2000.

40. MONICA LÓPEZ BARONA Y RAMÓN LUCAS, El inicio de la vida. BAC, Madrid 1999.

41. MALUGANI, M. Las psicoterapias breves, ED. Herder, Madrid, 1990.

42. MUELLER, Historia de la psicología, ED. Fondo de cultura económica, México, 1976.

43. OTTO, ZINSER, "Psicología experimental", ED. Mc Graw Hill, México, 1987.

44. OLIVEROS, OTERO, ¿Qué es la Orientación Familiar?, EUNSA, Pamplona, 1989.

45. OSORIO G., NIDI, "Sanación post-aborto", Caminos de esperanza, Boletín del programa de sanación post-aborto de vida humana internacional, Florida, julio / agosto de 1991, núm. 10.

46. PEENEBAKER, J.W. "El arte de confiar en los demás", ED. Planeta, México, 1994.

47. PIEPER, JOSEF, Las virtudes fundamentales, Rialp, Madrid, 1976.
48. PLIEGO BALLESTEROS, MARÍA, Valores y auto educación, Minos, México, 1979.
49. Principios de Pedagogía Sistemática, Rialp, Madrid, 1990.
50. POCH, J., et al, La consulta en Psicología Clínica, ED. Paidos, Barcelona, 1992.
51. ¿Por qué duele? Síndrome post-aborto (bíptico), Nueva jersey, 1991.
52. PEDRO JUAN VILADRICH Y JAVIER ESCRIVA-IVARS, Teología del cuerpo y de la sexualidad. ED. Rialp, Madrid 1991.
53. ROCCO BUTTIGLIONE, El hombre y la familia, IMDOSOC, México 1994.
54. REBECA REYNAUD, De amor y celos. Beityala, Monterrey, 1998.
55. REDDEL, JUAN M., La maternidad, Ediciones Paulinas, Buenos Aires, 1991.
56. SMIRNOV, A., "Psicología" ED. Grijalbo, México, 1994.
57. SCALA, J., El aborto en preguntas y respuestas, col. "Yo quiero saber..." Edita, Buenos Aires, 1991.
58. SERRANO LIMÓN, FRANCISCO, Aborto legal, Comité Nacional Pro-vida, México, 1991.

59. SHERMAN, JULIA A., Psicología de la mujer, Marova, Madrid, 1978.
60. SIMON, SUZANNE, El carácter de las mujeres, Herder, Barcelona, 1969.
61. SLAIKEU, K. A. Intervención en crisis, ED. El manual moderno, México, 1988.
62. TORTARA, G. et al. , Principios de anatomía y filosofía, Harla, México, 1984.
63. TOMÁS MELENDO GRANADOS, Ocho lecciones sobre el amor humano. Rial Madrid 1993.
64. Tratado de la educación personalizada (la educación personalizada en la familia), Rialp, Madrid, 1990.
65. VERNAUX, R., Filosofía del hombre, Herder, Barcelona, 1988.
66. VERDIER, PABLO, "Aborto y Familia", Caminos de esperanza, Boletín del programa de sanación post-aborto de vida humana internacional, Florida, mayo / junio de 1994.
67. VIDA HUMANA INTERNACIONAL, El aborto, sus daños y consecuencias (tríptico), Florida, 1990.
68. WHITE, MARGARET, "El síndrome post-aborto", Caminos de esperanza, Boletín del programa de sanación post-aborto de vida humana internacional, Florida, septiembre / octubre de 1993, núm. 22.
69. WILIKE, J. C., Aborto. Preguntas y respuestas, Hayes Publishing Company, Ohio, 1992.

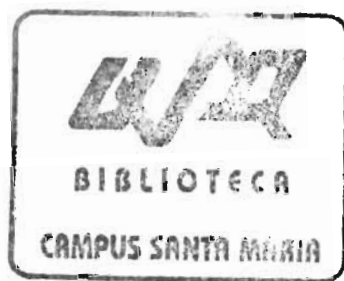
ENCICLOPEDIAS Y DICCIONARIOS

1. DE PINA, RAFAEL et al. , Diccionario de Derecho, Porrúa, 15a. ED., México, 1988.

2. Diccionario enciclopédico de educación especial, Diagonal / Santillana, Vols. 1 al IV, México, 1986.

3. Gran Enciclopedia Rialp, Madrid España 22 Vols.

4. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, Diccionario de la Lengua Española, 6 tomos, Española - Calpe, Madrid, 1981.



T
150
G192
2001