



U NIVERSIDAD
I NSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

LAS MUJERES QUE SE PRACTIQUEN EL ILE
(POR UN EMBARAZO NO DESEADO), SUFREN
DE ¿ANSIEDAD Y DEPRESIÓN?
Y SI LOS PRESENTAN ¿CUÁLES SON SUS
NIVELES?

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

C. RODRÍGUEZ VENANCIO CARLOS ISAAC

ASESOR: MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis de licenciatura, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte del autor y su director de tesis, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos difíciles.

Antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante toda mi vida.

Agradecer hoy y siempre a mi familia: Juan Carlos Rodríguez G., Laura Isabel Venancio G. y Linda Julia Rodríguez Venancio, las cuales son el núcleo y se complementa con la Fam. Rodríguez Solares, Fam. Rodríguez Negrete, Fam. Rodríguez González. Fam. Castillo Venancio, Fam. Venancio González y Fam. Galicia Samperio.

Agradecer también a mis amigos y compañeros de la generación de Psicología 2003-2007 con los que compartí una gran época de mi vida y los cuales me ayudaron en momentos de flaqueza, en especial Natalia Huro Sánchez, Omar Cuellar García, Maricela Barajas y Cynthia Morales

¡A todos ustedes muchas gracias por su apoyo!

INTRODUCCIÓN

El tema de: Las mujeres que se practiquen ILE (por un embarazo no deseado), sufren de *¿ansiedad y depresión*, y si los presentan *¿cuáles son sus niveles?*

Es un tema actual muy importante ya que recientemente se le ha dado un nuevo matiz el hecho de abortar, pues ha pasado de ser un acto ilegal en ciertas circunstancias a un acto completamente legal; aunque anteriormente ya estaban despenalizados algunos motivos muy determinados, ahora es más factible realizárselo de forma legal y gratuita en el DF.

Esta opción es importante para la libertad no solo de la mujer, si no de una relación en pareja. Como lo promueve el artículo 4º Constitucional en el cual menciona: “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada acerca del número y espaciamiento de sus hijos”. Esta libertad a decidir culminar o no un embarazo (respetando las normas legales), tiene un efecto muy importante dentro de las sociedad, y más aun en la mujer o pareja que solicita el servicio del ILE. Estos tiene que ver con aspectos Económicos, Éticos, Legales, Médicos, de organizaciones como Provida, Psicológicos, Sociales, entre otros. Los cuales irán cambiando poco a poco, con una inclinación a la apertura de estos temas, como ha ocurrido en otras naciones hermanas de Latinoamérica que han legalizado el aborto. Lo cual puede ya apreciarse a más de dos años de la legalización en el DF.

Por ello conocer si las mujeres que se practiquen el servicio del ILE, *¿sufren de ansiedad y depresión?*, y si los presentan *cuáles son sus niveles*; ayudar a conocer si el nuevo matiz de esta práctica influye en las usuarias, ya que reduce riesgos de salud y anula las complicaciones legales.

En lo personal creo que es una opción más, para resolver un embarazo no deseado, pero tomando en cuenta que el hubiera no existe, el ILE es de las mejores opciones para quien haya decidido interrumpir su embarazo; pero existes dos opciones más que son las más recurridas: completar el embarazo, y darlo en adopción, o culminarlo y decidir hacerse responsable de sus actos. Pero en esta investigación nos centraremos en la primera mencionada.

RESUMEN

El acto de realizar un aborto ilegal produce entre otras cosas un alto índice de riesgo para la salud, (El DF concentra el 14% del total de muertes maternas por aborto, siendo esta causa la tercera en la ciudad y la quinta a nivel nacional), culpa moral; fomentada por la sociedad, el núcleo familiar, la cultura, la religión, el ambiente laboral, cuestión de género, etc., y que en ocasiones produce ansiedad y depresión, entre otras cosas. Pero al cambiar la perspectiva de que ahora es un acto legal, que está fundamentado en el Código Penal del DF, tienen estándares de tiempo en el que se puede realizar correctamente antes de las 12 semanas de gestación, el riesgo de tener complicaciones en la interrupción del embarazo es mínima ya que se realiza en hospitales que cuentan con el equipo necesario, y hasta hoy 12/04/2010 solo habido una muerta por practicarse el servicio del ILE, por lo que partiendo desde el punto de vista que toma esta práctica como algo legal me intereso conocer si produce o no ansiedad y depresión en las que se lo practican, y si los produce, conocer cuáles son esos niveles, con el fin de que se pueda brindar una ayuda psicológica específica en esas áreas a las usuarias de este servicio en específico del Hospital Materno Infantil de Xochimilco.

Para realizar esta medición a 60 usuarias en un rango de edad de 18 a 25 años se pidieron los permisos necesarios a la Secretaria de Salud del DF, para que nos permitieran encuestar nuestra prueba en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco; cuya prueba contuvo 9 preguntas útiles para la investigación, y donde se creo el rapport con la usuaria. Y las preguntas de las (2 sub-escalas) del Cuestionario de Personalidad para adolescentes, R.B. Cattell y M.D. Cattell, las cuales constan de 18 reactivos. Junto con Depresión de Beck y Ansiedad de Beck. Con la cual se obtuvo el nivel de ansiedad y depresión, de la usuaria; la cual fue aplicada a 60 mujeres en el rango de edad de 18 a 25 años. Los datos obtenidos fueron analizados con el SPSS versión 17 y se obtuvieron conclusiones: en los cuales si se presenta ansiedad y depresión en las usuarias. En cuanto a la ansiedad: el 8% lo presenta en un nivel mínimo, el 60% en un nivel leve, el 27% de manera moderada y solo el 5% de ellas presenta un nivel severo. En la depresión la forma en que se presento fue: el 52% presento nivel mínimo, el 20% en un nivel leve, un 20% de ellas en nivel moderado y solo el 8% nivel severo. Lo que nos indica que el nivel mínimo y leve de ansiedad y depresión se presenta en promedio en el 70% de las usuarias, el 23.5% en nivel moderado y el restante 6.5% en nivel severo.

Índice	<i>Pág.</i>
INTRODUCCIÓN	II
RESUMEN	III
CAPÍTULO I ABORTO	
1.1 Definición del Aborto	6
1.2 ¿Cuál es la diferencia entre aborto seguro e inseguro?	6
1.3 Antecedentes modernos del aborto en México	6
1.4 Despenalización del aborto en México	8
1.5 Clasificación del aborto	10
1.6 Los métodos más utilizados para llevar a cabo el aborto	11
1.7 Métodos utilizados por el Hospital Materno Infantil de Xochimilco son (AMEU y Farmacológico)	12
1.8 Efectos Secundarios	14
CAPÍTULO II EPIDEMIOLOGIA	
2.1 Definición de Epidemiología	17
2.2 Mortalidad por aborto inducido según semanas de gestación	17
2.3 Epidemiología del embarazo y aborto en la adolescencia	17
2.4 Epidemiología del ILE en México	18
2.5 Hospitales donde se realiza el procedimiento del ILE	20
2.6 Estadísticas a 2 Años de la aprobación de la ILE al 20 de Abril 2009	22
CAPÍTULO III GÉNERO	
3.1 Antecedentes	25
3.2 Definición de Género	26
3.3 Inequidad de Género	26
3.4 Perspectiva de género	26
3.5 Influencias sociales en la toma de decisiones	27
3.6 Toma de decisiones	28
3.7 Decisión de la mujer	28
3.8 Decisión del hombre	29
CAPÍTULO IV ASPECTOS Y CONSECUENCIAS DEL ABORTO	
4.1 Aspecto Provida	31
4.2 Aspecto Ético	32
4.3 Aspecto Psicológicas	33
4.4 Aspecto Económico	35
4.5 Aspecto Religión	36
4.6 Aspecto Medico	38
4.6.1 Juramento Hipocrático	40
4.7 Aspecto Social	41
4.8 Aspecto Legal	43
4.8.1 Marco legal del aborto	44
4.8.2 Requisitos para realizarse el ILE en el DF	45
4.8.3 Procedimientos que se deben seguir conforme la ley	46
4.8.4 Consejería por parte del personal de salud	48

4.8.5 Gaceta Oficial del DF # 70 (Decreto)	49
4.8.6 Gaceta Oficial del DF # 75 (Lineamientos)	54

CAPÍTULO V ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

5.1 Definición de Ansiedad	61
5.2 Como se ha medido la Ansiedad	61
5.3 Relación con la investigación	62
5.4 Definición de Depresión	64
5.5 Como se ha medido la Depresión	65
5.6 Relación con la investigación	65

CAPÍTULO VI METODOLOGÍA

6.1 Justificación	66
6.2 Planteamiento del problema	66
6.3 Objetivo	66
6.4 Objetivos específicos	67
6.5 Hipótesis de trabajo	67
6.6 Variables	68
6.6.1 Definición Conceptual de las variables	68
6.6.2 Definición Operacional de las variables	68
6.7 Población y Muestra	69
6.7.1 Población	69
6.7.2 Muestreo	69
6.7.3 Muestra	69
6.8 Tipo de investigación	70
6.8.1 Diseño	70
6.9 Instrumento de aplicación	70
6.9.1 Procedimiento	70

CAPÍTULO VII RESULTADOS

7.1 Gráficas de resultados de las encuestas	72
7.2 Tabla de correlación	76
7.3 Resultados de las correlaciones	77

CAPÍTULO VIII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

8.2 Experiencia	79
8.3 Recomendaciones	80

REFERENCIAS	81
--------------------	----

GLOSARIO	85
-----------------	----

ANEXO	86
--------------	----

CAPÍTULO I

ABORTO

1.1 Definición del Aborto

Aborto: (l. abortio, perder). El término refiere aquel nacimiento de un embrión o feto antes de ser viable, es decir “con la madurez suficiente para sobrevivir fuera del útero”; (Langman, T. W. Sader, 2000). Toda terminación del embarazo que se presenta o es inducido antes de las 20 semanas recibe el nombre de aborto. Cerca de 15% de todos los embarazos diagnosticados terminan en abortos espontáneos (esto es, por causa natural), por lo general dentro de las primeras 12 semanas. Los abortos inducidos legales, a menudo llevados a cabo por razones sociales, casi siempre se practican mediante la llamada succión del contenido uterino (legrado) (evacuación del embrión y sus membranas del interior del útero). Los abortos terapéuticos son inducidos sea por la salud deficiente de la madre o para evitar el nacimiento de un niño con malformaciones graves (p. ej., un producto sin cerebro). (Langman, T. W. Sader, 2000)

1.2 ¿Cuál es la diferencia entre aborto seguro e inseguro?

- El aborto seguro es el que se realiza en condiciones de higiene adecuadas, por parte de un profesional de la salud.
- El aborto inseguro es el que se practica en condiciones insalubres y/o aquel en el que se recurre a métodos que ponen en peligro la vida de la mujer.

1.3 Antecedentes modernos del aborto en México

- **1980.-** las diputadas María Luisa Oteyza y Adriana Luna Parra enviaron al presidente López Portillo una carta respaldada por varios personajes en que se dice:

“el aborto, aun como último recurso, constituye una solución a la que toda mujer tiene derecho, y que requiere de atención medica reconocida y capacitada... la penalización del aborto viola a todas luces el espíritu de la constitución.”
- **1982.-** En junio, el CONAPO propuso el “proyecto de plan de acción para la integración de la mujer al desarrollo”, en el que se pidió la legalización del aborto en tanto derecho humano que debería ser prestado por el sector salud en forma gratuita y que a las mujeres se les reconocca el derecho a la maternidad voluntaria.

El PRI hizo suya la propuesta del CONAPO durante la campaña electoral de Miguel de la Madrid. El candidato hablo de ello en reuniones de consulta popular sobre la población, y declaró que:

“El aborto, como una opción real de libertad y para proteger la salud de las mujeres, es un tema que la sociedad mexicana no puede omitir”.

- **1983.-** el 6 de agosto, el Presidente de la Madrid presento un proyecto de modificación del código penal, para reformar, las disposiciones relativas a aborto y adultera. El anteproyecto estuvo a cargo de las procuradurías general de la república y de la justicia del DF, y el Instituto Nacional de Ciencias penales. El proyecto no fue aprobado.
- **1990.-** Se fundó la coordinadora feminista del DF (CFDF), que retomo los objetivos de la CMF: por la libertad sexual contra la violencia de las mujeres y por la despenalización del aborto.

En octubre el congreso de Chiapas aprobó una iniciativa de ley, del entonces gobernador Patrocinio Gonzales Blanco Garrido, que ampliaba las razones para que el aborto no fuera punible: a solicitud de la pareja con el fin de planificación familiar, a petición de una madre soltera o bien por razones económicas.

Esta iniciativa genero un conjunto de reacciones: la Iglesia Católica y el PAN la rechazaron contundente mente y diversas organizaciones civiles se movilizaron a favor de la propuesta.

- **1991.-** En enero se produjo en el DF una polémica entre los partidos políticos, respecto a la penalización. El PRD y el PPS citaron en la asamblea de representantes a un debate público. Sindicatos, organizaciones de mujeres, de feministas y de salud, así como partidos políticos formaron el frente nacional de lucha por la maternidad voluntaria.

El gobierno federal señalo la conveniencia de una consulta nacional y advirtió que era respetuoso de la soberanía de Chiapas. Finalmente, la fuerte reacción de la iglesia católica, detuvo la aplicación de la nueva ley.

El congreso local la turno para dictamen, de forma improcedente, a la comisión nacional de derechos humanos, que se declaro incompetente y con ello se congelo la reforma. Los partidos de la revolución democrática, Frente Cardenista de Reconstrucción Nacional y PRI solicitaron una consulta popular respecto a al aborto.

En mayo el presidente Salinas envió a la cámara de diputados una iniciativa de reforma a los artículos 67 y 314 de la ley general de salud, con el fin de incluir entre las causales para permitir el aborto, la declaración de no solvencia económica por parte de las mujeres.

El primer artículo regulaba la planificación familiar, y el segundo definía lo que al pre-embrión, al embrión y al feto para fines de control sanitario. En la comisión de salud de la cámara, el PAN consiguió que se rechazara la iniciativa.

- **1991.-** Se crea el Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE, Organización Civil sin fines de lucro que busca la defensa de los derechos reproductivos de las personas, incluido el derecho a abortar.
- **1994.-** La mayoría panista del Congreso de Chihuahua logro imponer una reforma a la Constitución local en el que se declara el “derecho a la protección de la vida desde la concepción” con la cual pretendía eliminar las causales que permiten el aborto en el Código Penal de dicha entidad.

Distintos movimientos sociales y de mujeres denunciaron las intenciones del PAN e impidieron la reforma del Código Penal.

- **1998.-** El 28 de mayo día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres se publicó en seis diarios de circulación nacional un desplegado promovido por GIRE y firmado por connotadas personalidades de la cultura y la ciencia –entre las que destacaba Octavio Paz-, en la que solicitaba la modernización del Código Penal del DF para incluir en él las excepciones por las que no se castiga el aborto en otros estados de la República.

El 17 de junio, a raíz de una declaración del secretario de salud Juan Ramón de la Fuente, se inicio un intenso debate nacional sobre el aborto en los medios de comunicación. En esta ocasión, el debate no solo se desarrollo en la prensa escrita si no que abarco también los medios electrónicos (radio y televisión), y el debate se prolongo hasta el mes de agosto.

- **1999.-** En enero, más de cuarenta organizaciones civiles agrupadas en la campaña “Acceso a la justicia para las mujeres), entre las que estaba el Grupo de Información en Reproducción Elegida, presentó un paquete de 5 propuestas de reforma del Código Penal. Una de las propuestas era ampliar las excepciones por las que se permite el aborto en el DF.

Nuevamente, debido a la presión de la iglesia católica, aunada a la cercanía de las elecciones presidenciales del año 2000, la propuesta no fue aprobada. En Nuevo León, la mayoría panista del congreso local propuso elevar a rango constitucional el derecho a la vida desde el momento de la concepción.

La alianza PRD y El PRI, la indignación de la sociedad neoleonese impidieron la reforma. Esta es la tercera vez que los panistas intentan modificar una constitución local con el fin de anular las excepciones por las que se permite el aborto de manera legal.

- **2002.-** El 29 de enero los ministros declararon como legal la práctica del aborto en el DF “solo en ciertas condiciones” con lo cual se declaró como procedente la “Ley Robles”.

A sí mismo el M.P. mantendrá la facultad de decidir si una víctima de violación puede abortar siempre y cuando se sospeche que el embarazo es producto del delito; como lo expresa el artículo 133-bis del Código de Procedimientos Penales para el DF. (Excelsior y Reforma, 2002)

1.4 Despenalización del aborto en México

- **2007.-** El 24 de abril, es una fecha trascendental para miles de mujeres del Distrito Federal, ya que la despenalización de la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas de gestación se aprobó, siendo un acontecimiento histórico en la lucha y defensa de los Derechos Humanos de las Mujeres.

Los cinco partidos que forman la Coalición de Izquierdas (PRD, PT, Convergencia, PRI y Alternativa) junto con el PANAL aprobaron con 46 votos la reforma al Código Penal que introduce en el Distrito Federal el sistema de plazos, mientras que el PAN y el Verde Ecologista se opusieron con 19 votos.

Al no contar con el 33% de diputados necesarios para una acción de anticonstitucionalidad, el partido gobernante en la totalidad de México, el PAN, presionó a la Procuraduría General de la República para que presentara recurso de anticonstitucionalidad, a lo que se sumó, sorpresivamente y sin consultar a su consejo, el presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

La aprobación de estas reformas constitucionales colocó a la Ciudad de México a la vanguardia a nivel Latinoamérica con respecto a la defensa y promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, que son vitales para una sociedad libre, democrática y equitativa.

- **2008.-** El 15 de febrero, fue el escenario de la primera muerte de una mujer a causa de un aborto legal después de haber solicitado la interrupción de acuerdo a la legislación aprobada por la Asamblea Legislativa de la capital (ALDF). La adolescente de 15 años falleció en el Hospital Balbuena.

De acuerdo con el diario capitalino "El Universal", La causa: una hemorragia que se complicó durante el procedimiento, justo cuando removían al niño. La joven además había llegado a la clínica con una anemia aguda, situación que colaboró para que perdiera la vida.

Según la Secretaría de Salud del DF, el médico que realizó el aborto no corroboró el tiempo de gestación del bebé, pues lo practicó cuando la madre tenía 16 semanas de embarazo, 4 semanas más del tiempo permitido por la ley. Las reformas que realizó la ALDF, indican que el plazo máximo para que un aborto proceda son 12 semanas.

La menor, Vianey "N", acudió al hospital el 12 de febrero acompañada de su madre. Ambas le aseguraron al doctor que la joven tenía menos de 12 semanas de embarazo. Presuntamente, el médico se apegó a estas declaraciones y pasó por alto la aplicación de un ultrasonido que indicara la edad gestacional del niño, procedimiento que fue estipulado en las reformas del Código Penal del DF.

Por ello, la secretaría evalúa la posibilidad de deslindar responsabilidades al médico, pues su obligación era cerciorarse del tiempo que la adolescente tenía de embarazo.

- **2009.-** El 20 de abril es la conmemoración de dos años de la aprobación de la ILE por lo que la Secretaría de Salud de DF hizo la presentación Estadísticas de los datos obtenidos en este servicio, destacando que fueron 23,233 beneficiarias por el servicio del ILE, Procedimientos por Hospital el mayor fue C.S.T III Beatriz con 5,574 interrupciones, Semana de Gestación la mayor frecuencia de presento en la séptima semana con el 17.3% de los casos y que el Estado Civil de las Beneficiarias solteras fue el 55.7%.

1.5 Clasificación del aborto

Se distinguen tres formas de aborto: *Espontáneo, Provocado, Terapéutico*

Espontáneo

Los abortos espontáneos ocurren cuando un embrión o feto es perdido debido a causas naturales antes de la vigésima semana de desarrollo. Entre el 10% y 50% de los abortos terminan en un aborto espontáneo dependiendo de la edad y la salud de la madre.

El riesgo de un aborto espontáneo es mayor en aquellas mujeres que han tenido más de tres abortos espontáneos conocidos, algún aborto inducido o enfermedades sistémicas, y en aquellas mayores de 35 años Otras causas suelen ser las infecciones, la respuesta inmunitaria o trastornos sistémicos serios.

Provocado

Se llama aborto inducido al que es provocado intencionadamente con distintos fines, en distintos contextos sociales y legales y con o sin asistencia médica. Se estima que cada año 46 millones de mujeres alrededor del mundo recurren al aborto inducido para terminar con un embarazo no deseado. De ellos, al menos 20 millones son considerados abortos inseguros, es decir, abortos en los que la vida de la mujer suele estar en peligro.

En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que en América Latina y el Caribe se realizaron treinta abortos inseguros por cada mil mujeres de entre 15 y 49 años, más del doble del promedio mundial de trece por cada mil. Se estima que el aborto inseguro constituye la causa primordial de las 600.000 muertes maternas que se producen cada año. En América Latina y el Caribe, de los 18 millones de embarazos que se producen cada año, 52% no son planeados y el 21% termina en un aborto.

Terapéutico

Es un aborto provocado orientado a la abolición de riesgos reales de origen materno, por la existencia de un embarazo; es el que es justificado con razones médicas:

Primera: Salvar la vida de la madre, cuando la continuación del embarazo o el parto significan un riesgo grave para su vida.

Segunda: Salvar la salud física o mental de la madre, cuando están amenazadas por el embarazo o el parto.

Tercera: Evitar el nacimiento de un niño con una enfermedad congénita o genética grave que es fatal o le condena a padecimientos muy graves.

Cuarto: Reducir el número de fetos en embarazos múltiples hasta un número que haga el riesgo aceptable.

Estas pueden darse de forma:

a) Directo

Este alude al que ha sido premeditado u querido como fin principal, para desembarazarse del niño, o como medio para salvaguardar la honra, la salud, la vida o cualquier otro bien de la madre o de otras personas.

b) Indirecto

Es el que no se realiza como medio o como fin de la acción, sino que es algo que sigue como secuencia accidental y probable de esa acción en sí misma, libre y legítima, de tal modo que, si se pudiera, se evitaría el aborto. Un ejemplo de esto, es el administrar a la madre medicamentos necesarios para erradicar un proceso patológico grave, con riesgo de producirlo.

1.6 Los métodos más utilizados para llevar a cabo el aborto

Succión.- Utilizado durante el primer trimestre del embarazo. Se introduce por la vagina un tubo hueco por medio del cual se aspira al feto hasta que, desmembrado por completo, es sacado del útero;

Dilatación y legrado.- Este método se utiliza desde la séptima hasta la doceava semana de embarazo. Por medio de un afilado cuchillo curvo que se introduce en el útero, se despedaza el cuerpo del bebé. Posteriormente se recogen los trozos para asegurarse de que el útero quedó vacío;

Inyección salina.- Por lo regular se utiliza también en los primeros meses del embarazo hasta la decimonovena semana. Se inyecta una solución concentrada de sal que envenena al bebé y además la capa externa de la piel se quema por el efecto corrosivo de la sal. Al día siguiente, la mujer dará a luz un bebé muerto;

Histerotomía.- Este es el método utilizado cuando el no nacido se encuentra en un estado adelantado de su desarrollo. El procedimiento es igual a una cesárea, pero el destino del niño es diferente, ya que en esta clase de aborto, el feto es abandonado en un cesto de basura hasta que muera;

RU 486.- Píldora cuyo efecto es impedir la anidación del embrión, pues bloquea en la gestante la producción de la hormona progesterona, necesaria para la anidación uterina y para el proceso normal del embarazo. Tomando dosis de este producto durante las primeras siete semanas de gestación, asociándolo a inyecciones de prostaglandinas, se provoca el aborto en el 95% de los casos. Ha sido llamado el pesticida humano.

Raspado bajo anestesia general.- Consiste en retirar el feto, previa una apertura rápida de dos centímetros del cuello uterino, con el paciente anestesiado, en el que se utilizan unas pinzas largas para despedazar al bebe dentro del útero materno y sacarlo en pedazos.

Prostaglandina.- Invitan al útero a contraerse y a expulsar el contenido, este método es uno de los más utilizados en las clínicas especializadas, pero suele presentar un problema para los operadores: el evacuado de muchos fetos vivos.

1.7 Métodos utilizados por el Hospital Materno Infantil de Xochimilco son: AMEU y Farmacológico.

***AMEU** (aspiración por vacío manual, aspiración manual endouterina)*

La AMEU es una forma rápida y bastante segura de vaciar la matriz usando una cánula y una jeringa grande. Se puede usar la AMEU:

- Para ayudar a una mujer que tuvo una pérdida o un aborto incompleto.
- Para tratar atrasos de la regla.
- Para terminar un embarazo no deseado.

La AMEU se hace de la misma forma en todos esos casos.

La AMEU es menos peligrosa, más sencilla y más barata que otros métodos que usan instrumentos para vaciar la matriz. Por lo general, los otros métodos sólo se hacen en clínicas u hospitales a manos de un doctor. En cambio, la AMEU la pueden hacer las parteras, las enfermeras o cualquier persona que tenga la capacitación debida, los instrumentos correctos y los medios para esterilizar esos instrumentos.

La AMEU puede causar lesiones o infecciones de la matriz si no se hace correctamente.

Para llevar a cabo el procedimiento sólo se necesita sedación o anestesia local paracervical; una enfermera circulante y el médico con adiestramiento. La estancia hospitalaria solamente es de dos a tres horas, post-procedimiento y la paciente puede terminar su tratamiento ambulatoriamente.

EL equipo necesario para realizar la AMEU está constituido por jeringas de 60 ml con válvula sencilla y doble; silicona para lubricar, cánula flexible de plástico estéril de 3 diámetros para evacuar el contenido uterino.

Los equipos con jeringas válvula doble constan de una jeringa de 60 ml, émbolo anillo de seguridad, silicona para lubricar, cánulas Karman flexibles estériles de 6, 10 y 12mm; un juego de adaptadores para ajustar a las jeringas. En embarazo de 8 semanas se puede utilizar jeringa con válvula sencilla o doble con cánula de Karman de 5mm, para úteros de 8 a 12 semanas se puede utilizar cánulas de 7, 8, 9, 10 o de 12 mm de diámetro.

MÉTODO FARMACOLÓGICO

Misoprostol solo: la SS-GDF utilizará, para los casos de ILE de menos de 9 semanas el Misoprostol (conocido comercialmente como Cytotec), es un medicamento análogo de las prostaglandinas, el cual produce contracciones uterinas y dilatación en el cuello de la matriz; es eficaz y seguro. Utilizando dosis de 800mg de Misoprostol por vía vaginal cada 24/12 horas en gestaciones de hasta 9 semanas se obtienen tasa de aborto completo de 90 – 93% según diferentes estudios. Con la primera dosis de Misoprostol solo se obtiene una tasa de aborto completo del 72%, si esta ha fracasado se administra una tercera se alcanza el 90- 93%. Al final de la tercera dosis, en un 50% de los casos que han sido fallos, es decir los casos que no expulsaron, presentan latido cardiaco negativo. Esta tasa de aborto completo aumenta hasta un 95-96% si se disminuye la edad gestacional hasta la 6- 7 semanas.

Los resultados obtenidos cuando el Misoprostol se administra por vía oral son sensiblemente inferiores y mayores los efectos secundarios debidos al mismo. Sin lugar a dudas el mejor método de los 3 en cuanto a la eficacia, seguridad y confort es el primero, es decir el que combina Mifepristona con Misoprostol.

La Mifepristona sola tiene una tasa de éxito inferior al 80%, y por lo tanto se descarta su uso sin combinar con Misoprostol. Los casos que después de utilizar el Misoprostol, solo o combinado, que han sido fallo, deben interrumpir la gestación quirúrgicamente, ya que se han descrito casos de malformaciones congénitas.

Es importante obtener la confirmación de la usuaria, que se completo el procedimiento: Esto se puede lograr mediante una historia clínica o un ultrasonido, en una cita de seguimiento a los 14 días.

MÉTODO QUIRÚRGICO (LUI)

Cuando se lleva a cabo la ILE con legrado, la paciente por lo general ingresa al hospital por la mañana de la fecha del procedimiento. El anestesiólogo dará la anestesia. Empezando el procedimiento, con un especulo se visualiza la vagina y el cuello del útero se fija con una pinza. Se dilata el cuello y se introducen las cucharillas del legrado de distinto tamaño, con las cuales se raspan las paredes del útero, extrayendo el contenido fetal.

En algún lugar puede ser que la paciente note algunas sensaciones ligeras y pasajeras. El procedimiento dura aproximadamente de 10 a 20 minutos. Generalmente la mujer se da de alta después de algunas horas de observación. En casos complicados, se dará de alta hasta el día siguiente. (Population Council, 2003).

1.8 Efectos Secundarios

La ILE con medicamentos conlleva efectos secundarios:

- Sangrado vaginal, generalmente con coágulo.
- Dolor tipo cólico.
- Diarrea.
- Nausea.
- Vómito.
- Escalofrío.
- Mareos.
- Cefalea.

El Doctor(a) o Enfermera brindará a la mujer una hoja informativa con el manejo de los efectos secundarios.

Para aliviar los cólicos, la mujer puede tomar una de las siguientes opciones:

- 1 pastilla de Ibuprofeno (400mg) cada 6 hrs.
- 1 pastilla de ketololaco (10 mg) cada 8 hrs.
- 1 pastilla de paracetamol (500mg) cada 8 hrs.

Para evitar o tratar diarrea, la mujer puede tomar 2 pastillas de Loperamida (2mg) como dosis única.

Signos de alarma

Las complicaciones severas con el esquema de medicamentos son poco frecuentes. Uno de los aspectos fundamentales de la conferencia incluye que la mujer sea capaz de valorar la frecuencia y severidad de los síntomas así como la necesidad de manejar los síntomas en casa o cuando es necesario acudir a un servicio médico. Se debe instruir a la mujer que si ella presenta algún signo de alarma, debe llamar a los teléfonos 57 40 80 17 (ILEtel de la SS- GDF) y 56 58 11 11 (LOCATEL), o acudir al hospital más cercano. Además, el proveedor dará a la mujer una hoja informativa con instrucciones sobre cómo proceder en caso de signos de alarma.

Los signos de alarma son:

- Empapar 2 toallas sanitarias grandes con sangre en una hora por dos horas consecutivas.
- Presentar dolor abdominal intenso, diferente a los cólicos normales.
- Fiebre continúa (> 38° C) por más de 4 horas.
- Fiebre > 38° C que se presenta varios días después de usar Misoprostol.
- Flujo abundante con dolor desagradable.
- Mareo intenso o desmayo.
- Sentir malestar (nausea, vómito, diarrea, etc.) más de 24 horas después de tomar la última dosis de Misoprostol.
- No presentar sangrado 24 horas después de tomar última dosis. (Population Council, 2003).

Efectos secundarios en el AMEU

- Dolor leve.
- Sangrado leve.
- Nauseas ocasionales.

Complicaciones de la AMEU (muy poco frecuentes):

- Evacuación incompleta: en algunos casos requerir una segunda intervención.
- Sangrado abundante: normalmente se debe a evacuaciones incompletas.
- Infecciones.
- Perforaciones o desgarros.
- Reacción alérgica a la anestesia.
- Embarazo ectópico no detectado.

Fuente: (Population Council, 2003).

CAPÍTULO II

EPIDEMIOLOGIA

2.1 Definición de Epidemiología

La epidemiología es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas. La epidemiología en sentido estricto, que podría denominarse humana, ocupa un lugar especial en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales y aplica los métodos y principios de estas ciencias al estudio de la salud y la enfermedad en poblaciones humanas determinadas (OMS, 2003).

2.2 Mortalidad por aborto inducido según semanas de gestación.

Dentro de las primeras 12 semanas de gestación, la mortalidad es inferior a 0.5 por cada 100,000 procedimientos.

Semana de gestación	Tasa Mortalidad
<8	0.1
9-10	0.2
11-12	0.4
13-15	1.7
16-20	3.4
>21	8.9

Fuente: Bartlett, 2004.

2.3 Epidemiología del embarazo y aborto en la adolescencia

El embarazo adolescente constituye un serio problema en nuestro país; esto da la pauta de las dificultades que aun existen en la implementación de los programas de salud reproductiva, para incluir efectivamente a este grupo etario. El control social, que tanto las instituciones como los adultos ejercen sobre los /as adolescentes en relación con su sexualidad, se ha puesto claramente de manifiesto en los debates públicos que se suscitaron hasta que se logro incluirlos como población objetivo de estos programas. Pretender negar esa posibilidad pone en serio riesgo la prevención de embarazos, el acceso a la información y la atención para un ejercicio libre y seguro de la sexualidad, así como la oportuna consulta post-aborto. (Ramos cols; 2001).

Sabemos que todos los años un gran número de adolescentes quedan embarazadas sin buscar o desear específicamente ese embarazo, y que aun conociendo los métodos anticonceptivos, y teniendo acceso, a los mismos, no los utilizan, o los usan inadecuadamente.

Sabemos también la importancia que tiene la educación y el medio sociocultural en la prevención. Por lo tanto, no parece posible abordar el tema del embarazo y el aborto en la adolescencia sin tener en cuenta las condiciones culturales, sociales, políticas y económicas que llevan a una joven a embarazarse. Además coloca en extrema vulnerabilidad a todos aquellos sectores que no tienen los recursos para poder acceder a ámbitos privados en los que puede realizarse la intervención en condiciones seguras. Si bien esta vulnerabilidad afecta a todas las mujeres en su etapa reproductiva, en las adolescentes toma una dimensión más significativa, por la crisis súbita que atraviesan por estar aun en busca de su identidad y por la falta de recursos tanto materiales como simbólicos (Gutiérrez, 2003).

Otro punto crítico está relacionado con la atención de estas pacientes. Muchas veces la ideología o las creencias religiosas dificultan el abordaje de la embarazada adolescente por parte de algunos sectores de salud, quienes culpabilizan a la joven que toma la decisión de abortar sin tratar de entender la cadena de causas que la llevaron a tomar esa decisión (Abandono a la pareja, temor al rechazo paterno, falta de recursos económicos, interrupción de proyectos futuros, etc.). La situación de ilegalidad condiciona el proceso asistencial de las adolescentes internadas en los hospitales por complicaciones del aborto, donde es frecuente observar un maltrato institucional oculto y algunas veces manifiesto (Ramos cols; 2001). La clandestinidad opera como una cadena simbólica en gran parte del personal de salud, lo que lleva al descuido o la desatención de estos pacientes. Como aun no está implementado el protocolo de atención post-aborto en todo el sistema público de salud, la calidad de la misma depende de cada hospital, de cada equipo o de cada médico/a, y es habitual, por ejemplo, que se le dé alta a la adolescente después del legrado evacuador sin brindarle asesoramiento y anticoncepción, por lo cual se repite el circuito del embarazo no deseado, y en muchos casos el camino hacia el aborto.

En los últimos años han circulado entre la población el conocimiento acerca de una nueva forma de interrumpir el embarazo, sin maniobras instrumentales, ni intervención de terceros: el llamado aborto medicamentoso. Las adolescentes no han quedado al margen de este saber y comenzaron a usarlo en forma anárquica, sin ningún tipo de asesoramiento médico.

2.4 Epidemiología del ILE en México

La OMS asevera que, cuando se realiza por personal capacitado, con el equipo adecuado y en condiciones sanitarias apropiadas, la interrupción del embarazo, “Es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo”, y que su tasa de letalidad es de menor riesgo asociado a los embarazos llevados a término en las mejores circunstancias posibles.

Actualmente la mayoría de los hospitales del gobierno del Distrito Federal están dando este servicio. No sucede lo mismo con los hospitales del gobierno federal, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores, (ISSSTE) que se encuentran en la ciudad de México, los que tienen impedido por la ley para realizar abortos o legrados.

El gobierno federal ha impuesto demandas de inconstitucionalidad contra la nueva regulación que permite los abortos legales con asistencia médica pública. (OMS, Aborto sin riesgos, 2003).

En abril de 2007, la Asamblea Legislativa del DF aprobó modificaciones al Código Penal y a la Ley de Salud del DF que permitieron la despenalización del aborto hasta la semana 12 de gestación lo que se convirtió en una decisión histórica para las mujeres de la Ciudad de México.

Más de un año después, en agosto de 2008, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ratificó que dichas modificaciones son constitucionales con lo que se respeta el derecho de las mujeres a una maternidad libre, informada y voluntaria en el Distrito Federal.

La interrupción legal del embarazo (ILE) se lleva a cabo en los Hospitales de la Secretaría de Salud del DF y a continuación se presentan los datos estadísticos de la ILE realizadas a partir de abril de 2007. La información estadística resulta relevante porque ofrece la posibilidad de evaluar los servicios ofrecidos, lo que redundará en un mejor diseño de los programas para la prevención del embarazo no deseado y la consejería post-aborto.

Los datos estadísticos se obtuvieron a partir de las publicaciones oficiales de la Secretaría de Salud, de notas periodísticas sobre diversas presentaciones públicas o conferencias de prensa del secretario de Salud del DF o de otros funcionarios. La información se actualizará conforme aparezcan nuevos datos relevantes.

- A continuación se presenta un cuadro con las cifras sobre la interrupción legal del embarazo en el DF 27 de abril de 2007 al 24 de noviembre de 2009.

Concepto	Cifras
Total de ILE realizadas en el DF después de la legalización del 24 de abril del 2007 al 24 de noviembre de 2009	33,218 casos (corresponde a un 59% de las solicitudes de información)
Solicitudes de información	56,633 solicitudes generales
Origen de las solicitantes de ILE	<ul style="list-style-type: none"> •76 % residentes del DF (25,432 mujeres) •21 % residentes del Estado de México (6874 mujeres) •3 % residentes de otros estados (912 mujeres)
ILE realizadas a menores de edad	1860 casos (corresponde al 5.6% del total de ILE realizadas)

Fuente: Secretaría de Salud del DF, 2009.

2.5 Hospitales donde se realiza el procedimiento del ILE

- A continuación se presenta una tabla donde se muestran los hospitales que brindan el servicio del ILE en el DF, su domicilio y teléfono; de forma gratuita.

Hospital	Domicilio	Teléfono
Hospital de Especialidades Belisario Domínguez	Av. Tláhuac No. 4866 Esq. Zacatlán De Las Manzanas Col. San Lorenzo Tezonco Del. Iztapalapa	58 50 00 00
Hospital General Enrique Cabrera	Av. Prolongación 5 De Mayo 3170 Esq. Centenario Col. Ex Hda De Tarango Del. Álvaro Obregón	No Tiene
Hospital General Iztapalapa	Av. Ermita Iztapalapa No. 3018 Col. Citlali Del. Iztapalapa	54 29 29 60 54 29 34 60
Hospital General Ticoman	Calle Plan De San Luis S/N Entre Miguel Bernard Y Calle Bandera Col. Ticoman Del. Gustavo A. Madero	57 54 33 44 57 54 30 12
Hospital General Milpa Alta	Carretera Milpa Alta Chalco Km. 2.5 Barrio Sta. Cruz Del. Milpa Alta	58 54 06 49
Hospital Materno Infantil Cuajimalpa	Av. 16 de Septiembre S/N Col. Pueblo de Contadero Del. Cuajimalpa	58 12 32 69 58 12 05 70
Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc	Av. Emiliano Zapata No. 17 Col. Cuauhtémoc Barrio Bajo Del. Gustavo A. Madero	53 06 06 22
Hospital Materno Infantil Iguarán	Av. Estaño No. 307 Col. Felipe Ángeles Del. Venustiano Carranza	57 95 67 64
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras	Av. Luis Cabrera No. 619 Col. San Jerónimo Lidice Del. Magdalena Contreras	56 83 51 08

Hospital	Domicilio	Teléfono
Hospital Materno Infantil Tláhuac	Av. Tláhuac No. 231 Col. La Habana Del.	58 42 36 04
Hospital Materno Infantil Xochimilco	Calz. Nativitas Esq. Prolongación 16 De Septiembre Col. Xaltocan Del. Xochimilco	56 76 49 93
Hospital Materno Infantil Nicolás M. Cedillo	Gustavo J. S/N Esq. Con Víctor Hernández Covarrubias Col. Francisco Villa Del. Azcapotzalco	No Tiene
Hospital General Balbuena	Calz. Cedillo Robelo Esq. Sur 103, Col. Aeronautica Militar Del. Venustiano Carranza	55 52 43 20
Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores	Calle del Carmen No. 42 Col. Centro Del. Cuauhtemoc	57 02 07 69 57 02 03 46
C.S.T-III BEATRIZ VELAZCO DE ALEMÁN.	Av. Ing. Eduardo Molina Esq. Peluqueros Col. 20 de Noviembre (La Michoacana) C.P. 15300	Secretaría de Salud

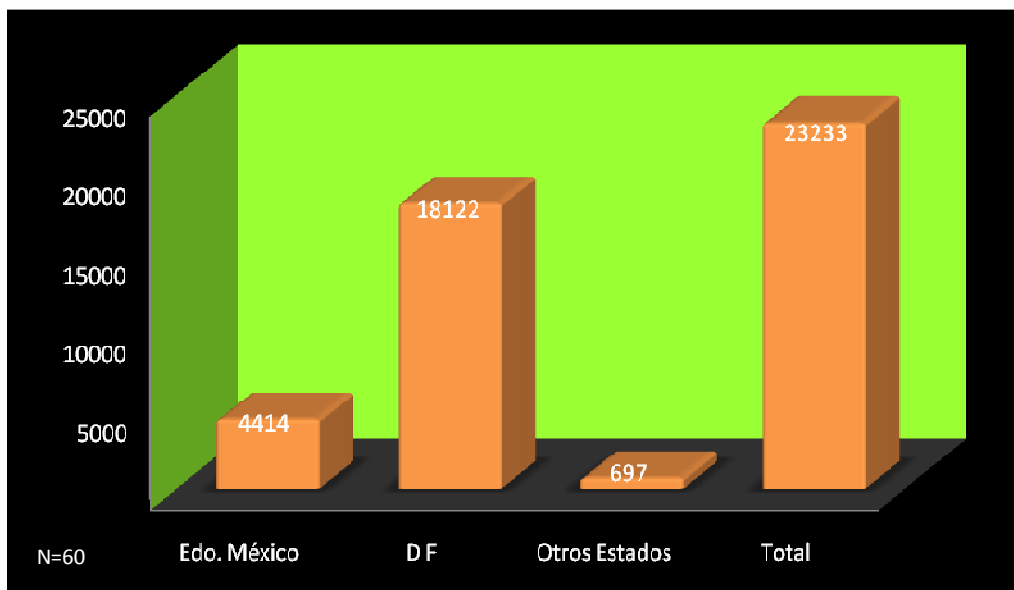
Fuente: Información sobre la interrupción legal del embarazo en el DF 27 de abril de 2007 al 24 de noviembre de 2009.

*ATENCIÓN INFORMATIVA Y PSICOLOGÍA VÍA TELEFÓNICA. TEL: 57 40 80 17
DE LUNES A DOMINGO LAS 24 HRS DEL DÍA*

2.6 Estadísticas a 2 Años de la aprobación de la ILE al 20 de Abril 2009

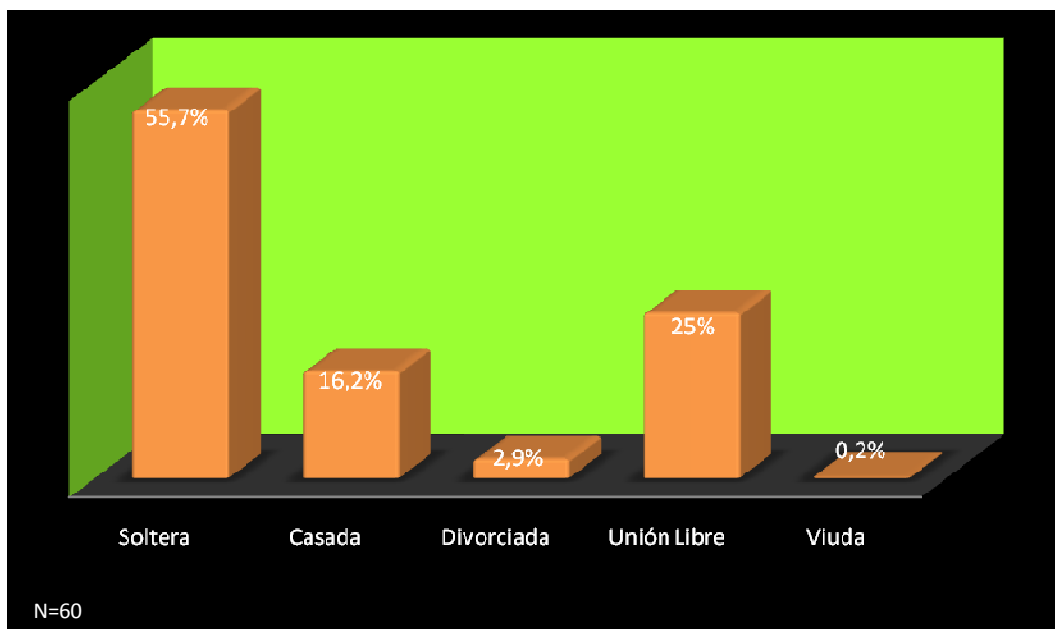
A continuación se presentan cuadros con información general de las usuarias del ILE.

Lugar de Residencia, de Beneficiarias al 20 de Abril del 2009



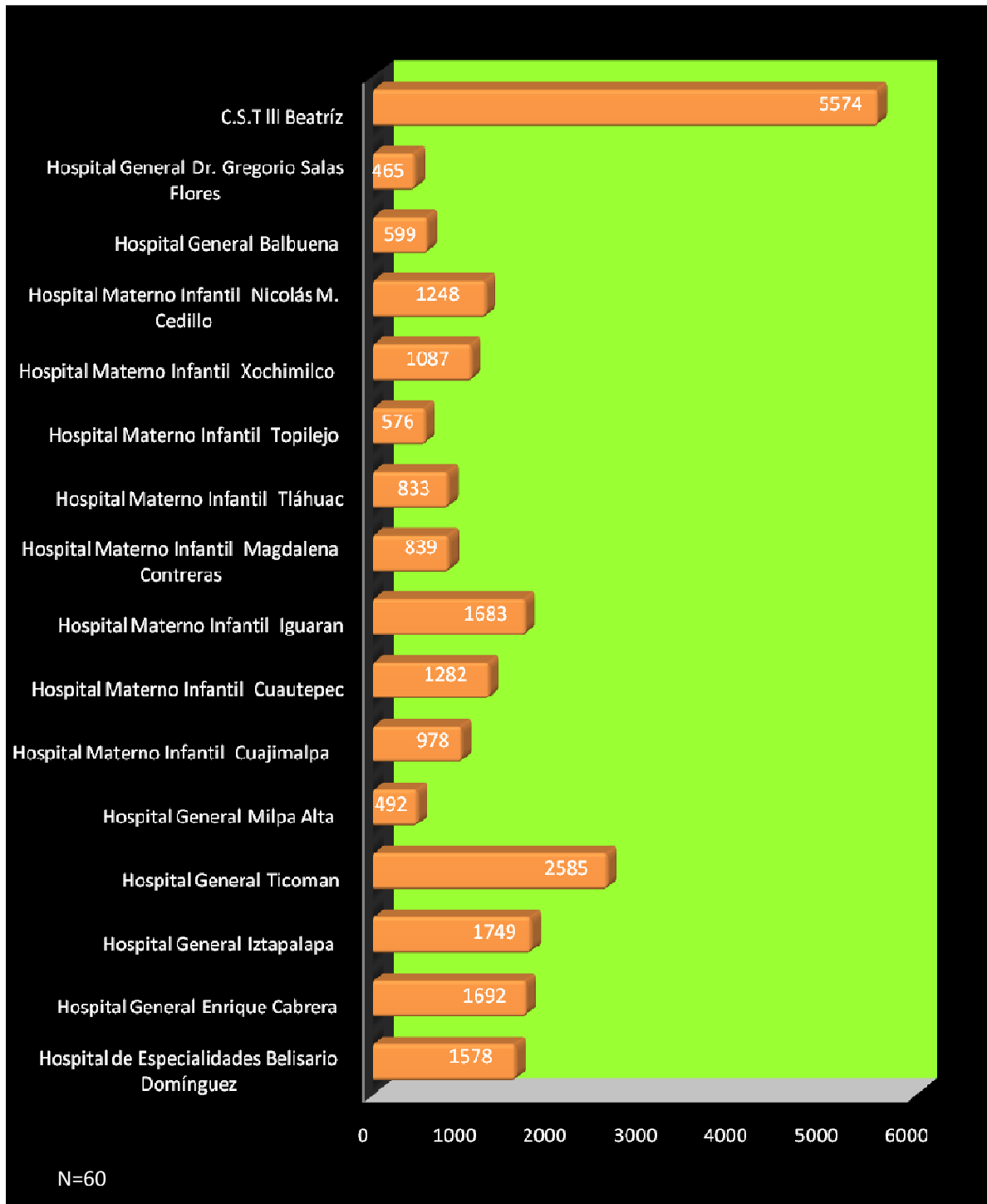
Fuente: datos obtenidos durante la presentación que realizó la Secretaría de Salud de DF en evento conmemorando los dos Años del ILE. Abril 2009

Estado Civil, de las Beneficiarias al 20 de Abril del 2009



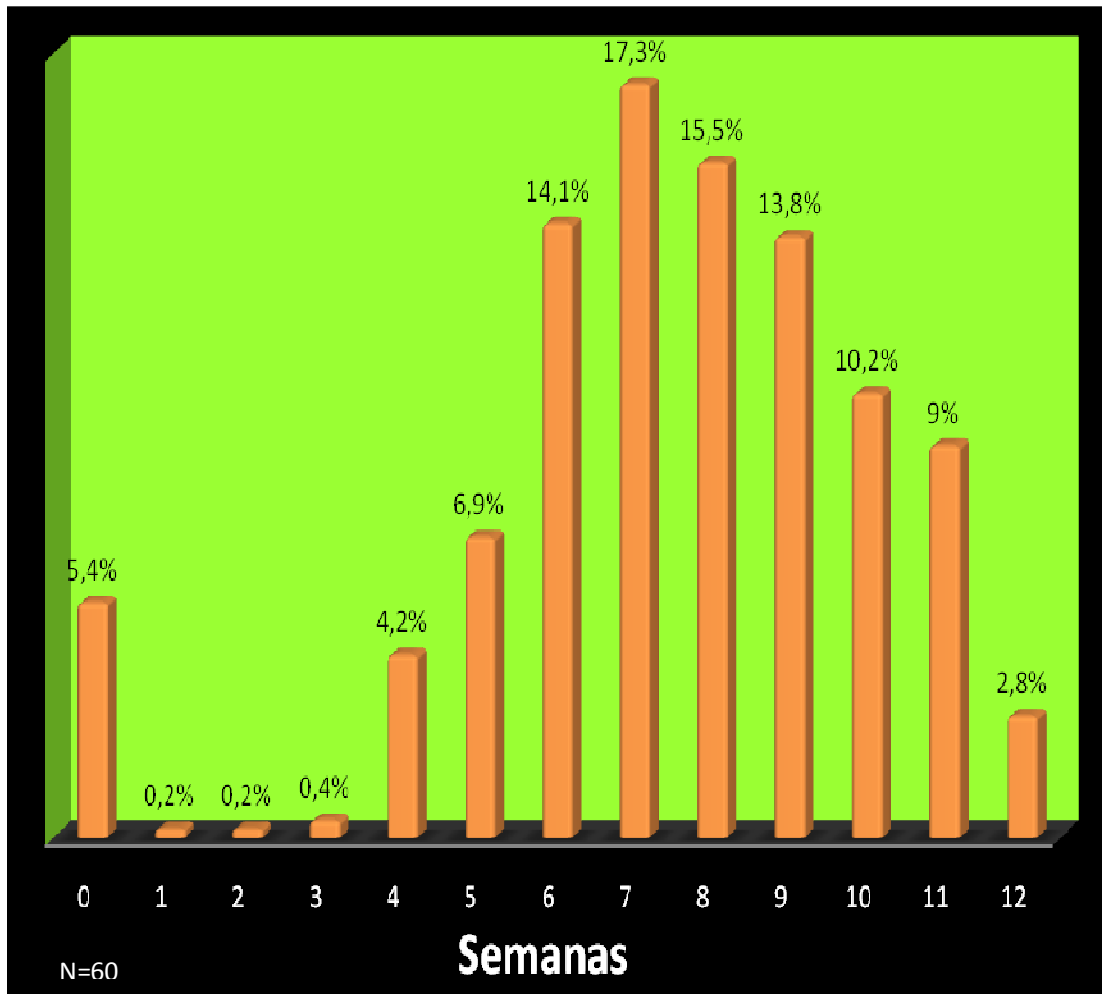
Fuente: datos obtenidos durante la presentación que realizó la Secretaría de Salud de DF en evento conmemorando los dos Años del ILE. Abril 2009

Procedimientos por Hospital, al 20 de Abril del 2009



Fuente: datos obtenidos durante la presentación que realizó la Secretaría de Salud de DF en evento conmemorando los dos Años del ILE. Abril 2009

Semana de Gestación, al 20 de Abril del 2009



Fuente: datos obtenidos durante la presentación que realizó la Secretaría de Salud de DF en evento conmemorando los dos Años del ILE. Abril 2009

CAPÍTULO III

GÉNERO

3.1 Antecedentes

El género, como categoría de estudio en las ciencias sociales, es producto de la reflexión de muchas investigadoras e investigadores que por varios años trataron de encontrar una explicación a la constante social donde las mujeres se ubicaban en un papel de subordinación con respecto de los hombres.

En esta búsqueda se propusieron diferentes términos, todos ellos trataban de hacer referencia a las atribuciones que las sociedades dan a hombres y mujeres de forma separada.

1955 John Money propone el término papel de género para describir el conjunto de conductas atribuidas a hombres y mujeres.

1949 Simone de Beauvoir refiere que una mujer no nace, se construye socialmente.

1968 Robert Stoller separa los términos sexo y género, dejando al primero la diferencia sexual inscrita en el cuerpo y al segundo los significados que cada sociedad le atribuye.

1975 Gayle Rubín, propone la idea de sistema sexo – género para referir que en todas las sociedades se hace una separación diferenciada para hombres y mujeres tanto de roles, actitudes e ideas como de actividades.

1997 Martha Lamas define al género como la construcción cultural de la diferencia sexual.

El género es el conjunto de atribuciones marcadas por una sociedad a cada uno de los individuos, tomando como referencia la apariencia física exterior de sus órganos sexuales (sexo); tales atribuciones se traducen en roles y significados que guían la vida de las personas proporcionándoles un modo específico de ver, de ser y de relacionarse con su entorno.

El género es una manera de identificación en la sociedad.

El género como etiqueta que proporciona identidad a las personas, se asimila en tres procesos:

Asignación: se realiza al momento en que un ser humano nace y se le atribuye la primera etiqueta (hombre o mujer) a partir de la apariencia exterior de sus órganos sexuales.

Identidad: se da entre los 2 y 3 años de edad, precisamente cuando nos vamos apropiando del lenguaje y nos podemos asumir como niño o como niña con todas las implicaciones que ello tiene (ropa, juguetes, juegos).

Papel o rol de género: se da en la etapa adolescente y se conserva el resto de la vida y consiste en asumir y reproducir el conjunto de normas que la sociedad dicta para hombre o para mujeres (profesión, ocupación, actividades, relaciones interpersonales, sexualidad, etc.).

Para entender claramente lo que significa hablar de género, es necesario hacer la diferenciación con sexo.

El sexo es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, colocándolos en extremos reproductivamente complementarios.

El sexo es universal y es estático. Fuente:(Ipas, 2009).

3.2 Definición de Género

Es la construcción cultural de la diferencia sexual. Es decir, es todo aquello que las sociedades construyen sobre lo que debe ser una mujer y lo que debe ser un hombre, eso incluye roles, actividades, formas de expresar emociones, relaciones interpersonales y relaciones eróticas, orientación sexual, juegos, etc. Las construcciones de género se modifican con cada época y con cada sociedad. Incluso cada familia tiene imágenes diferentes acerca de lo que deben hacer y cómo deben ser hombres y mujeres. (Ipas, 2009).

3.3 Inequidad de Género

La diferenciación entre hombres y mujeres que ha existido en todas las sociedades de las que se tienen noticia ha implicado que se gesten relaciones de desigualdad y subordinación entre hombres y mujeres. En todas las sociedades de las que se ha tenido noticia, las mujeres ocupan un lugar inferior con respecto al hombre en todo aquello que se valora socialmente. La inequidad entre hombres y mujeres marca diferencias en las oportunidades de desarrollo de unas y otros que se manifiestan en espacios como la política, la posesión de riqueza, el trabajo, la escuela y la familia. (Ipas, 2009).

3.4 Perspectiva de género

La perspectiva de género es una construcción social, histórica y cultural. Es el resultado de una larga historia de búsquedas, investigaciones, acciones y participación de millares de mujeres y hombres en el mundo, interesados e interesadas en la transformación de la sociedad, preocupadas y preocupados especialmente por la subordinación y la opresión a las que las mujeres han sido sometidas por siglos, deseosas y deseosas de construir relaciones equitativas entre hombres y mujeres, de modificar los roles asignados histórica y culturalmente a los géneros.

Los aportes que esta mirada de género ha brindado para poder comprender el mundo en que nos movemos incluyen: la condición, (que se refiere al estado material en el que están las personas) y la posición (que es el ligar simbólico o social que ocupan) las mujeres, los intereses prácticos y estratégicos de género, así como, las acciones que es necesario llevar a cabo para incidir en la inequidad de género. (Ipas, 2009).

3.5 Influencias sociales en la toma de decisiones

El embarazo en ocasiones es un medio para negociar el matrimonio o para comprender al hombre en la relación mediante la paternidad, o bien para que no finalice una relación. Es importante recalcar que el embarazo en la sociedad significa fertilidad y adultez, y a menudo refleja el valor de una mujer. (González, Billings, 2002).

El interrumpir el embarazo mediante el aborto provocado va en contra de la imagen y la significación social que se le da a la mujer durante este periodo, por lo cual algunos sectores de la sociedad se oponen a esta práctica. El aborto durante las últimas tres décadas ha comenzado a consternar a diversos sectores de la sociedad, sin embargo se han encontrado con la oposición de la iglesia católica, y de grupos conservadores de la sociedad que se oponen a cualquier acto que vaya en contra de la vida humana. Los argumentos religiosos y morales entorpecen la percepción sobre las repercusiones sociales y sanitarias del aborto. (González, Billings, 2002).

La iglesia católica tiene gran influencia en el pensamiento del mexicano, ya que México es el segundo país con mayor población de católicos en el mundo, en una conferencia dada por el anterior papa Juan Pablo II se recalco en los efectos destructivos que tiene en la sociedad mexicana los anticonceptivos, el divorcio y el aborto. El aborto es equiparado con la anticoncepción en la destrucción de las estructuras y valores familiares. Aunque no todos los mexicanos practican el catolicismo la influencia de la iglesia en los valores sociales es todavía muy fuerte. (González, Billings, 2002).

De igual modo la iglesia católica juega un papel importante dentro del ámbito político del país, ya que ha sido el principal influenciador en la actitud de sectores sociales respecto a la sexualidad y al a reproducción. (González, Billings, 2002).

Así el aborto es una problemática influida por la iglesia católica, los valores sociales y por la política mexicana. Aun cuando se trate de hacer cambios en las políticas del aborto, el gobierno sigue teniendo un control predominante en los mexicanos a través de medios como la televisión en especial con telenovelas que motivan la planificación familiar, pero evitan hablar del tema del aborto. (González, Billings, 2002).

Al evitar hablar de esta práctica la problemática del aborto en México se ha incrementado por diversas razones entre ellas encontramos las diferencias en la planificación familiar, la negligencia de la mujer en su salud reproductiva, cambios en la conducta y el estatus de la mujer y en menor proporción por las actitudes alrededor de la mujer y su sexualidad. (González, Billings, 2002).

3.6 Toma de decisiones

La experiencia del aborto y la toma de decisiones dependen del historial de creencias y afectos conscientes e inconscientes así como de las experiencias interpersonales, de este modo cuando el problema del aborto surge para tomar una decisión entran en juego las experiencias tempranas así como la interacción con otros. David & Reardon (1996).

El optar por un aborto es una decisión difícil ya que hay que pensar y examinar los valores y prioridades personales. Sin embargo el aborto en si reviste ambivalencia, ya que la pareja tiene que lidiar entre sentimientos opuestos.

De este modo Crooks & Baur (2000) hacen hincapié en una decisión compartida, ya que al enterarse del embarazo la mujer debe platicar con su pareja y tomar ambos una resolución; sin embargo de no llegar a un acuerdo la decisión siempre recaerá en la mujer, la cual tiene el derecho a continuar o suspender su embarazo.

3.7 Decisión de la mujer

La decisión en torno al aborto desde la perspectiva de la mujer se garantiza por la defensa de los derechos de la mujer, la libertad y la opresión masculina. En tanto la perspectiva cambia cuando esta decisión es tomada por el varón ya que esta se concibe como coacción, falta de afecto, insensibilidad y egoísmo. (Grupo de Información en Reproducción Elegida. GIRE, 2001).

Generalmente la decisión del aborto se deja en manos de la mujer ya que solo ella conoce las condiciones de su embarazo; es decir su condición económica, psicológica, material, etc. (Marcos, 1995).

Sin embargo la decisión de las mujeres depende de ciertas situaciones en su entorno tales como el discurso alrededor de la maternidad, la moral de la mujer y platicas con doctores cuando ellas piden un aborto. (Boyle, 1997).

El aborto es una situación difícil para la mujer que se encuentra en un momento de crisis y ambivalencia que de acuerdo a David & Reardon (1996) las personas que se encuentran en momentos de crisis suelen dejar sus decisiones en manos de otros, tales como familiares, amigos o pareja, ya que es más fácil no afrontar la situación y esperar que otros tomen la decisión sobre nuestros actos. Las mujeres en ocasiones suelen tomar la decisión en torno al aborto por encontrarse bajo presión o coerción de sus parejas sexuales, por sus familiares, trabajadores sociales, empleados o administradores escolares.

En 1991 la empresa Gallup realizo una investigación en México, Guadalajara y Monterrey en la cual encontraron que el 43% de esta población opinaba que la decisión del aborto correspondía únicamente a la mujer, un 48% opinaba que la mujer no debe tomar en cuenta la influencia de la iglesia. (GIRE, 2001).

3.8 Decisión del hombre

Generalmente se ha atribuido a los hombres características tales como la autoridad, seguridad, competitividad, agresión y fuerza física, características que han interiorizado mediante una imagen que deben cultivar e imprimir en su medio como una forma de sobrevivencia ante las exigencias del entorno social.

En algunos estudios realizados en Latinoamérica y en parte del Caribe se encontró que los patrones de socialización del hombre, muestran que los niños son criados para no adquirir responsabilidades, no se les enseña a criar, se les critica aun cuando en su crianza no obtuvieron la responsabilidad, fidelidad y educación para la crianza (Carrizo, y Funke, 1982)

Las investigaciones realizadas por Lytton y Rommey (1991) consideran que a los niños se les estimula a la independencia, recibiendo de parte de sus familiares poco apoyo emocional y físico comparado con las niñas. Por ello cuando se supone que alcanzan una edad mayor se les impide a los varones expresar su afecto, ternura, cariño, tristeza, dolor o alguna expresión de humanidad, permitiéndoles únicamente conductas como la agresión, ira, audacia, y placer como muestras de la masculinidad ideal.

Según Simon (1997) la responsabilidad del hombre en el aborto está determinada por una compleja red de factores, en el cual el más importante es el grado en el cual la experiencia es percibida consciente o inconsciente como una experiencia relacional, esto es perteneciente a uno de los miembros de la pareja, al hijo potencial, a la familia de origen y a la sociedad y valores sociales en los cuales el aborto ocurre.

Los hombres a veces son considerados en las investigaciones con respecto a la toma de decisiones; sin embargo no se ahonda en las consecuencias psicológicas que tiene el aborto para ellos, por los efectos biológicos del embarazo. Así mismo el hombre soltero se encuentra en desventaja ante la toma de decisiones si carece de un vínculo matrimonial, ya que la decisión verá afectado el futuro de la mujer. Si no hay un matrimonio legal el hombre queda excluido de la decisión, por tradición se asume que el hombre es un corrupto de inocentes y que la mujer necesita la protección legal. (Cooper, 1972).

La toma de decisiones en cuanto al aborto varía de estudio en estudio, el hombre se encuentra menos contemplado o inmiscuido en comunidades con fuertes sanciones legales y sociales hacia el aborto (Boyle, 1997).

Shostak y Mc Louth (1987) encontraron que la toma de decisiones del aborto en pareja se toma en un 80% participan los hombres casados; sin embargo entre los solteros sólo participan un 58%.

En un estudio realizado por Tolbert (1995) con respecto a la participación de los hombres en América Latina en torno a la toma de decisiones del aborto se encontró que el apoyo de estos es financiero y decisivo a través de su ausencia.

En México, Bello y Ocampo (1992) sugieren que el hombre queda excluido de la situación de aborto e incluso de manera legal; sin embargo socialmente el hombre está caracterizado por ser el mediador y portador de la cultura, la cual establece los límites.

Pocas parejas son las que alcanzan el ideal de paternidad compartida ya que a menudo los hombres no tienen una visión clara del papel que han de desempeñar en relación con el embarazo, el parto y el cuidado del niño.

CAPÍTULO IV

ASPECTOS DEL ABORTO

4.1 Aspecto Provida

En completa concordancia con los planteamientos de la Iglesia Católica se encuentran grupos ligados a ella, como Provida, formada en sus inicios por diferentes líderes sociales y de la jerarquía de la iglesia. El Comité Nacional Provida, A.C. en México es “una Asociación Civil, dedicada a promover el valor y la dignidad del ser humano y defender su vida desde el momento desde la concepción hasta la muerte natural. Nace en 1978 en respuesta a una iniciativa de ley en la que se contemplaba que el aborto fuera considerado un derecho de la mujer y que las instituciones de salud deberían prestar el servicio de forma gratuita... Ante la amenaza de la legalización del aborto, se unieron varias personas en agrupaciones para formar un frente común y luchar a favor de la vida”. (Comité Nacional Provida, 2008)

La estrategia central de la asociación Provida consiste en repetir que el aborto es un crimen y, por tanto, la interrupción del embarazo no puede estar sujeta a debate porque sería como legalizar el asesinato de una persona indefensa. Ese es el argumento central repetido por grupos Provida (GIRE, 2001). Al considerar “persona” a un embrión o un feto descalifican el aborto incluso por causas legales como la violación o el peligro de la muerte de la mujer. Se mantienen inamovibles en la creencia de que a partir del momento de la concepción el alma entra al cuerpo y el producto obtiene características fundamentales que definen a una persona.

Las acciones de Provida van encaminadas a evitar del todo que la mujer se practique un aborto. Para ellos han creado centros de atención a la mujer en estas condiciones, en donde le dan diversas opciones para que no logre el aborto, tales como darlo en adopción. Como parte de su campaña, el movimiento busca impartir cursos en contra del aborto, un ejemplo de ellos son las declaraciones de voceros de Provida y difundidas por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C., en el estudio de que en el 2001 impartieran dichos cursos en escuelas primarias de la capital de Sonora, Hermosillo. Su participación consistió en llevarles videos sobre abortos a las y los niños, además de llevar a una mujer embarazada, y aparatos de ultrasonido como parte de sus objetivos y su campaña (CIMAC, 2001).

Se pueden identificar otras organizaciones tipo Provida como lo es Human Life International, quién se reconoce a sí misma como organización provida, cuya misión es: “llevar el mensaje Provida a todos los países del mundo por medio de la educación, y el apoyo de algunos grupos Provida y el servicio”, además de defender la vida humana no nacida, proteger y defender el derecho a la vida de todo ser humano en todas las etapas de su desarrollo. De este modo “defiende vigorosamente los derechos del niño no nacido” por medio de apoyo a movimientos Provida en América Latina (Human Life International).

No obstante la postura oficial de la Iglesia Católica de negar a todas sus fieles el aborto, Provida (1981) reporta que 86 de cada 100 mujeres mexicanas que abortan se definen como católicas y es que al momento de tomar la decisión, poco importa para la mujer el hecho de quedar excomulgada. Al respecto, dentro de la misma iglesia, se han generado posturas diferentes que le brindan a la mujer la capacidad moral para decidir entorno del aborto.

Pagina Web de Provida México (<http://www.comiteprovida.org>)

4.2 Aspecto Ético

Referirse a las razones morales, significa analizar una acción desde la perspectiva de la ética práctica, la reflexión filosófica sobre la moralidad vigente. Estas razones fundamentales se determinan con base en los valores o intereses personales que se prefieran. La reflexión filosófica analiza la legitimidad de la decisión moral, enmarcada en un sistema de creencias y jerarquías axiológicas. El principio básico que subyace a la razón práctica es que la persona posee el derecho de determinación sobre sus decisiones morales, derecho que la constituye como persona.

Las razones morales que legitimen el aborto voluntario en los embarazos no deseados, pueden ser:

1. Por ser el embarazo producto de una violación.
2. Por fallas en el uso de anticonceptivos.
3. Por conocimiento verificado de malformaciones irreversibles del producto.
4. Por incapacidad moral y psicológica de la mujer por enfrentar un embarazo no deseado.

En todos los casos la razón fundamental es el punto 4. Por razón moral queremos indicar que se asume una incapacidad humana de enfrentar un evento por el cual no se está preparada moral y psicológicamente.

Moral, por que se es incapaz de conferir el valor que corresponde al producto del embarazo como ser humano, y psicológicamente, por la incapacidad de enfrentar el sufrimiento que permite un nacimiento no deseado.

Los seres humanos somos seres constitutivamente morales, es decir, libres y dignos. Libres por que poseemos la capacidad de elegir nuestra conducta con base en razones; para el caso que nos ocupa, aspecto moral de aborto. Dignos por que elegimos con base en valores que confieren sentido a nuestra existencia. Nuestra dignidad se construye con base en las decisiones morales valiosas.

Siguiendo con el análisis filosófico, es necesario considerar la expresión "Producto del embarazo". El producto de un embarazo humano es obviamente un ser humano, genéticamente, como puede ya comprobarse empíricamente. En este momento del análisis conviene formular la cuestión: ¿Es moralmente válido para una mujer eliminar a un ser humano en un embarazo no deseado, con base en su incapacidad moral y psicológica de enfrentar tal embarazo?

En el caso de contestar negativamente, se cree que tal decisión solo puede ser legitimada por la autoridad religiosa o civil de su comunidad. Si se acepta esta última razón, no se considera que una mujer sea una persona con la capacidad y el derecho de tomar decisiones morales sobre su cuerpo y el producto de este, todo lo que le confiere su posición de ser humano moral, libre y digno, es decir, de ser persona que elige su existencia con base en sus valores y creencias y que está dispuesta a aceptar la responsabilidad de tales decisiones (Vidal, 1991).

4.3 Aspecto Psicológicos

Respecto al daño psíquico no hay una sola respuesta única. Hay mujeres que abortan y quedan con traumas psíquicos y también aquellas en que no se presenta el menor sentimiento de culpa o un daño psíquico posterior lo que explica la reincidencia. Una mujer que aborta presionada por circunstancias personales o sociales resiente haberlo hecho; en cambio, si su decisión es firme y tiene claridad de haber elegido el menor de los males, no hay tales sentimientos. La decisión bien tomada trae consigo una sensación de alivio y liberación (GIRE, 1999).

Apenas se sabe sobre las consecuencias psicológicas en el aborto; hasta el momento los resultados que se han obtenido son de carácter teórico y las conclusiones muy a menudo son contradictorias.

Las consecuencias psicológicas dependen del punto de vista del investigador y de la población analizada; de la paciente que solicita la interrupción del embarazo, por no desearlo o por indicación médica, las actitudes de la sociedad y otros.

Algunos psiquiatras estiman que todo aborto supone una experiencia difícil con grandes riesgos para la salud mental, mientras que otros mantienen que la mayor parte de las mujeres que han sufrido abortos siguen viviendo una vida casi normal y que la reacción psicológica negativa ante el aborto puede ser menos grave que la reacción ante un hijo no deseado.

Las reacciones más frecuentes son la depresión y la ansiedad; las depresiones pueden variar de grado leve hasta necesitar tratamiento especializado, su duración también varía de unos cuantos días hasta tener repercusiones para toda la vida dependiendo de la personalidad previa de la paciente, su nivel educativo y otros.

En 1987 el presidente norteamericano Ronald Reagan pidió a su Secretaría de Salud, el Dr. Everett Koop, que buscara evidencias de que el aborto tiene consecuencias psicológicas negativas. Estando ambos funcionarios contra la legalización del aborto, suponían que ese sería un argumento decisivo. Después de dos años de investigación, Koop concluyó que no había evidencia científica que probara dichas consecuencias que los 250 estudios realizados eran metodológicamente inconsistentes (GIRE, 1999).

Adviértase, no obstante que el estudio que se hizo 14 años después de que se legalizara el aborto en Estados Unidos (1973) un país donde desde la legalización hay información y servicios médicos de buena calidad para los abortos en los lugares donde el aborto es ilegal como México (acepción del Distrito Federal), las mujeres actúan en la sombra de un acto clandestino y por tanto, hay mayores probabilidades de que experimenten traumatismos psíquicos (GIRE, 1999).

Respecto al daño psíquico que puede afrontar la mujer que aborta, no hay respuesta única (GIRE, 1999). La American Psychiatric Association of Dallas (1975; citada en Alvares, 1980), reportó que el 92% de las mujeres que abortaron, se reconoció mejor salud emocional postaborto. Por otra parte Faundes (1988) menciona que “desde el punto de vista emocional la mujer que se induce un aborto está siempre enfrentando un conflicto, de origen económico, psicológico o social, que la coloca en una situación de desesperación por no haber visto otro camino que no sea el aborto, siempre doloroso para ella”. En este caso, no se analizaron otras opciones al aborto.

Dichas aseveraciones pudieran en primer instancia contradictorias, sin embargo nos ayudan a comprender que existen consecuencias psicológicas tanto favorables como desfavorables en la mujer que aborta, que dichas consecuencias dependen de si el aborto fue inducido o espontáneo, y aun en el caso de ser inducido, si la decisión fue firme fundamentada en el ejercicio consiente de la responsabilidad personal, en cuyo caso “la mujer no experimente daño psicológico” (CIMAC 2001).

A continuación, las consecuencias psicológicas derivadas de un aborto presentadas generalmente en el inducido:

- Dudas y culpa: al enfrentarse con valores sociales, culturales y religiosos, suyos y los de su entorno (Loli 1997), derivados de quebrantamientos de reglas y temor a sanciones legales (Viel, 1972)
- Desesperación dolor (Faundes, 1998), por no haber encontrado otro camino o analizado otras opciones más que el aborto.
- Depresiones severas, sentimientos negativos, tristeza y sentimiento de pérdida, rechazo hacia las relaciones sexuales (CIMAC 2001)

- Debilitamiento del yo, melancolía profunda, sensación de duelo anormal, duelo patológico, sufrimiento permanente (González, 1989)
- Alivio y liberación si bien, es cierto que hay mujeres que abortan que llegan a presentar traumas psíquicos, existen muchas otras que no solo experimentan el menor sentimiento de culpa, ni presentan daños psíquicos, posteriores, sino que incluso pueden madurar como personas a raíz de la decisión, por dolorosa que haya sido. Así, las consecuencias psicológicas del aborto dependen ante todo de la libertad y responsabilidad con las que las mujeres elaboren sus juicios y tomen su decisión, (GIRE, 1999).

4.4 Aspecto Económico

Los abortos seguros, inducidos en instalaciones adecuadas, cuestan menos que un parto normal, mientras que la atención de una mujer con complicaciones debidas a un aborto inseguro puede significar una gravosa carga económica sobre el sistema de salud. Las complicaciones por aborto inseguros consumen una gran proporción de los recursos del sistema sanitario: camas de hospital, tiempo de uso de los quirófanos, equipamiento médico, antibióticos, fluidos intravenosos, sangre y productos sanguíneos, elementos desechables y recursos humanos especializados (Viel, 1982).

A principios de la década de 1960, los médicos pertenecientes a los servicios de salud pública y obstétrica de Chile, uno de los primeros países donde este problema se estudio seriamente y se implementaron soluciones parciales, documentaron el impacto del aborto en el sistema de salud.

En 1963, alrededor del veinte por ciento de las camas de obstetricia eran ocupadas por mujeres con complicaciones debidas al aborto, que representan el ocho por ciento de todos los pacientes dados de alta de los hospitales chilenos. Una o dos décadas después, casi el treinta por ciento de las camas de hospitales asignadas a la atención obstétrica y ginecológica en América Latina eran ocupadas por mujeres con las mismas complicaciones (Viel, 1982).

Por otra parte, la cantidad de pacientes con complicaciones debidas al aborto, calculada como porcentaje del número total de pacientes dados de alta de los hospitales, es un mal indicador del verdadero efecto del aborto sobre los recuerdos del sector salud. Esto se debe a que cada aborto complicado consume más tiempo del personal, exige una interacción más prolongada y utilizada más recursos quirúrgicos, médicos y de laboratorio que los dedicados a cualquier otra paciente obstétrica o el cliente promedio de los hospitales.

Como ejemplo, el costo de la atención por complicaciones debidas a un aborto ilegal y clandestino en Maputo, Mozambique, era en 1993 nueve veces más alto que el correspondiente a la atención hospitalaria de una interrupción segura del embarazo y cinco veces mayor que el costo de un parto.

Las complicaciones surgidas a causa de intervenciones clandestinas centuplicaban el uso de antibióticos y multiplicaban por 16 las transfusiones sanguíneas, mientras que la interacción era 15 veces más prolongadas que la correspondiente a las mujeres que interrumpían su embarazo de forma segura en el mismo hospital (Bugalho, 1995).

Al parecer, en algunos países latinoamericanos la situación ha mejorado durante los últimos veinte años, en paralelo con un mayor acceso a los métodos anticonceptivos, pero aún sigue siendo un serio problema. En nuestros días el África subsahariana parece remedar la situación latinoamericana de las décadas de 1960 y 1970.

El aborto desde el punto de vista del profesor Steven D. Levitt que enseña economía en la Universidad de Chicago.

Recientemente ha recibido el premio John Bates Clark, concedido cada dos años al mejor economista estadounidense menor de cuarenta años. Propone que la delincuencia reportada en Estados Unidos, a principios de los noventa. Aquejaba a todas las grandes ciudades norteamericanas, con una fuerza nunca antes vista, y que los criminólogos, politólogos y doctos analistas plantearon un incremento del 15 al 50% de aumento de la criminalidad en la próxima década. Pero estas predicciones no se concretaron por el surgimiento de un fenómeno social “despenalización del aborto”.

El cual sucedió debido a una joven estadounidense llamada Norma McCorvey de Dallas Texas, la cual a los 21 años era pobre, sin educación, alcohólica, consumidora de drogas y que había entregado a dos hijos en adopción., en 1970 se encontraba embarazada, por lo que pidió al fiscal del condado que le permitieran realizarse un aborto; al no exceder el Condado de Dallas, Ella los demandó, y se unieron más personas a ellas, algunas en su misma situación y también personas poderosas, las cuales la propusieron como la litigante principal en una demanda colectiva. El 2 de enero de 1973 gano la demanda, permitiendo el aborto en todo el país. Por lo que concluye Steven D. Levitt, que la oleada de incremento en la delincuencia de Estados Unidos, fue frenada y con el tiempo mermada, por que se rompió el ciclo de hijos no deseados, los cuales según el crecían con maltratos, deficiencias de todo tipo, por lo que de grandes repetiría el ciclo y se convertirían en la delincuencia del país. (Steven D. Levitt, 2006)

4.5 Aspecto Religión

En la antigüedad, Hipócrates hizo la distinción entre feto animado y feto in animado. En 1312 el concilio de Viena adopto la doctrina Hilomorfica de Santo Tomas de Aquino, de acuerdo con la cual no hay un ser humano en el vientre materno durante las primeras etapas de la preñes, pues el alma es infundida en el cuerpo solo cuando el feto comienza a tomar forma humana (de la Barrera Solórzano, 1991).

“Aunque Santo Tomás no sabía nada de cromosomas, genes, DNA, o el código de la vida, sabía que lo que fuera que crecía en el útero de la madre no era todavía, en las primeras etapas de la preñez, un cuerpo humano real. Por lo tal sostenía que no podía ser animado por un alma humana, como un bloque cuadrado de mármol no puede tener forma humana. Los pensadores medievales sabían bien que este organismo en desarrollo se convertía en un cuerpo humano virtual. Pero no admitían que un alma humana actual pudiera existir en un cuerpo humano virtual.

La iglesia católica, que había adoptado oficialmente la constitución hilemórfica de la naturaleza humana en el Concilio de Viena de 1312, esta tan convencida de esta posición que, por siglos, su ley prohibió a los fieles bautizar cualquier nacimiento prematuro que no mostrara por lo menos cierta forma o rasgos humanos” (Doncel Joseph, 1980).

No fue sino hasta el año 1813, en el Código de Baviera cuando se plantea la preocupación por la salud o la vida de la madre. Observándose como la legislación se va uniformando en todos los países para culminar en los modelos clásicos del siglo XVIII y principios del siglo XIX.

La definición de aborto Provocado para la iglesia católica mexicana es: “La voluntaria expulsión del feto humano desde el seno materno en el periodo en el que le es imposible vivir por si mismo fuera de aquel lugar”. Plantea que el feto es un ser humano, dotado desde la concepción de la vida propia y distinta de la madre, en cuyas entrañas tiene el medio vital indispensable para subsistir, mientras no alcancen el desarrollo pleno requerido para vivir fuera del vientre materno (Reyes del Toro, 1978)

Para argumentar esta posición, Hernández (1991), refiere que la iglesia católica se basa en preceptos de la biblia. Dentro del cual uno de los principales argumentos es que establece al feto como un ser “animado” es decir con un alma que viene a poseer desde el momento de la fecundación.

En una entrevista realizada al obispo auxiliar del arzobispo de México, monseñor Francisco Orozco y Lomelin, con respecto a la práctica del aborto, plantea que: para el Estado es un delito social que se debe reprimir, para la Iglesia Católica es un pecado que se debe condenar, las penas corporales están en manos de las autoridades tratándose de cosas intencionales, las penas del espíritu están en manos de la iglesia. Insistir en la legalización del aborto sería producto de una decadencia moral y de una civilización atrasada, puesto que no es un avance en el progreso si no un retraso en las ideas o costumbre (Díaz Flores, 1998).

Otro aspecto importante de la oposición de la iglesia a la práctica del aborto provocado, es considerar este acto como un homicidio, así como plantear que es la prueba de un pecado sexual, la Iglesia Católica enseña que cualquier acto cuyo intento sea separar la unión sexual de la procreación es pecado por tanto la unión sexual es pecaminosa si no lleva como fin la procreación. La postura de la iglesia sobre la sexualidad es una de las razones más poderosas para su condena hacia el aborto (Díaz Flores, 1998).

Esta idea se ve planteada en conferencias del Episcopado Mexicano de la Iglesia Católica, donde se efectuó una declaración sobre el respecto de la vida humana, en la que se desaprueba y condena el uso de métodos anticonceptivos, la práctica del aborto provocado, la eutanasia, el suicidio y el homicidio; señalando que el feto es un ser humano desde que es concebido (Díaz Flores 1998).

A pesar de lo que la iglesia católica reprueba la práctica del aborto se interesa en conocer las causas o situaciones que conllevan a esta acción a este respecto, se señalan que las razones con las que se pretende justificar el aborto se encuentran: las condiciones de vida que afectan gravemente la salud, el bienestar psíquico, el desarrollo pleno de la familia, la incultura, la incomodidad de tener otro hijo o el temor de que el padre abandone a una familia que resulta demasiado gravosa, la salud de la madre al grado de que la gestación de un nuevo hijo venga con problemas de anormalidad o retraso en sus facultades mentales. El temor sobre todo en ciertos círculos sociales al deshonor y la vergüenza que provocaría un hijo fuera del matrimonio.

Ninguna de estas causas plantea la iglesia, justificaría la decisión equivocada de destruir a una criatura indefensa que inocentemente reclama su derecho a vivir (Díaz Flores, 1998).

Sin embargo, no solo existe la postura de la iglesia católica, existen otras posiciones que tienen que ver con motivos estrictamente religiosos y teológicos, o con la sensibilidad social de las iglesias.

La mayoría de las iglesias reconoce el derecho de la mujer a abortar si las circunstancias de su embarazo lo justifican. El caso de varias iglesias protestantes, judaicas no ortodoxas y algunas iglesia orientales (GIRE 1999).

Para ciertas corrientes protestantes es más importante asistir a la mujer y a la familia que pasan por el trance de un aborto, que condenar sin más esta práctica, en su concepto debe anteponerse la misericordia cristiana a la condena moral.

En la actualidad, una corriente de opinión dentro de la iglesia católica (El Grupo Europeo Somos Iglesia y el americano Católicas por el Derecho a Decidir) sostiene que hay principios teológicos (“Probabilismo”, “Primacía de la Conciencia”) que permiten a la mujer católica que enfrenta un embarazo que no desea, decidir en buena conciencia si aborta o no.

4.6 Aspecto Medico

La importancia de analizar desde el punto de vista médico es porque permite observar el problema desde un marco teórico–científico, y de esta manera identificarlo como un problema de salud que involucra complicaciones fisiológicas en la mujer, como es el quedar estéril e incluso perder la vida, cuando es realizado clandestinamente.

En medicina el aborto se ha definido como: la expulsión o extracción de toda (completa) o una parte (incompleta) de la placenta o de las membranas, sin un feto identificable o, con feto vivo o muerto que pese menos de 500 gramos.

O tenga menos de 20 semanas completas, contadas a partir del primer día de la última menstruación (Carrizo y Cols., 1982).

Se afirma con el concepto expuesto la seguridad de que el producto no es viable al colocarlo fuera del ambiente intrauterino y sin posibilidad de sobrevivir en el medio exterior.

Establecer la epidemiología de un problema complejo, contar con numerosos tabúes como el aborto es una tarea difícil no solo en México sino en el mundo entero. Ya que los datos que se portan en las investigaciones realizadas se basan generalmente en la declaración voluntaria de la mujer que en muchas ocasiones no es totalmente confiable debido al temor de una sanción legal, lo cual altera la seriedad de la entrevista y las cifras; si se realiza clandestinamente y en forma ilegal.

Las complicaciones que se pudieran tener son asociadas directamente al aborto y a otras propias de padecimientos preexistentes.

Complicaciones como infección pélvica, hemorragia o pérdida de sangre. Entre las preexistentes la más importante es la esterilidad futura de la paciente, y además de un elevado riesgo por ser prematuras, aborto espontáneo, muerte fetal, anomalías placentarias y hemorragias antes o posparto; la mortalidad materna que se presenta en caso de histerectomía y cuando es practicada por personal empírico.

Las complicaciones del aborto provocado son diversas, por lo que deben distinguirse entre las directamente asociadas a este y aquellas propias de padecimientos preexistentes.

Entre las relacionadas con el aborto están: las condiciones en que se practique, el tipo de procedimiento empleado, la habilidad de las personas que lo practica, la fase de gestación, la edad, la salud y otras (OMS, 1978). De acuerdo a lo mencionado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de México, las muestras por complicaciones del embarazo y parto como son las toxemias y las hemorragias se encuentran relacionadas con el aborto.

Un punto fundamental es que el sistema nervioso central se forma después de la semana 30 de gestación, antes de esto no puede sentir dolor el producto. (Langman, T. W. Sader, 2000)

En la discusión de los valores éticos relacionados con el aborto, es pertinente referirse a las concepciones éticas oficiales de los especialistas médico que se ocupan profesionalmente de estas cuestiones. Ginecólogos y Obstetras están organizados, tanto en el plano regional como nacional, en asociaciones científicas afiliadas a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Uno de los organismos permanentes de esta federación, es el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres.

Este comité analizó el complejo dilema moral del aborto inducido durante tres de sus sesiones (Mayo de 1997 y Marzo y Septiembre de 1998).

Las pautas acordadas por el comité exhortan a hacer mayores esfuerzos para impedir los embarazos imprevistos, reconociendo el derecho de las mujeres a decidir si quieren reproducirse o no. Afirman además:

“Siempre que el procedimiento del consentimiento informado se haya llevado a la práctica de manera adecuada, el derecho de la mujer a la autonomía, combinado con la necesidad de prevenir los abortos inseguros, justifica la a probación de un aborto seguro”. En suma, el comité recomienda “luego de un asesoramiento apropiado, la mujer tiene el derecho a acceso a una aborto inducido, médico o quirúrgico, y que los centros de atención medica están obligados a prestar ese servicio de la manera más segura posible”. (FIGO, 1999)

Estos lineamientos fueron publicados por la FIGO con la advertencia, válida para todos los acuerdos del comité, de que “no pretenden reflejar una posición oficial de la FIGO, sino proporcionar material para su consideración y el debate acerca de estos debates éticos de nuestra disciplina por parte de las organizaciones afiliadas y de los miembros de CAD una de ellas”. (FIGO, 1999). No obstante, la Asamblea General de la Federación los adoptó por unanimidad como política oficial de la organización en el Congreso Mundial celebrado en septiembre del 2000. La adopción de lineamientos éticos como política institucional de la FIGO no había ocurrido desde la creación del comité en 1985. Esto es una demostración del compromiso de la profesión en todo el mundo para disminuir el sufrimiento de las mujeres como consecuencia del aborto. Una evaluación ulterior mostro que, en general, que estos criterios éticos tuvieron una buena aceptación en diferentes países, e incluso entere colegas de naciones con leyes restrictivas en materia de aborto (Langman, T. W. Sader, 2000).

4.6.1 Juramento Hipocrático

A continuación se presenta el juramento Hipocrático, en el que los médicos juran cumplirlo, pero en el párrafo tres, menciona al aborto, por lo que es interesante colocar este juramento, en especial lo que se encuentra subrayado.

Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo.

Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi arte en la inocencia y en la pureza.

No cortaré a nadie ni siquiera a los calculosos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica.

A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.

Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser públicos, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro. (Hipócrates de Cos, 460 a. C.)

Después de leer este escrito, se deduce que los médicos no pueden practicar el aborto inducido, de lo contrario violarían este juramento.

4.7 Aspecto Social

Haciendo un análisis sociológico centrado en los valores, podemos notar que el contenido, la cadena medio fin, los términos de referencia, la intensidad, el campo de aplicación y el grado de adhesión, determinaron las percepciones que guiaron a cada uno de los bandos y le da sentido a esa crispación social generada por la falta de entendimiento entre las partes; a subes este factor explica porque la controversia no tuvo consecuencias irreparables posteriores.

Los argumentos de las partes los podemos agrupar en dos aspectos elementales: los principios para aprobar o rechazar la reforma a la ley, y las implicaciones en términos valorativos en aspectos políticos y sociales que conllevaría su aprobación.

Este desencuentro se genera, como afirma Weber 1998, porque los valores fundamentales no se negocian, si no que se defienden de forma ineludible frente a valores alternativos; en este sentido en que se percibieron las reformas a la ley esclarecen lo esencial del conflicto.

Así, para los grupos próvida el aborto constituye un crimen atroz, doblemente censurable porque es llevado a cabo con el respaldo y el auxilio del poder público. La legalización del aborto constituye, según sus opositores, un atentado en contra de las mismas bases de la convivencia social al perpetrar un asesinato contra los seres más indefensos.

Mientras que para los grupos pro-elección, la interrupción voluntaria del embarazo, es una reivindicación de las mujeres por obtener el derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida; además, para los promotores de la reforma, las modificaciones al código constituyen una solución moderada a un problema de salud pública en el que la pobreza y la clandestinidad castigan en mayor medida a las mujeres que deciden no acatar las disposiciones vigentes. Entre los detractores más recalcitrantes a las reformas se encuentra Jorge Serrano Limon, dirigente del Grupo Pro Vida. Entorno a su participación podemos destacar los mecanismos estratégicos que los contendientes utilizaron para articular su discurso y para activar la movilización a favor de su causa.

En este sentido, es importante señalar el modo como los representantes de cada posición buscaron convencer a los receptores de su discurso (fueran estos seguidores, opositores o público mediáticos).

El aspecto central en el que se sostuvo el tipo de razonamiento que según los grupos Provida, les confiere autoridad para defender su postura y señalar cuáles serían los cursos de acción en caso de que sus puntos de vista no fueran respetados, fueron argumentos médicos que indican que bioquímicamente la vida se genera instantáneamente en el momento de la fecundación y que por tanto eso es ya un ser humano (teoría que resulta paradójica para quién concibe al humano como manifestaciones de la divinidad sin necesidad de pruebas científicas).

En cambio para los partidarios de la modificación a la ley, el problema se planteo en términos de salud reproductiva; consideraron ante todo la incidencia del fenómeno (el número de muertes por abortos mal practicados) y complementaron su propuesta a partir de la política social al responsabilizar al gobierno para proporcionar ese servicio médico.

Por ello el discurso antiabortista instituye las obligaciones del Estado en relación con esta problemática: prohibir expresamente la práctica de la interrupción del embarazo (algunas posiciones extremas expresan inclusive en casos de violación o riesgo para la madre), pero facilitar y apoyar la beneficencia privada a través de la adopción y la ayuda económica, además de fomentar una educación de corte moral menos permisiva.

Los métodos utilizados por los abortistas para evitar que las reformas fueran aprobadas, fueron desde las represalias morales (la excomunión), pasando por castigos electorales hasta las amenazas de los que supuestamente desean defenderla.

La lógica de su posición radicó en el principio de que quién consciente deliberadamente practica un aborto, acepta que se lo practiquen o por esta una colaboración indispensable a su relación, incurre en una culpa moral y en una pena canónica, es decir, cometen un pecado y delito.

Jorge Serrano, dirigente de la organización Provida, advirtió que de aprobarse la iniciativa abría un movimiento de resistencia civil, de desconocimiento a su contenido y una rebelión contra su aplicación.

Según Serrano emprendería una lucha ardua por la defensa de la vida humana en todos los ámbitos, en el jurídico y en el social, el tiempo calificó al proyecto de criminal. Portando grandes carteles y con altavoces, los opositores de la iniciativa protagonizaron agresiones verbales, bajo el lema “Si a la vida No al aborto”. En el mismo sentido, el presidente del Consejo Pontificio de la Pastoral de Salud denunció que en la ciudad de México se quiere “legalizar el asesinato”, por que se pretende normar la posibilidad de interrumpir los embarazos.

Los grupo Pro Vida contrarios a su carácter conservador, confiaron en la movilización popular para conformar una “Mayoría moral” frente a la mayoría parlamentaria; las movilización anti aborto, incluyeron tácticas muy persuasivas para el conjunto de la población, como las jornadas de oración.

Serrano Limón externo: “no reconocemos esta ley e iremos hasta las clínicas y hospitales donde se practiquen abortos para denunciarlos y tratar de que se frene”. (Congreso Nacional de Barcelona, 2007).

El PRD el Gobierno del DF y Organizaciones de Mujeres consideró la despenalización como un triunfo de los derechos de la población femenina. El respaldo de Organizaciones de Mujeres que apoyaron la iniciativa para despenalizar la interrupción del embarazo, coexiste con una mayoritaria profesión de fe Católica, como en la caso de la Asociación de Católicas por el Derecho a Decidir; la directora de esta agrupación María Consuela Mejía, fue blanco de las amenazas de los extremistas antiabortistas que en un correo electrónico le expresaron que las mujeres que están a favor del aborto esgrimen una perorata estúpida, al indicar que un hijo no deseado afecta el proyecto de vida de la madre “porque mejor no las matan a ellas para que no influyan en el proyecto de vida de sus hijos”. También legisladores capitalinos del PRD denunciaron haber recibido amenazas de muerte anónimas a través del teléfono y del correo electrónico en las semanas previas a la votación de la ley.

4.8 Aspecto Legal

En muchos países de Latinoamérica incluyendo México, interrumpir el embarazo está penalizado. Sin embargo, en México hay siete causas por las cuales NO SE CASTIGA:

En todo el país el aborto es legal

Cuando el embarazo es producto de una violación y ésta haya sido denunciada ante el ministerio público, quien a su vez ordena o permite la práctica de la interrupción legal del embarazo (ILE).

Las otras 6 causas dependen de la ley estatal y es necesario revisar las que proceden como causales no punibles por cada estado. Estas pueden ser:

1. Cuando está en riesgo la salud de la mujer. Se decide en el ámbito médico por especialistas.

2. Cuando hay malformaciones endropáticas. Se decide en el ámbito médico por especialistas.
3. Cuando pelagra la vida de la mujer. Se decide en el ámbito médico por especialistas.
4. Cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida. Sólo es permitido por un juez o el ministerio público.
5. Cuando es imprudencial. Es decir, cuando el aborto se generó a partir de un accidente.

Y sólo en el estado de Yucatán:

6. Cuando la mujer manifiesta no tener dinero para mantener un hijo más y ya tiene 3 hijos.

Es indispensable que las mujeres reconozcan que tienen el derecho a decidir sobre su vida sexual y reproductiva, que conozcan sus leyes y que conozcan también cuál es el procedimiento para poder ejercerlo en el caso de cualquiera de estas causales.

El artículo 4° Constitucional menciona:

“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada acerca del número y espaciamento de sus hijos”.

El 24 de abril de 2007, es una fecha trascendental para miles de mujeres del Distrito Federal, ya que la despenalización de la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas de gestación se aprobó, siendo un acontecimiento histórico en la lucha y defensa de los Derechos Humanos de las Mujeres.

La aprobación de estas reformas constitucionales colocó a la Ciudad de México a la vanguardia a nivel Latinoamérica con respecto a la defensa y promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, que son vitales para una sociedad libre, democrática y equitativa.

Si te interesa conocer los lineamientos generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, consulta (Gaceta del Distrito Federal número 75)

4.8.1 Marco legal del aborto

El Código Penal para el Distrito Federal (CPDF) 2007 establece que realizar una ILE o practicarse un aborto no es delito cuándo:

- El embarazo es producto de una violación.
- El embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida.

- El embarazo implica un grave riesgo para la salud de la mujer.
- El producto tiene malformaciones genéticas o congénitas graves.
- Es resultado de una acción involuntaria o accidental de la mujer.

La ley ampara tanto a la mujer como al profesional que practique la interrupción del embarazo.

Las instituciones públicas de salud del Gobierno del Distrito Federal:

Practicarán la interrupción del embarazo, en los supuestos permitidos en el CPDF, cuando la mujer interesada así lo solicite.

Realizaran el procedimiento de ILE de manera gratuita y en condiciones de calidad.

Realizaran la ILE en un término de cinco días, a partir de que se cumplan requisitos establecidos en la ley. (Del artículo 16 Bis 6 de la Ley de Salud para el Distrito Federal LSDF).

- Documentos de la Secretaria de Salud del Distrito Federal que regulan los servicios y procedimientos para realizar una interrupción legal del embarazo:

La Secretaria de Salud del Distrito Federal (SSDF) ha emitido dos documentos destinados a las autoridades y profesionales de la medicina, adscritos a unidades médicas del sector salud público y privado, involucrados en la realización de la interrupción legal del embarazo (ILE):

Circular GDF-SSDF/02/02. Lineamientos generales de organización operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal.

Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades medicas. (OMS. "Aborto sin riesgos", 2003).

4.8.2 Requisitos para realizarse el ILE en el DF

- El servicio será gratuito para las mujeres residentes del Distrito Federal siempre y cuando cumplan con los requisitos para entrar en el programa de gratuidad. Las mujeres que no sean residentes del Distrito Federal o sean pagarán una cuota de recuperación (dicha cuota se determinará por medio de un estudio socio económico).
- Tener menos de 12 semanas de embarazo.

- El hospital realizar á un ultrasonido a la solicitante para determinar el número de semanas de gestación.
- Sólo se aceptarán ultrasonidos que puedan ser avalados por la Secretaría se realizará la interrupción legal del embarazo Solicitar pruebas de laboratorio, (Grupo y RH, Biometría hepática completa, Glucemia y pruebas de coagulación).
- Una identificación oficial (credencial del Instituto Federal Electoral).
- Comprobante de domicilio (recibo de luz, teléfono, predial, agua).
- Dirigirse primeramente al área de Trabajo Social.
- Firmar el documento donde conste que están informadas y que autorizan el procedimiento.
- Deberán acudir acompañadas de una persona mayor de edad con identificación oficial del Instituto Federal Electoral, (IFE).
- En caso de que la solicitante sea menor de edad, se requiere de la autorización de su tutor o representante legal.
- El procedimiento tardará dependiendo de la capacidad de atención del hospital y de las semanas de gestación de la usuaria. (Todos los casos serán atendidos).

4.8.3 Procedimientos que se deben seguir conforme la ley

Si decides interrumpir tu embarazo en el DF, tienes 12 semanas para hacerlo. Con las reformas aprobadas, la interrupción del embarazo es un servicio médico al que tienes derecho.

El servicio será gratuito par a las mujeres residentes del Distrito Federal siempre y cuando cumplan con los requisitos para entrar en el programa de gratuidad.

Las mujeres que no entren al programa de gratuidad, las que no sean residentes del Distrito Federal o las que sean extranjeras pagarán una cuota de recuperación (dicha cuota se determinará por medio del estudio socioeconómico que se realiza en el hospital).

Deberás seguir lo siguientes pasos:

1. Acude a solicitar el servicio al Módulo de Atención Ciudadana de alguno de los 12 hospitales que se señalaron anteriormente, con la siguiente documentación:

2. Copia de tu identificación oficial (credencial del IFE).

3. Comprobante de domicilio (recibo de luz, teléfono, predial, agua) en original y copia. Las copias se quedarán en el hospital y serán enviadas a tu expediente clínico.

4. Si los tienes, estudios o análisis que te hayas realizado y que demuestren el tiempo de embarazo que tienes. Estos estudios pueden ser expedidos por cualquier institución de salud pública social; Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores (ISSSTE) o privada. En caso de que no los tengas, el hospital al que acudas deberá realizártelos.

5. Si eres menor de edad, deberás ir acompañada de tu padre, madre, tutor o representante legal, quienes también deberán llevar una identificación oficial (IFE).

6. La admisión se realizará por consulta externa; por lo tanto, deberás acudir al módulo de atención ciudadana o al área de admisión y serás canalizada al área de Trabajo Social.

7. Deberás llenar un formato que te entregarán en el hospital, en el cual solicitarás el servicio.

8. El personal del hospital deberá informarte sobre las opciones que tienes y sobre los procedimientos que serán utilizados (consejería). Esta información no deberá tener por objeto influir o retrasar tu decisión. Es muy importante que preguntes todas tus dudas.

9. Después de recibir toda la información, deberás firmar el formato donde conste que estás informada y que autorizas el procedimiento. Este documento es la "Hoja de consentimiento informado". Para cualquier intervención médica, el consentimiento informado está regulado por la Ley General de Salud (LGS) que, en su Artículo 77 Bis, establece que el derecho de los beneficiarios del sistema de protección social de la salud a: recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de la salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, y a otorgar o no su consentimiento válidamente informado.

El consentimiento informado es esencial en el procedimiento de ILE, pues garantiza que la mujer ha tomado libremente su decisión. Para ello, deberá recibir como ya se menciono anteriormente información sobre los aspectos que enuncian a continuación, sin que dicha información tenga, en ningún caso, la intención de que la mujer cambie su decisión.

Que procedimientos de ILE podrían utilizarse en su caso, en atención a la edad gestacional y condición de la mujer.

En qué consisten dichos procedimientos.

Los posibles riesgos que el procedimiento elegido puede tener, la probabilidad de que estos ocurran y las medidas que se tomaran en esos casos.

Luego de la realización de la ILE, que señales físicas son normales y cuales son signos de alarma que exigen ir al hospital de inmediato.

Las medidas profilácticas que deberá seguir después del procedimiento.

10. Después de haber firmado la "Hoja de consentimiento informado" la interrupción deberá ser programada para que la realice un gineco-obstetra o médico cirujano, en un plazo no mayor a cinco días, tal como lo establece la ley.

11. Por tu bienestar, es importante que el día que te realicen el procedimiento, acudas acompañada por alguna persona mayor de edad (con credencial del IFE) a la que deberás señalar como la única a la que podrán proporcionarle información sobre tu recuperación.

12. Una vez realizado el procedimiento, el personal de salud deberá darte información sobre las opciones anticonceptivas y ayudarte a decidir cuál es el mejor método para ti. Esta información es muy importante pues es parte integral de la atención a tu salud reproductiva.

13. Es importante que sepas que todas las personas que intervienen en la atención de la interrupción legal del embarazo deben tratarte con respeto y dignidad y en todo momento están obligados a proteger tu confidencialidad.

4.8.4 Consejería por parte del personal de salud

La consejería es un componente integral del servicio de interrupción legal del embarazo, en la cual las trabajadoras sociales, enfermeras, médicos y psicólogos cumplen una función estratégica.

El objetivo de la consejería es crear un espacio seguro para la comunicación entre el (la) consejera y la usuaria, que le permita a ella tomar decisiones sobre la interrupción de embarazo a partir de información veraz, objetiva e imparcial. Es importante hacer notar que la consejería que la usuaria pueda tomar decisiones libres e informadas de acuerdo a sus convicciones y situación.

- **Técnicas generales de consejería**

Para establecer una comunicación abierta y efectiva, es importante mantener una actitud empática y libre de prejuicios. La tarea de consejería es facilitar la toma de decisión. Para lograr este objetivo, existen diferentes técnicas:

Hacer preguntas de formato abierto. Esto permite obtener más información que el formato de Si-No.

Motivar a la mujer a hacer preguntas. El tipo de preguntas que la mujer haga le darán a usted una idea sobre el nivel de comprensión que ella tiene sobre el procedimiento.

Validar emociones de la mujer, con sus respuestas usted le transmite que sus sentimientos son una reacción normal y esperada. Esta técnica permite a las mujeres explorar sus sentimientos con más detalle.

Escuchar activamente, que involucra la comunicación no verbal, es decir, una actitud y comportamiento corporal empático.

La consejería necesita explicar los tres métodos de forma clara para que la usuaria pueda tomar una decisión informada, (se mencionan más adelante).

Las mujeres que se someten a una ILE con medicamentos deben comprender el proceso, los efectos secundarios de los medicamentos y los posibles signos de alarma.

4.8.5 Gaceta Oficial del DF # 70 (Decreto): A continuación se cita la gaceta oficial del FD número 70; en la cual se describe el decreto que reforma el código penal del DF, en el artículo 144, que permite el aborto.

GACETA OFICIAL DEL

DISTRITO FEDERAL

Órgano del Gobierno del Distrito Federal

DÉCIMA SÉPTIMA ÉPOCA 26 DE ABRIL DE 2007

No. 70

Í N D I C E

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

JEFATURA DE GOBIERNO

DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SE ADICIONA LA LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL 2

DECRETO POR EL QUE SE EXPROPIAN A FAVOR DEL DISTRITO FEDERAL 44 LOTES PARA LA REGULARIZACIÓN DE LA TENENCIA DE LA TIERRA QUE SE LOCALIZAN EN LOS BARRIOS LA MAGDALENA PUEBLO SAN FRANCISCO CULHUACÁN, SAN FRANCISCO PUEBLO SAN FRANCISCO CULHUACÁN Y SANTA ANA PUEBLO SAN FRANCISCO CULHUACÁN, DELEGACIÓN COYOACÁN, CON SUPERFICIE TOTAL DE 10,964.54 METROS CUADRADOS (SEGUNDA PUBLICACIÓN) 4

DECRETO POR EL QUE SE EXPROPIAN A FAVOR DEL DISTRITO FEDERAL 15 LOTES PARA LA REGULARIZACIÓN DE LA TENENCIA DE LA TIERRA QUE SE LOCALIZAN EN LAS COLONIAS HUICHAPAN, TIERRA NUEVA Y POTRERO SAN BERNARDINO, DELEGACIÓN XOCHIMILCO, CON SUPERFICIE TOTAL DE 2,771.53 METROS CUADRADOS (SEGUNDA PUBLICACIÓN) 8

DECRETO POR EL QUE SE EXPROPIAN A FAVOR DEL DISTRITO FEDERAL 14 LOTES PARA LA REGULARIZACIÓN DE LA TENENCIA DE LA TIERRA QUE SE LOCALIZAN EN LAS COLONIAS MÉXICO NUEVO, ARGENTINA PONIENTE Y ARGENTINA ANTIGUA, DELEGACIÓN MIGUELHIDALGO, CON SUPERFICIE TOTAL DE 1,507.84 METROS CUADRADOS (SEGUNDA PUBLICACIÓN) 12

DECRETO POR EL QUE SE EXPROPIAN A FAVOR DEL DISTRITO FEDERAL 38 LOTES PARA LA REGULARIZACIÓN DE LA TENENCIA DE LA TIERRA QUE SE LOCALIZAN EN EL PUEBLO SAN MIGUEL TOPILEJO, DELEGACIÓN TLALPAN, CON SUPERFICIE TOTAL DE 2,952.68 METROS CUADRADOS (SEGUNDA PUBLICACIÓN) 16

DECRETO POR EL QUE SE EXPROPIAN A FAVOR DEL DISTRITO FEDERAL 55 LOTES PARA LA REGULARIZACIÓN DE LA TENENCIA DE LA TIERRA QUE SE LOCALIZAN EN EL PUEBLO SANPEDRO MÁRTIR, DELEGACIÓN TLALPAN, CON SUPERFICIE TOTAL DE 20,529.69 METROS CUADRADOS (SEGUNDA PUBLICACIÓN) 19

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

JEFATURA DE GOBIERNO

DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SE ADICIONA LA LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL

(Al margen superior un sello que dice: Ciudad de México.- Capital en Movimiento)

DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SE ADICIONA LA LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL.

MARCELO LUIS EBRARD CASAUBON, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, a sus habitantes sabed:

Que la H. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, IV Legislatura, se ha servido dirigirme el siguiente:

DECRETO

(Al margen superior izquierdo el Escudo Nacional que dice: ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.- ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL, IV LEGISLATURA)

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL

IV LEGISLATURA.

D E C R E T A

DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SE ADICIONA LA LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL.

ARTÍCULO PRIMERO.- Se reforman los artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal, para quedar como sigue:

Artículo 144. Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación.

Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

Artículo 145. Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.

Al que hiciere abortar a una mujer, con el consentimiento de ésta, se le impondrá de uno a tres años de prisión.

Artículo 146. Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada.

Para efectos de este artículo, al que hiciere abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión. Si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión

Artículo 147. Si el aborto o aborto forzado lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme a este capítulo, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta

ARTICULO SEGUNDO.- Se adiciona un tercer párrafo al artículo 16 Bis 6, y se adiciona el artículo 16 Bis 8 a la Ley de Salud del Distrito Federal, para quedar como sigue:

Artículo 16 Bis 6.

Las instituciones públicas de salud del gobierno del Distrito Federal atenderán las solicitudes de interrupción del embarazo a las mujeres solicitantes aún cuando cuenten con algún otro servicio de salud público o privado.

Artículo 16 Bis 8. La atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.

El gobierno promoverá y aplicará permanentemente y de manera intensiva, políticas integrales, tendientes a la educación y capacitación sobre la salud sexual, los derechos reproductivos, así como la maternidad y la paternidad responsables. Sus servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como propósito principal reducir el índice de abortos, a través de la prevención de embarazos no planeados y no deseados, disminuir el riesgo reproductivo, evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y coadyuvar al pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas con una visión de género, de respeto a la diversidad sexual y de conformidad a las características particulares de los diversos grupos poblacionales, especialmente para las niñas y niños, adolescentes y jóvenes.

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

TRANSITORIOS

PRIMERO. Publíquese en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en el Diario Oficial de la Federación para su mayor difusión.

SEGUNDO. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

TERCERO. El Jefe de Gobierno del Distrito Federal, deberá expedir la adecuación a los Lineamientos Generales de

Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal, en un lapso de 60 días hábiles.

CUARTO. El Jefe de Gobierno del Distrito Federal promoverá convenios de colaboración para obtener recursos adicionales que permitan atender el derecho de la mujer a la salud sexual y reproductiva.

QUINTO. La Asamblea Legislativa del Distrito Federal realizará una amplia campaña informativa sobre las reformas aprobadas en este decreto.

Recinto de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, a los veinticuatro días del mes de abril del año dos mil siete.

POR LA MESA DIRECTIVA.- DIP. RAMÓN JIMÉNEZ LÓPEZ, PRESIDENTE.- DIP. EDY ORTÍZ PIÑA,

SECRETARIO.- DIP. CELINA SAAVEDRA ORTEGA, SECRETARIA.- Firmas.

En cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 122, apartado C, base segunda, fracción II, inciso b), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 48, 49 y 67, fracción II, del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto Promulgatorio, en la Residencia Oficial del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, en la Ciudad de México, a los veinticinco días del mes de abril del año dos mil siete. EL JEFE DE GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, MARCELO LUIS EBRARD CASAUBON.- FIRMA.- EL SECRETARIO DE GOBIERNO, JOSÉ ÁNGEL ÁVILA PÉREZ.- FIRMA.- EL SECRETARIO DE SALUD, MANUEL MONDRAGÓN Y KALB.- FIRMA.- LA SECRETARIA DEL MEDIO AMBIENTE, MARTHA DELGADO PERALTA.- FIRMA.- LA SECRETARIA DE DESARROLLO ECONÓMICO, LAURA VELÁZQUEZ ALZÚA.- FIRMA.

4.8.6 Gaceta Oficial del DF # 75 (Lineamientos): A continuación se cita la gaceta oficial del DF número 75; en la cual se describen los lineamientos generales de la práctica de la interrupción del embarazo por la Secretaría de Salud del DF.

GACETA OFICIAL DEL

DISTRITO FEDERAL

Órgano del Gobierno del Distrito Federal

DÉCIMA SÉPTIMA ÉPOCA

4 DE MAYO DE 2007

No. 75

Í N D I C E

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

SECRETARÍA DE SALUD

ACUERDO QUE REFORMA, ADICIONA Y DEROGA DIVERSOS PUNTOS DE LA CIRCULAR/GDF-SSDF/01/06 QUE CONTIENE LOS LINEAMIENTOS GENERALES DE ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD RELACIONADOS CON LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN EL DISTRITO FEDERAL DELEGACIÓN TLÁHUAC.

LISTADO DE PROCEDIMIENTO DE LA DELEGACIÓN TLÁHUAC ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL GENERAL DE AUDITORIA DE LA CONTADURÍA MAYOR DE HACIENDA DE LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DEL SERVICIO CIVIL DE CARRERA DE LA CONTADURÍA MAYOR DE HACIENDA DE LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL CONVENIO PARA LA FISCALIZACIÓN DEL GASTO FEDERALIZADO EJERCICIO 2007 QUE CELEBRAN LA AUDITORIA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN D E LA CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN Y LA CONTADURÍA MAYOR DE HACIENDA DE LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL CONVOCATORIAS DE LICITACIÓN Y FALLOS SECCIÓN DE AVISOS

OXAGA, S. A.

SPARVEL, S.A. DE C.V.

GRUPO MVS CAPITAL, S. DE R. L. DE C. V.

VIA LACTEA FILMS, S.A. DE C.V.

INMOBILIARIA NEPTUNO, S.A.

MONEX CASA DE BOLSA, S.A. DE C.V., MONEX GRUPO FINANCIERO

MONEX GRUPO FINANCIERO, S.A. DE C.V.

UKNE TEXTILES, S.A. DE C.V.

E D I C T O S 46 AVISO

E D I C T O S AVISO

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL SECRETARÍA DE SALUD
ACUERDO QUE REFORMA, ADICIONA Y DEROGA DIVERSOS PUNTOS DE LA
CIRCULAR/GDF-SSDF/01/06 QUE CONTIENE LOS LINEAMIENTOS GENERALES
DE ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
RELACIONADOS CON LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN EL DISTRITO
FEDERAL.

MANUEL MONDRAGÓN Y KALB, Secretario de Salud del Distrito Federal, con fundamento en los artículos 4º, 122, apartado C, Base Segunda, fracción II, inciso b), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 8º, fracción II, 12, fracción IV, 67, fracción II, y 87 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal; 2º, 5º, 7º, 12, 14 y 15, fracción VII, 16, fracciones I y IV, y 29 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; 2º, fracción VII, 6º, 8º, fracciones I, III, IV, VII, VIII, IX, XVI, XVIII, XIX y XX, 13, 14, 16 Bis 6, 16 Bis 7 y 16 Bis 8 de la Ley de Salud para el Distrito Federal; 144, 145, 146, 147 y 148 del Código Penal para el Distrito Federal; y 131 Bis del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal;

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 4º, establece como garantías individuales el derecho de toda persona a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Y es responsabilidad del Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud del

Distrito Federal, garantizar su ejercicio para lograr el bienestar físico, mental y social de la mujer y contribuir así al pleno ejercicio de sus capacidades;

Que en México, el aborto además de ser un grave problema de salud pública, se realiza con frecuencia mediante prácticas clandestinas, que constituyen un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y mortalidad materna, que no se ve reflejada en los indicadores correspondientes debido al sub-registro;

Que existe evidencia científica de que la interrupción del embarazo en sus primeras semanas de gestación, disminuye la morbilidad y mortalidad de las mujeres embarazadas que lo solicitan o requieren, sobre todo si se realiza en condiciones adecuadas de higiene, infraestructura y por el personal médico calificado;

Que en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 15 de noviembre de 2006, se publicó la Circular/GDF-SSDF/01/06, que contiene los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, especialmente las referidas a las excluyentes de responsabilidad penal para la interrupción del embarazo, orientadas a contribuir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna, así como a reducir el número de familias desintegradas y la injusticia social, que afecta sobre todo a las mujeres de las clases sociales más desprotegidas.

Que el pasado 26 de abril del 2007 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el “Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal”, que define al Aborto, en el artículo 144 del código punitivo, como la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación, además señala como obligación del Gobierno del Distrito Federal, el fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, otorgar atención a las solicitantes de Interrupción del Embarazo y brindar consejería médico y social; he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO QUE REFORMA, ADICIONA Y DEROGA DIVERSOS PUNTOS DE LA CIRCULAR/GDF-SSDF/01/06 QUE CONTIENE LOS LINEAMIENTOS GENERALES DE ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD RELACIONADOS CON LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN EL DISTRITO FEDERAL.

ÚNICO. –Se reforman los puntos primero, tercero, fracciones I y II, quinto, séptimo, octavo, noveno, décimo segundo, décimo cuarto, décimo quinto, décimo noveno y vigésimo; se adicionan las fracciones IV a VI al punto cuarto, el punto cuarto bis, y se deroga el punto décimo tercero de la CIRCULAR/GDF-SSDF/01/06 que contiene los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, para quedar como sigue:

LINEAMIENTOS GENERALES DE ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN EL DISTRITO FEDERAL.

PRIMERO. Los presentes Lineamientos Generales tienen por objeto establecer la organización y operación a que se sujetarán las autoridades y profesionales de la medicina adscritos a las unidades médicas del sector público, social y privado del Distrito Federal en los procedimientos de interrupción legal del embarazo establecidos en los supuestos de los artículos 144 y 148, como excluyentes de responsabilidad penal, del Código Penal, y 131 Bis del Código de Procedimientos Penales, ambos para el Distrito Federal, con el fin de garantizar que los servicios de atención médica se proporcionen con oportunidad y calidad a las mujeres que lo soliciten o sea necesario practicarles este procedimiento.

TERCERO. Para efectos de los presentes Lineamientos se entenderá por:

I. Interrupción legal del embarazo.– Procedimiento que se realiza hasta la décima segunda semana de gestación, como lo establece el artículo 144 del Código Penal para el Distrito Federal, y hasta la vigésima semana de gestación, de acuerdo con las excluyentes de responsabilidad penal establecidas en los artículos 148 del Código Penal, 131 Bis del Código de Procedimientos Penales, ambos para el Distrito Federal, y en la NOM-007-SSA2-1993 “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”; en condiciones de atención médica segura;

II. Consentimiento informado. –Es la aceptación voluntaria de la mujer, registrada por escrito, que solicite o requiera la interrupción legal del embarazo, una vez que los servicios de Salud, como obligación ineludible, le hayan proporcionado información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes; para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.

III....

IV. Consejería. –Procedimiento obligatorio e ineludible de los servicios de Salud para proporcionar orientación, asesoría e información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos, así como de los apoyos y alternativas existentes, a la mujer que solicite o requiera la interrupción legal del embarazo. Este procedimiento se realizará con discreción, confidencialidad, privacidad, respeto, equidad, objetividad, neutralidad y libertad, para la mitigación de tensiones y catarsis, sin que tenga como intención retrasar o inducir la decisión de la mujer.

V. Dictamen médico de edad gestacional. –Al documento médico legal emitido por un médico debidamente acreditado, que avale la edad gestacional del producto basado en métodos clínicos y de ecosonografía o de laboratorio, del tipo de la interpretación imagenológica, nota médica y el certificado médico.

VI. Dictamen médico de anomalías genéticas o congénitas. – Al documento médico legal emitido por un médico debidamente acreditado, que avale la existencia de malformación o anomalía genética en el producto, con base en antecedentes familiares, datos clínicos, estudios de laboratorio y gabinete y otros elementos al alcance, mediante los que se establezca que las anomalías puedan dar como resultado secuelas físicas, mentales o daños que pongan en riesgo la supervivencia del producto.

DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO HASTA LA DÉCIMA SEGUNDA SEMANA DE GESTACIÓN.

CUARTO Bis. –La interrupción legal del embarazo hasta la décima segunda semana de gestación se realizará por médicos gineco–obstetras o cirujanos generales, debidamente capacitados o adiestrados, en una unidad médica con capacidad de atención para la interrupción legal del embarazo, y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

I. Que lo solicite por escrito la mujer a quien se practicará la interrupción legal del embarazo, mediante el llenado del formato correspondiente.

II. Que se proporcione a la mujer solicitante consejería por personal médico de la unidad hospitalaria y de forma libre y voluntaria otorgue su consentimiento informado, en los formatos respectivos; y

III. Que al momento de la solicitud de la interrupción legal del embarazo la mujer tenga hasta doce semanas de gestación, acreditado con el dictamen médico de edad gestacional correspondiente;

QUINTO. Para la práctica del procedimiento de interrupción legal del embarazo, prevista en los puntos cuarto y cuarto bis de los presentes lineamientos, será obligatorio que se practique y presenten los dictámenes médicos de edad gestacional y de anomalías genéticas o congénitas. Estos dictámenes estarán fundamentados preferentemente en estudios específicos realizados con auxiliares de diagnóstico entre los que se encuentran: técnicas de ecosonografía o similares, técnicas bioquímicas, técnicas citogenéticas y técnicas analíticas. El diagnóstico será de presunción de riesgo y basado en criterios de probabilidad.

SÉPTIMO. Los médicos que emitan dictámenes médicos de edad gestacional o de anomalías genéticas o congénitas, acreditarán su especialidad mediante documento emitido por una institución que avale el cumplimiento del programa académico, y deberán estar adscritos a alguna institución de salud del sector público, social o privado.

OCTAVO. El personal médico responsable de realizar el procedimiento programado de interrupción legal del embarazo, integrará al expediente clínico de la mujer solicitante los documentos siguientes, según sea el caso:

Consentimiento informado para la interrupción legal del embarazo, debidamente requisitado;

Dictamen médico de edad gestacional en el supuesto de interrupción legal del embarazo hasta la décima segunda semana de gestación.

Dictámenes médicos de edad gestacional y de anomalías genéticas o congénitas en los casos de interrupción legal del embarazo de acuerdo a las excluyentes de responsabilidad penal;

IV. La autorización de interrupción legal del embarazo por violación o inseminación artificial no consentida emitida por el Agente del Ministerio Público competente. Los documentos señalados en las fracciones I y IV deberán integrarse en original.

NOVENO. Los médicos adscritos a unidades del primer nivel de atención y los adscritos a hospitales que no estén en condiciones para realizar el procedimiento de interrupción legal del embarazo, referirán a la mujer de manera adecuada, responsable, oportuna y mediante el formato de Referencia y Contrarreferencia debidamente requisitado, a un hospital en donde se practiquen dichos procedimientos. En el supuesto de la fracción I, del punto cuarto de estos Lineamientos, inicialmente se referirá a la usuaria a la Agencia del Ministerio Público especializada en Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal más cercana.

DÉCIMO SEGUNDO. Las unidades médicas donde podrán realizarse procedimientos de interrupción legal del embarazo, contemplados en los puntos cuarto y quinto de estos Lineamientos Generales, serán las pertenecientes al sector público o privado que cumplan con los requisitos establecidos en la NOM-205-SSA1-2002 “Para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria”, y que dispongan de personal médico gineco – obstetra o cirujano general debidamente capacitado y adiestrado para realizar el procedimiento.

DÉCIMO TERCERO. Se deroga.

DÉCIMO CUARTO. La técnica utilizada para realizar la interrupción legal del embarazo podrá ser médica o quirúrgica, y se hará tomando en consideración las semanas de gestación del producto y de acuerdo con el criterio del médico gineco – obstetra o del cirujano general encargado de realizar el procedimiento.

DÉCIMO QUINTO. Las autoridades de la unidad hospitalaria, agilizarán los trámites administrativos necesarios para que el procedimiento de interrupción legal del embarazo se lleve a cabo lo más tempranamente posible, resolviendo la solicitud a la mujer embarazada de hasta doce semanas de gestación en un máximo de cuarenta y ocho horas; Y en el caso de las excluyentes de responsabilidad penal en un plazo no mayor a los diez días naturales a partir de la primera consulta en la unidad, con el propósito de disminuir riesgos y daños a la salud materna que se incrementan conforme avanza la edad gestacional.

DÉCIMO NOVENO. El expediente clínico de las usuarias atendidas por interrupción legal del embarazo, se integrará de acuerdo con la NOM-168-SSA-1998 del Expediente Clínico, incluyendo los siguientes documentos debidamente requisitados: original de la Historia Clínica, Nota Médica de Atención de Urgencias, Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica, Estudio de Trabajo Social, Hoja de Registro de Atención de Violencias y Lesiones, hoja de Referencia y Contrarreferencia, hoja de Consentimiento Informado para la Interrupción Legal del Embarazo.

Dictámenes Médicos, Autorización de Interrupción del Embarazo por Violación emitida por el Agente del Ministerio Público del Sistema de Auxilio a Víctimas, así como los reportes de resultados de auxiliares de diagnóstico practicados a la usuaria; agregando la hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica de la usuaria para el procedimiento y tratamiento.

VIGÉSIMO. El manejo de la información y los expedientes clínicos que se generen con la aplicación de estos Lineamientos Generales, deberá realizarse bajo criterios de estricta confidencialidad.

En virtud que la información que se genere con la aplicación de estos Lineamientos Generales y la práctica de procedimientos de interrupción legal de embarazo contiene datos personales relativos a las características físicas, morales o emocionales, origen étnico o racial, domicilio, vida familiar, privada, íntima y afectiva, número telefónico privado, correo electrónico, ideología y preferencias sexuales, es susceptible de ser tutelada por el derecho fundamental a la privacidad, intimidad, honor y dignidad y se considerará confidencial y restringida en términos la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal. En todo caso se aplicará lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal.

TRANSITORIOS

PRIMERO. – Publíquese en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

SEGUNDO. – Los presentes lineamientos entrarán en vigor al día siguiente de su publicación.

Dado en la residencia del Secretario de Salud del Distrito Federal, en la Ciudad de México, a los tres días del mes de mayo del año dos mil siete.

CAPITULO V

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

5.1 Definición de Ansiedad:

La ansiedad es un estado emocional estrechamente vinculado con el miedo ante la anticipación de un peligro o amenaza. Así, el miedo representa una respuesta primitiva en relación a una situación de peligro presente, real y objetiva (Barlow, 1998).

5.2 Como se ha medido la Ansiedad:

Como otras emociones, la ansiedad tiene una dimensión adaptativa (Jiménez, 1997). Así parte de los cambios que tienen lugar durante la reacción ansiosa, tales como: incremento de la tensión muscular, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, etc., facilitan una de las conductas de afrontamiento como es la de huida, presente en todas las especies animales. No obstante, al igual que ocurre con el resto de emociones, cuando aparece con una frecuencia e intensidad excesiva, puede llegar a ser claramente disfuncional para la vida del sujeto. En este sentido, el mismo peso que tenía en la definición de la ansiedad no patológica la percepción subjetiva de un peligro o amenaza futuros, va a tener la sensación de malestar subjetivo en la acotación del concepto de ansiedad patológica y los trastornos con los que se asocia. El DSM-IV (1994) aporta la siguiente definición de ansiedad: "Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión". Por otra parte, este mismo manual incluye como requisito para diagnosticar algún trastorno de ansiedad, que la anticipación ansiosa, o el comportamiento de evitación con el que se asocia, interfieran acusadamente en las relaciones familiares, laborales, académicas o sociales del sujeto, o bien le provoquen un malestar clínicamente significativo.

A nivel descriptivo, la ansiedad constituye un patrón conductual, complejo, cuyos componentes pueden agruparse en torno a tres grandes dimensiones comportamentales o sistemas de respuesta, que son: la cognitiva/subjetiva, la fisiológica y la motora. Estas tres dimensiones, no necesariamente tienen que correlacionar entre sí (Ochoa, 1990), y sus manifestaciones pueden variara de una persona a otra.

No obstante, las manifestaciones más frecuentes en los estados de intensa ansiedad en cada una de las dimensiones anteriores, son las siguientes:

1.- Dimensión cognitivo/subjetiva: reacción de preocupación, miedo o pánico ante la amenaza percibida, pensamientos de incapacidad para controlar la situación, sentimientos de inferioridad e inseguridad, falta de concentración, dificultades para organizar el pensamiento, establecer asociaciones, evocar conocimientos adquiridos, tomar decisiones, etc. La despersonalización y desrealización pueden presentarse también en algunos casos de ansiedad extrema (Ochoa, 1990).

Para algunos autores esta dimensión constituye el elemento central de la ansiedad, ya que son los síntomas que contiene y el malestar que le provocan al sujeto lo que hace que la respuesta de ansiedad tenga significación, o valor clínico.

2.- Dimensión motora: reacción de escape y evitación de la situación ansiógena, agitación o inhibición motora, falta de coordinación muscular, temblores, tics, etc. (Ochoa 1990).

3.- Dimensión fisiológica: es la dimensión que tiene una sintomatología más variada, incluye: incremento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, sensación de ahogo, y opresión en el pecho, incremento en la tensión arterial, mareos, vómitos, defecaciones o micciones involuntarias, sudoración, dilatación pupilar, sequedad de boca, lipotimia, impotencia, etc. Esas manifestaciones fisiológicas de la ansiedad son muy similares a las presentes en el caso de miedos intensos y fobias, ya que, en los tres casos, son debidas a una excesiva activación del sistema nervioso autónomo (Jiménez, 1997).

5.3 Relación con la investigación

En el caso del aborto se debe realizar una distinción previa entre el aborto espontáneo y el aborto provocado. El primero aparece en el curso de un embarazo deseado o no, pero aceptado.

En abortos provocados; la gravedad del trastorno depende, también, del tiempo de embarazo y de los cambios corporales sufridos. Suele ser más intenso si se produce después de los cinco meses de embarazo, cuando se comienza a sentir los movimientos fetales y se ha comenzado a formarse la imagen mental del niño. En las interrupciones voluntarias del embarazo las reacciones psicológicas están condicionadas en gran medida por la causa que motivó el aborto.

Cuando este fue provocado por la confirmación de una malformación congénita puede experimentarse un sentimiento de alivio, asociado a síntomas depresivos por la pérdida del hijo y sentimientos de culpa tanto por el aborto como por la presencia de la enfermedad congénita. Salvessen et al (1987) compararon un grupo de mujeres a las que se realizó un aborto por existir malformaciones fetales comprobadas en las revisiones ecográficas, con otro grupo de mujeres que habían sufrido un aborto tardío espontáneo o muerte perinatal del feto.

Aunque a largo plazo no observaron diferencias, a corto plazo en el primer grupo aparecían menos síntomas depresivos, de evitación y de pensamientos obsesivos que en aquellas que habían sufrido una pérdida perinatal.

Posteriormente es frecuente que sienta un temor intenso a quedarse de nuevo embarazada y a que se produzca la misma situación. Estas reacciones también pueden aparecer cuando el aborto es consecuencia de una enfermedad de la madre.

En el caso de abortos provocados por otras razones (fundamentalmente motivos socioeconómicos, ya que los embarazos tras violaciones son relativamente infrecuentes) la reacción psicológicas dependen de esos factores, así como de variables propias de la madre.

En las adolescentes, el aborto puede ser vivido como un acto que le han obligado a realizar los padres, del que no se responsabilizan o incluso niegan, sintiéndolo como necesario o la única salida posible ante la dificultad de hacerse cargo de un recién nacido, o puede percibirlo, por lo general años después, como algo que se podía haber evitado, con intensos sentimientos de culpa.

En general, en estos casos suelen aparecer sentimientos de culpa poco después o al cabo de los años. En ocasiones estos sentimientos son reprimidos y aparecen años después, tras un embarazo a término, en forma de otros síntomas psiquiátricos.

Puede surgir el temor a un nuevo embarazo, con inhibición de la sexualidad o el temor a “ser castigada” y no poder volver a quedarse embarazada.

Resulta frecuente la aparición de sentimientos de rabia hacia las personas que las rodean, por no haberse hecho cargo del problema o haberles “obligado” a abortar, o rabia “hacia la sociedad” que no le presta las ayudas que solicitan (para llevar adelante el embarazo o para interrumpirlo).

Cuando la interrupción voluntaria del embarazo se produce por motivos económicos, en el caso de que la mujer tenga más hijos, suele vivirse con menos ansiedad y menos carga de culpa, así como cuando el embarazo es producto de una relación sexual esporádica, sin compromiso sentimental con el padre biológico, sobre todo cuando estas relaciones son frecuentes o se ha actuado bajo el efecto de una sustancia psicoactiva. En general, la reacción suele ser menor cuanto menos responsabilidad acepte la mujer sobre su estado, menos recursos socioeconómicos tenga para afrontar el embarazo o mas distorsión pueda causar la posibilidad de un hijo en sus planes de futuro.

Aunque el aborto se ha defendido como un tema “de mujeres” los hombres están comenzando a elevar su voz y a reclamar sus derechos sobre los hijos no natos. La implicación de los padres biológicos en la decisión de realizar un aborto puede ayudar a que la mujer no se sienta tan sola al tomar esta decisión y se atenúen los sentimientos de culpa al compartirlos con la persona más directamente relacionada con el embarazo.

Varios autores (Miguel –Tobal, J.J.1996) resaltan la falta de apoyo psicológico en general tras un aborto, pese a la evidencia de sintomatología ansiosa, depresiva o de trastorno por estrés postraumático, y sugieren que un programa de seguimiento psicológico en grupos determinados de mujeres mejoraría el pronóstico a largo plazo.

5.4 Definición de Depresión:

La depresión es una perturbación compleja. Es un síndrome con diferentes matices sintomáticos, promovido por múltiples causas que afecta al sujeto tanto por el alto grado de sufrimiento psíquico que le promueve como por sus secuelas personales y sociales.

El término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir, en forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza relacionado con una situación displacentera, como un estado de ánimo pasajero o estable, un síntoma o una estructura psicopatológica pero pensamos que va mucho más allá de todo esto.

La depresión es definida como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima como manifestaciones afectivas, ideáticas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

La depresión se acompaña de una tasa de mortalidad que duplica las muertes atribuidas al SIDA y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la cuarta causa de pérdida de calidad de vida por la discapacidad que genera y para el 2020, si no antes, estarán en un segundo lugar.

Una mirada histórica

Etimológicamente, depresión viene del latín *deprissio*: hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud.

La primera descripción clínica la realizó Hipócrates, quién acuñó el término melancolía (mélanos: negra- cholis: bilis) por considerar el exceso de la bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad. Es una experiencia que acompaña a los seres humanos desde el origen de su historia: la depresión tiene la misma edad que la humanidad, en cuanto está ligada al sufrimiento humano. Y desde siempre el hombre se ha enfrentado al ánimo abatido, a la falta de ganas de hacer algo, la pérdida de interés, la incapacidad de volver a ser lo que se había sido (Homero, *Iliada*, libro IX, vv. 5 ss.)

La historia de la depresión equivale, prácticamente a documentar la evolución del pensamiento psiquiátrico.

Así se encuentra presente a lo largo de toda la historia, en todas las culturas y es factible hallar ensuciadas distintas etiologías y diferentes formas de resolución de esta en la literatura de cada época. Pero debemos hacer la salvedad de que no podemos diferenciar a que cuadro se referían los antiguos cuando hablaban de melancolía, catalogada como "locura tranquila" y es probable que englobasen, entre otras las formas simples y catatónicas de la esquizofrenia, y las psicosis residuales en posición, se referían a la manía, como "locura móvil" y también es probable que incluyesen en ella toda la gama de perturbaciones que pueden promover excitación psicomotriz.

5.5 Como se ha medido la Depresión:

Cuadro clínico

La depresión se caracteriza por: el abatimiento y el desgano, la retracción y la pérdida del interés por el mundo externo, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento lento rumiante y monotemático y hasta una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo que pueden ser diversas expresiones de diferentes trastornos depresivos.

Al vivir de esta manera, el tiempo se torna interminable; es una oscura y angustiada pesadilla de la que se quiere despertar. Esta frase ya empieza a significar la dimensión temporal del padecer psíquico, los trastornos del sueño y las fantasías suicidas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación de Psiquiatría de los EU, cuarta edición (DSM-IV TR), resulta una guía de referencia obligada para el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión en estudios multicéntricos y una fuente importante para el establecimiento de códigos comunes para la comunicación entre colegas.

Cuadro 1. Depresión (DSM IV TR)

1. Humor deprimido, la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Pérdida de placer o interés por las tareas habituales.
3. Pérdida o aumento del apetito o peso sin dietas especiales.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Pérdida de energía o fatiga.
7. Sentimientos de inutilidad, auto reproche o culpas excesivas o inapropiadas.
8. Disminución de la capacidad de pensar o de concentración.
9. Ideación recurrente de muerte, suicidio o deseos de estar muerto.

5.6 Relación con la investigación

Depresión por pérdida simple de objeto.

En este tipo de depresión se plantea la discordancia entre el elevado ideal de bienestar del objeto respecto de la representación del objeto en posición del negativo del ideal.

El caso más común de la representación de objeto negativo del ideal es la pérdida de un ser querido. En ese tipo de depresión no existe la culpa y tampoco la autoestima parece dañada.

CAPITULO VI

METODOLOGÍA

6.1 Justificación

Esta investigación se realizó con el fin de identificar si la práctica del (ILE) provoca ansiedad y depresión en mujeres de 18 a 25 años, que acuden al Hospital Materno Infantil de Xochimilco, partiendo del hecho que a partir del 24 de abril del 2007, se despenalizó el aborto en el DF. El cual es legal hasta antes de 12 semanas, lo que permite un acceso al servicio libre y gratuito, a través de la Secretaría de Salud del DF. Esto convierte el acto de interrupción del embarazo en un acto legal; el cual había sido un acto ilegal, con acepción de los casos en que: el embarazo es producto de una violación y ésta haya sido denunciada ante el ministerio público, cuando está en riesgo la salud de la mujer, cuando hay malformaciones endocrínicas, cuando peligra la vida de la mujer, cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida y cuando es imprudencial (el aborto se generó a partir de un accidente).

Y partiendo del hecho que de acuerdo con una estimación realizada en los años 90, el 40% de los embarazos en México son no deseados, estimándose que el 17% terminan en abortos inducidos y el 23% restante en nacimientos no deseados (The Alan Guttmacher Institute, 1994); La penalización del aborto impidió contar con datos confiables y actualizados sobre su incidencia y sobre la frecuencia de las complicaciones y las muertes que ocasiona. A mediados de los años 90 se calculaba una cifra anual de un millón 700 mil abortos, estimándose que alrededor de la mitad eran inducidos (López, 1994). Las complicaciones del aborto representan la tercera causa de mortalidad materna en el país (Secretaría de Salud, 1997; Consejo Nacional de Población, 2000) y se ha señalado que muchas de las muertes maternas atribuidas a la hemorragia del embarazo son en realidad provocadas por complicaciones de abortos inseguros (Langer y Romero, 1996).

Es por lo que este nuevo matiz del aborto en el DF, abre una opción legal más a las mujeres que se encuentran con un embarazo no deseado. Yo creo que tener más opciones te ayuda a tomar una mejor decisión; por lo que decidí investigar la ansiedad y depresión en usuarias del ILE, ya que considero estos dos aspectos por todo lo que conllevan importantes en el proceso de la mujer que decide practicarse un aborto legal.

6.2 Planteamiento del problema

Actualmente la ciudad de México ha hecho cambios a su código penal, donde incrementa las causales de la interrupción del embarazo por lo que convierte este acto a los ojos de la ley como algo completamente legal, esto le da un nuevo matiz, ya que de forma implícita reduce la culpa, los riesgos, los costos, la desaprobación social de la mujer embarazada que se realiza esta intervención, poniéndole fin a su embarazo. Por ello me parece importante conocer:

¿Las mujeres que se practiquen ILE (*por un embarazo no deseado*), sufren de ansiedad y depresión? ¿Y si los presentan cuáles son sus niveles?

Con la meta de que esta información obtenida sirva para brindar un mejor servicio a las usuarias del Hospital Materno Infantil de Xochimilco para que intensifiquen su apoyo psicológico en las áreas identificadas.

6.3 Objetivo

Identificar si hay o no ansiedad y depresión en las mujeres de 18 a 25 años que se han practicado un AMEU, y si los presentan saber cuáles son sus niveles.

6.4 Objetivos específicos

Identificar si se presenta ansiedad en usuarias del ILE que estén en el rango de 18 a 25 años edad. De presentarse ansiedad en las usuarias, identificar cual es su nivel.

Identificar si se presenta depresión en usuarias del ILE que estén en el rango de 18 a 25 años edad. De presentarse depresión en las usuarias, identificar cual es su nivel.

En caso de encontrar niveles significativos o niveles bajos notificárselo a la Secretaría del Sector Salud del DF con respecto al Hospital Materno Infantil de Xochimilco, para que intensifique su apoyo psicológico en esas áreas, para beneficio de la población usuaria del servicio ILE. Tomando todo el tiempo una postura neutra con respecto a la aplicación de la prueba y su análisis.

6.5 Hipótesis de trabajo

En esta investigación pretendo encontrar que la práctica de la interrupción legal del embarazo si causa ansiedad y depresión en las usuarias, y que estos son en un nivel bajo, lo que mostrará que al cambiar el matiz del aborto por el de la ILE produce un efecto psicológico positivo en las mujeres que usen el servicio que proporciona la secretaria de salud del DF.

H1: Existe ansiedad y depresión debido a la interrupción legal del embarazo en mujeres de 18 a 25 años.

Ho: No existe ansiedad y depresión debido a la interrupción legal del embarazo en mujeres de 18 a 25 años.

H2: Es mínimo el nivel de ansiedad y depresión en mujeres de 18 a 25 años que se practicaron el ILE.

Ho: Es severo el nivel de ansiedad y depresión en mujeres de 18 a 25 años que se practicaron el ILE.

6.6 Variables

Variables Dependientes (VD)

1.- ANSIEDAD

2.-DEPRESIÓN

Variable Independiente (VI)

INTERVENCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

6.6.1 Definición Conceptual de las variables

Intervención legal del embarazo: Es la interrupción dolosa del proceso fisiológico del embarazo causando la muerte del producto de la concepción o feto dentro o fuera del claustro materno, antes de las 12 semanas de gestación (Inmujeres DF, 2007).

Ansiedad: Temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia (Barlow, 1998).

Depresión: Trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer (GIRE, 1999).

6.6.2 Definición Operacional de las variables

Intervención legal del embarazo: Para conocer bien el término, la forma en que se practica, y las circunstancias en que estas son permitidas.

Ansiedad: Partiendo del supuesto en que si se presente. Se buscará Obtener el nivel de ansiedad que se presenta en las Mujeres de 18 a 25 años que se practiquen una Intervención legal del embarazo en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco.

Depresión: Partiendo del supuesto en que si se presente. Se buscara Obtener el nivel de depresión que se presenta en las Mujeres de 18 a 25 años que se practiquen una Intervención legal del embarazo en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco.

6.7 Población y Muestra

6.7.1 Población

112 usuarias del ILE en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco.

6.7.2 Muestreo

No Probabilístico: no se hizo una selección aleatoria de las participantes. Intencional: ya que se buscaba un perfil determinado.

6.7.3 Muestra

No Aleatorio: ya que fue encuestada cada usuaria que cumplía con los requisitos. 60 usuarias del ILE en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco, bajo los siguientes criterios:

Criterio de Inclusión

- Mujeres que acepten participar en el estudio.
- Mujeres que este en el rango de edad de 18 a 25 años.
- Mujeres que decidan entrar en el programa del ILE.
- Mujeres que cubran los requisitos que exige el programa del ILE, en el Hospital Materno Infantil Xochimilco.
- Mujeres de cualquier estado civil.
- Mujeres de nacionalidad Mexicana que radique en el DF o de cualquier Estado de la República Mexicana.
- Mujeres de cualquier nivel educativo.

Criterios de Exclusión

- Mujeres que no se encuentren entre en el rango de edad de 18 a 25 años.
- Mujeres que se arrepientan de la interrupción de su embarazo en el momento del procedimiento.
- Mujeres que no cubran los requisitos que exige el programa del ILE.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio.
- Mujeres que decidan entrar en el programa del ILE.
- Mujeres que no tengan la nacionalidad Mexicana.

6.8 Tipo de investigación

No Experimental-Transversal.

6.8.1 Diseño

Descriptivo.

6.9 Instrumento de aplicación.- Se elaboro una prueba basada en:

- 9 preguntas de información general.
- Cuestionario de personalidad para adolescentes, R.B. Cattell y M.D. Cattell, adaptación española TEA Edición, S. A. (de la cual se tomaron 2 sub-escalas que miden Sereno-Apreensivo y Relajado-Tenso en 18 reactivos).
- Versión mexicana del inventario de Ansiedad de Beck. (la cual mide la ansiedad a través de 21 reactivos, en un cuadro donde se pregunta sobre los síntomas del encuestado).
- La Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la Ciudad de México (la cual mide la depresión a través de 21 reactivos, de opción múltiple, donde se pregunta sobre los sentimientos del encuestado).
- El Análisis Estadístico fue realizado con el SPSS versión 17.

6.9.1 Procedimiento

Presente este anteproyecto a la Secretaria de Salud del DF, con el fin de obtener el permiso de realizar el estudio en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco. Para obtenerlo: el proyecto se lo presente al Doctor Sanhueza (director del ILE), el cual me refirió con la Dra. García (Directora de la Institución Population Council de México), acudí de oyente al curso del ILE en apoyo telefónico, el cual fue impartido en la Secretaria de Salud, en Xocongo 225 Col. Tránsito, Delegación Cuauhtémoc. Una vez revisado el proyecto y cursado este curso del ILE, obtuve el permiso y me dispuse a realizar la investigación.

La investigación se realizo en el Hospital Materno Infantil Xochimilco, dentro de un consultorio del mismo. La prueba que se aplico era una entrevista estructurada, de 9 preguntas de información general, 18 reactivos del Cuestionario de personalidad para adolescentes, R.B. Cattell y M.D. Cattell, adaptación española TEA Edición, S. A. (de la cual se tomaron 2 sub-escalas que miden Sereno-Apreensivo y Relajado-Tenso), 21 reactivos de la versión mexicana del inventario de Ansiedad de Beck (la cual mide la ansiedad a través de, en un cuadro donde se pregunta sobre los síntomas del encuestado).

Y 21 reactivos de la Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la Ciudad de México (la cual mide la depresión a través de, de opción múltiple, donde se pregunta sobre los sentimientos del encuestado). Y se les aplicó a las usuarias que se encontraban en el criterio de inclusión, antes mencionado.

Se aplicó la prueba el día de la intervención, (ya sea el AMEU o las pastillas) conociendo que las usuarias son programadas y citadas por la mañana pero no son pasadas de inmediato al AMEU, lo que dejaba dos horas aproximadamente para la aplicación de la prueba; y sabiendo que la prueba tarda un tiempo aproximado de 5 a 8 minutos en aplicarse, deja un buen rango de tiempo de aplicación. La cual fue aplicada a 60 usuarias. Los resultados fueron pasados a una base de datos del programa SPSS versión 17 donde se analizaron para obtener los resultados.

CAPITULO VII

RESULTADOS

7.1 Gráficas de resultados de las encuestas

A continuación se muestran los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas en la investigación a través de las siguientes gráficas circulares.

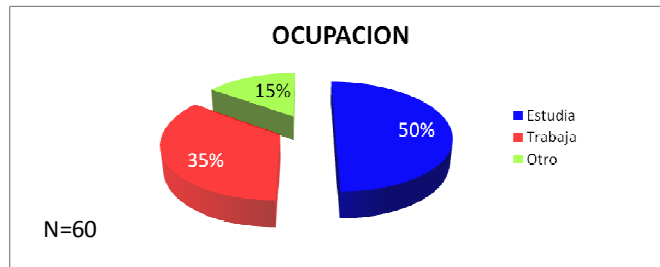


Figura-5. Esta gráfica se refiere a la **ocupación** de las encuestadas, las cuales se encuentran divididas en estudiantes 50%, trabajadoras 35%, y otros 15% (al hogar, nada por el momento, etc.)

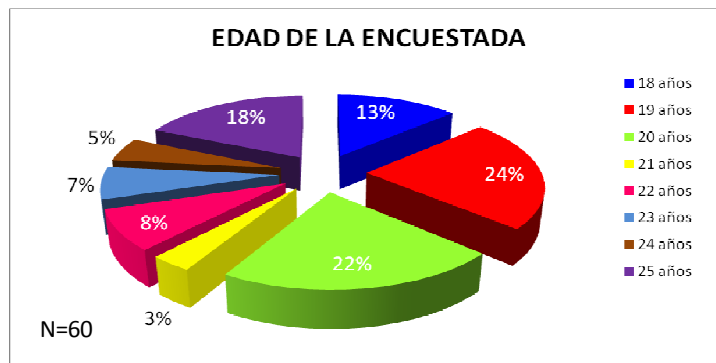


Figura-6. Esta gráfica muestra la **edad** de las encuestadas, las cuales están en un rango de edad de 18 a 25 años. De las cuales el 46% son de 19 y 20 años.

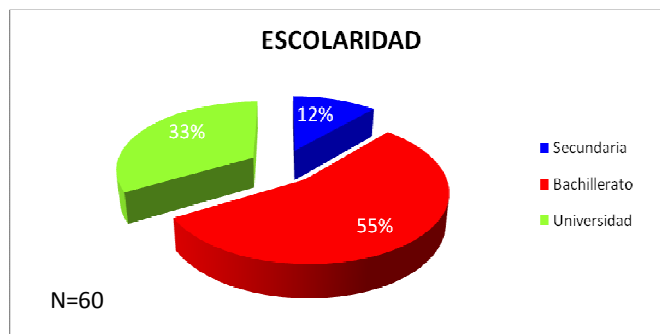


Figura-7. Esta gráfica se refiere a la **escolaridad** de las encuestadas, divididas en secundaria 12%, bachillerato 55% y universidad 33%.

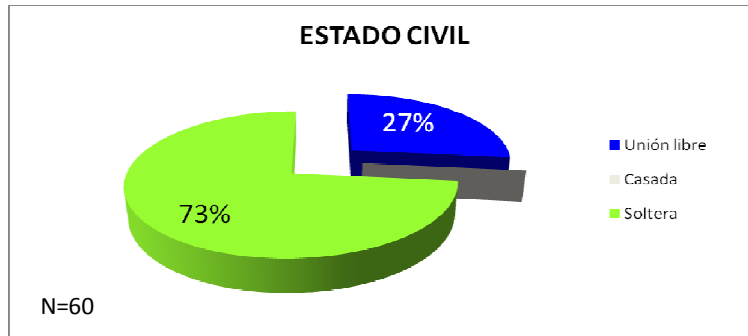


Figura-8. Esta gráfica muestra el **estado civil** de las encuestadas, se dividen entre solteras 73% y en unión libre 27%; dejando en 0% la condición de estar casadas.



Figura-9. En esta gráfica se muestra el porcentaje del **nivel socioeconómico** de las encuestadas, ubicándolas en nivel bajo 17%, medio 78% y alto 5%.

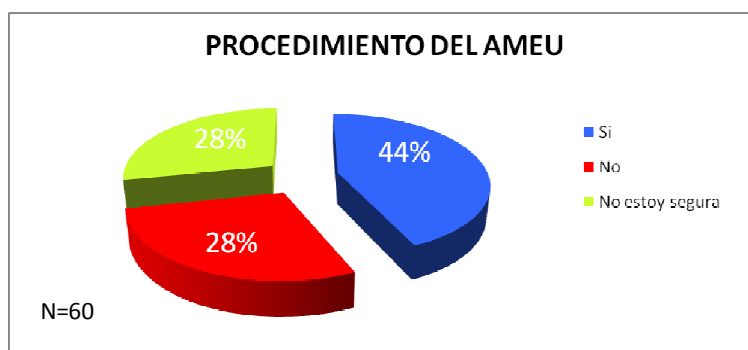


Figura-10. Esta gráfica muestra nivel de conocimiento de las encuestadas, con respecto a si conocían el **procedimiento del AMEU**, y esto fue: “si” lo conozco 44%, “no” lo conozco 28%, y “no estoy segura” 28%.

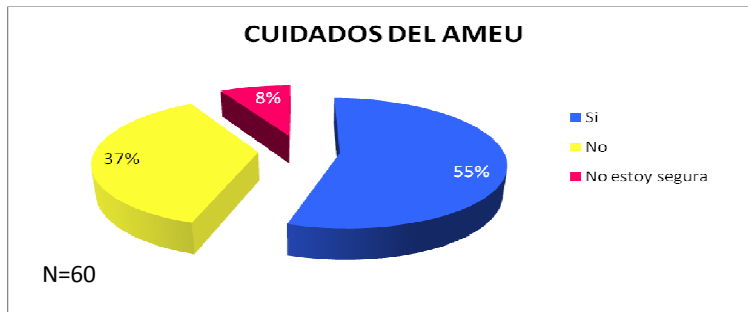


Figura-11. En esta gráfica se muestra el nivel de conocimiento de las encuestadas, con respecto a si conocían los **cuidados que se deben tener antes y después del AMEU**, y esto fue: “si” lo conozco 55%, “no” lo conozco 37%, y “no estoy segura” 8%.

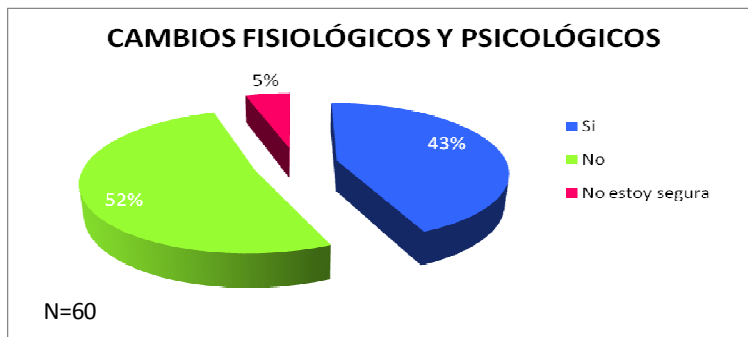


Figura-12. En esta gráfica se muestra el nivel de conocimiento de las encuestadas, con respecto a si conocían los **cambios fisiológicos y psicológicos** que presentan antes y después del **AMEU**, y esto fue: “si” lo conozco 43%, “no” lo conozco 52%, y “no estoy segura” 5%.

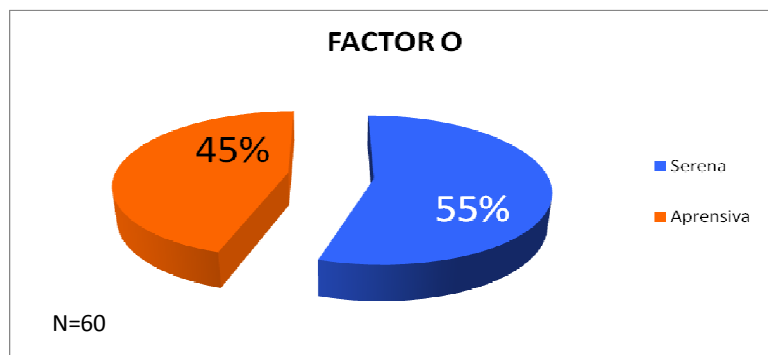


Figura-13. Esta gráfica muestra el estado de las encuestadas, con respecto al Cuestionario de personalidad para adolescentes, R.B. Cattell y M.D. Cattell en la sub-escala; **Factor O**; para conocer como se encontraron, el resultado fue: serenas 55% y aprensivas 45%.

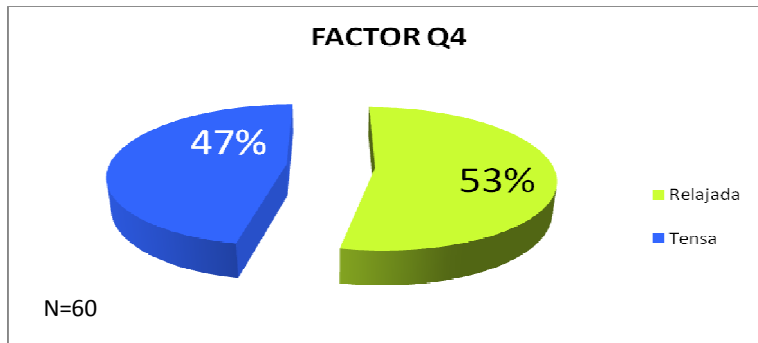


Figura-14. Esta gráfica muestra el estado de las encuestadas, con respecto al Cuestionario de personalidad para adolescentes, R.B. Cattell y M.D. Cattell en la sub-escala: **Factor Q4**; para conocer como se encontraron, el resultado fue: relajadas 53% y tensas 47%.

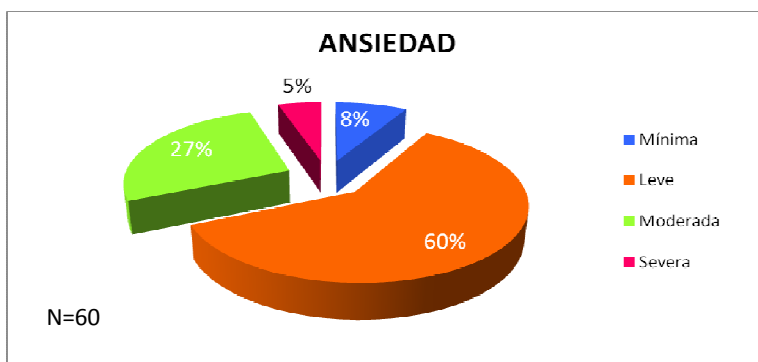


Figura-15. Esta gráfica muestra el estado de las encuestadas, con respecto a la Versión mexicana del inventario de **Ansiedad** de Beck; para conocer como se encontraron, el resultado fue: ansiosas de forma mínima 8%, leve 60%, moderada 27% y severa 5%.

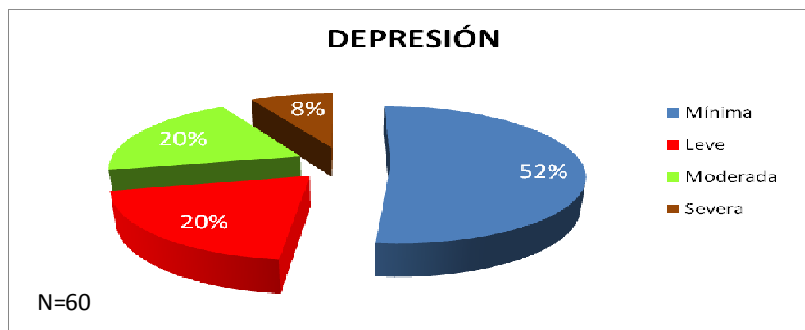


Figura-16. Esta gráfica muestra el estado de las encuestadas, con respecto a la Estandarización del Inventario de **Depresión** de Beck para los Residentes de la Ciudad de México; para conocer como se encontraron, el resultado fue: deprimidas de forma mínima 52%, leve 20%, moderada 20% y severa 8%.

6.2 Tablas de correlación

A continuación se presentan las correlaciones significativas del análisis de los datos obtenidos mediante la aplicación de la prueba.

Cuadro de correlaciones de los datos obtenidos en la investigación.	Escolaridad	Edo. Civil	Conoce el procedimiento del AMEU	Cuidados que debe tener antes y después del legrado	Factor O (Serenoprensivo)	Factor Q4 (Relajadotenso)	Ansiedad	Depresión
Ocupación	-,342**	,446*					,501**	,359**
Edad de la encuestada							,431**	
Escolaridad			-,443**					
Edo. Civil							,576**	
Nivel socioeconómico				-,360**	,457**	,465**		
Cambios fisiológicos y psicológicos presentas antes y después del legrado								,412**
Factor O (Serenoprensivo)						,967**		,530**
Factor Q4 (Relajadotenso)								,501**
Ansiedad								,733**

7.3 Resultados de las correlaciones

A través del análisis de los datos obtenidos, las correlaciones significantes concluyen que:

- Datos relacionados con la Ansiedad y Depresión.

Las usuarias que tienen mayores ocupaciones, son también quienes presentan los más elevados niveles de Ansiedad y de Depresión.

Las usuarias de mayor edad muestran mayores niveles de Ansiedad.

Las jóvenes que se encuentran en unión libre son las que refieren mayor nivel de Ansiedad.

Las usuarias de niveles socioeconómicos altos son las que refieren mayores niveles de Tensión y Aprensión.

Las usuarias que conocen los cambios fisiológicos y psicológicos que se sufren sus cuerpos, antes y después del AMEU son las que mostraron los mayores niveles de Depresión.

Se observan conductas paralelas en las encuestadas ya que las que refieren estar Tensas, también refirieron estar Aprensivas.

Las encuestadas que presentan elevados niveles de Ansiedad, también los presentan en Depresión.

Por último, se observan conductas paralelas en las encuestadas que refieren estar Tensas y Aprensivas. Ya que estas mismas refirieron elevados niveles de Depresión.

- Datos generales de las usuarias.

A menor nivel escolar, el índice es mayor de ocupación (estudiar o trabajar).

Las usuarias que se encuentran solteras son las que mayor índice de ocupación presentan.

Las usuarias que cursan el nivel medio superior, tienen más información sobre el procedimiento del AMEU.

Las que se encuentran en un nivel económico medio, son las que están más informadas sobre los cuidados del AMEU.

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La investigación fue realizada con una población de 60 usuarias del servicio ILE con un rango de edad de 18-25 años, en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco. Del cual, el análisis estadístico (fue realizado con el SPSS versión 17) de esta investigación indica que las usuarias que se encuentran estudiando y/o trabajando, son quienes presentan mayor ansiedad y de depresión. Otro factor relevante es la edad de ellas, ya que las de mayor edad, así como las que se encuentran solteras, reportaron estar más ansiosas. Las jóvenes que conocen los cambios fisiológicos y psicológicos que se sufren sus cuerpos, antes y después del AMEU son las que mostraron los mayores niveles de depresión. Las encuestadas que presentan elevados niveles de ansiedad, también lo presentan en depresión. Esta situación se presenta de forma paralela en las usuarias que refieren estar tensas, ya también muestran estar aprensivas. Las encuestadas que se encuentran en un nivel socioeconómico alto reportan altos niveles de tensión y presión. Por último, se observan conductas paralelas en las encuestadas que refieren estar tensas y aprensivas, ya que estas mismas refirieron elevados niveles de depresión.

Entre los datos generales de las usuarias destaca mencionar: las que se encuentran en el nivel medio superior, son quienes tienen mayor información sobre el procedimiento del AMEU, así como también lo tiene las que se encuentran un nivel económico medio. Las que reportan estar estudiando y/o trabajando, son las que se encuentran solteras. Tal como se refiere en las graficas.

Partiendo de lo antes mencionado basta mencionar que la problemática del ILE tiene su origen de una enorme desinformación de las jóvenes, acerca de los métodos anticonceptivos, planeación familiar, inexperiencia, etc. Los cuales han sido tratados en distintos e innumerables libros revistas, foros y demás medios de información de toda índole, por lo que no tendrán relevancia en esta investigación ya que esta se centrara en el problema del ILE partiendo de que la prevención asido pasada por alto y la probabilidad de que ocurriera asido agotada.

Se aborda esta situación que pasan más de 500 mujeres al año, tan solo en el Hospital Materno Infantil de Xochimilco. Si bien el tema del aborto ha cambiado de matiz de poco más de 2 años a la fecha, el cual ha pasado de una práctica ilegal, salvo algunas condiciones marcadas por la ley; es ahora una práctica legal y gratuita en México D.F. (Ciudad de México) en la cual se ha puesto como margen general para la interrupción del embarazo que sea antes de las 12 semanas de gestación.

El tema ha sido mencionado desde distintos puntos de vista, religiosos, económicos, pródida, legal (derechos sexuales y reproductivos), éticos, los cuales han expuesto sus argumentos a favor y en contra, y hasta ahora no se ha detenido el servicio del ILE. "Seguramente este servicio seguirá operando por muchos años más".

Y sin más preámbulo se atenderá el tema de mi investigación de tesis el cual es: Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en mujeres de 18 a 25 años. ¿Existe o no ansiedad y depresión? Y si existe, ¿Cuál es su nivel?; Para conocerlo, se elaboro una prueba para medirlo; la cual está basada en: la Versión mexicana del inventario de Ansiedad de Beck, la Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la Ciudad de México y 2 sub-escalas del Cuestionario de personalidad para adolescentes, R.B. Cattell y M.D. Cattell.

Los datos obtenidos fueron que las usuarias del servicio ILE del Hospital Materno Infantil de Xochimilco, **Si** presentan ansiedad y depresión. En cuanto a la ansiedad: el 8% lo presenta en un nivel mínimo, el 60% en un nivel leve, el 27% de manera moderada y solo el 5% de ellas presenta un nivel severo. En la depresión la forma en que se presento fue: el 52% presento nivel mínimo, el 20% en un nivel leve, un 20% de ellas en nivel moderado y solo el 8% nivel severo. Lo que nos indica que el nivel mínimo y leve de ansiedad y depresión se presenta en promedio en el 70% de las usuarias, el 23.5% en nivel moderado y el restante 6.5% en nivel severo.

Así por ultimo cabe señalar que en todo el tiempo que lleva realizándose el AMEU en el DF, solo ha fallecido una chica la cual en un caso excepcional fue en un Hospital donde el doctor no contaba con el servicio de ultrasonido en su consultorio, y su error fue confiar en la usuaria que le aseguro que tenía menos de 12 semanas de gestación (El Universal 16 de febrero de 2008). A pesar de este terrible incidente, más de 30,000 usuarias se han realizado satisfactoriamente el servicio del ILE, el cual ha reestructurado el formato en recepción de pruebas de laboratorio de las usuarias que solicitan el servicio, con el fin de no volver a tener incidentes como el sucedido con la usuaria que falleció.

8.2 Experiencia

En la experiencia que tuve al realizar esta investigación pude percatarme de que un factor extra que tranquiliza a las usuarias es que los consultorios donde atienden a las usuarias del ILE son tres, los cuales están juntos, y son los primeros; lo que permite que las usuarias estén sentadas juntas, esto aunado a que son programadas y citadas 2 horas antes de que llegue la doctora a realizar el AMEU; en la mayoría de los casos, platican entre ellas su experiencia sobre el ILE, lo que les da una sensación de que no están solas y que son varias las que están en la misma situación, y estas son pasadas conforme fueron llegando al Hospital, a la sala donde se realizara el AMEU así que se apoyan dándose valor unas a otras “diciéndose por lo regular que no gritarían para que la siguiente no tuviera miedo”.

Aunado a este apoyo colectivo de las usuarias, la Doctora, les daba a firmar un formato de la Secretaria de Salud, en el que la usuaria se comprometía a utilizar un método anticonceptivo, durante el tiempo que no deseara tener hijos, el cual podía ser quirúrgico, métodos de barrera, hormonales, químicos o el DIU para mujeres que ya habían tenido un hijo. En ocasiones la pareja optaba por la vasectomía reversible. Además de que las enfermeras les daban toda la información de estos métodos para que tomaran la mejor opción.

En ocasiones llegaban chicas de otros estados solicitando los servicios del ILE. Y en el tiempo que estuve (cerca de 2 meses), solo se presentaron dos usuarias con un elevado nivel de depresión, pero esta era referida de varios meses antes de estar embarazada, por lo que los casos crónicos no son específicamente derivados de la interrupción de su embarazo.

8.3 Recomendación

A través de las fuentes que consulte (libros, revistas, Organizaciones públicas y privadas, internet, médicos, etc.) se encontró que las jóvenes que se encuentren embarazadas, y este sea una situación no deseada, tendrán 3 opciones:

- Tener el bebe y criarlo.
- Tener el bebe y darlo en adopción.
- Interrumpir su embarazo.

Sea cual sea la decisión que tomen solas o con su pareja solo se les puede recomendar que se informen bien sobre las alternativas que existes, esto se puede realizar en las reseñas señaladas a lo largo de esta investigación. Con el fin de que tengan toda la información necesaria y que tomen la mejor decisión para sus vidas.

REFERENCIAS

1. Aldo R. Eynard, Mirta A. Valentich, Roberto A. Rovasio, (2000). "Bases Celulares y Moleculares"; Ed. Triunfar. Argentina.
2. Antonio Bugalho, Cassimo Bique, Fernanda Machungo and Staffan Bergstrom (1995). Vaginal Misoprostol as an Alternative to Oxitocin for Induction of Labor in Women With Late Fetal Death- Acta Obstet Gynecol Scand; 74:194-198.
3. Aristoteles (1964); "Obras Completas Ed. Aguilar". Madrid 1559 pp.
4. Barlow, D.H. (1988). "Anxiety disorders": The nature and treatment of anxiety and panic. Nueva York: Guilford Press.
5. Bartlett, Bruce. (2005). "Practical recording techniques" /Bruce Bartlett, Jenny Bartlett. Burlington, Massachusetts : Elsevier/Focal, 600 pp.
6. Bello Maldonado, R. & Ocampo Aguilar, M. (1992). "Efectos psicológicos del aborto en la relación de pareja". Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
7. Boyle, M. (1997). "Re-thinking abortion". Psychology, gender, power and the law. New York: Editorial London.
8. Bugalho MA. (1995). Perfil epidemiológico, complicações e custo do aborto clandestino comparação com aborto hospitalar e parto, em Maputo, Moçambique. Doctoral Thesis. Faculty of Medical Sciences. Universidade Estadual de Campinas, SP, Brazil.
9. Carrizo, B. H; Corona, D. E; Y Funke, A. S. (1982); "El aborto inducido" La educación de la sexualidad humana, Familia y Sexualidad. Porrúa. México 3001-322 pp.
10. CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2001). "Informa Provida que impartirá cursos en escuelas en contra del aborto". México: CIMAC.
11. CPDF (Código Penal para el Distrito Federal) (2007). Disponible en: <http://cgservicios.df.gob.mx>
12. Congreso Nacional de Barcelona (2007). "Normas para una aborto seguro" "Publicado en Revista oficial de la Sociedad Española de Fertilidad 8º Congreso Nacional. SEC" Barcelona, Junio 2007. pp. 21-24.
13. Crooks & Baur. (2000). Nuestra sexualidad (7ma. Ed.) New York: Thompson Editores. A
14. Cooper, B. (1972). "Sexo sin lagrimas". México: Editorial siglo XXI
15. Comité Nacional Pro-vida, A. C. (2008). Disponible en: (www.prodigyweb.net.mxcprovida).

16. Cozzarelli y Armsworth (1997). "Effects of Abortion on Men". London.
17. David C. & Reardon. (1996). "Forgotten fathers and their unforgattable children". The post abortion review (en red), Disponible en www.afterabortion.org.
18. Díaz Flores, (1998) "Actitud ante el aborto provocado en mujeres casadas y solteras" Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM Iztacala.
19. DONCEL, JOSEPH F. (1980) "Antropología Filosófica". Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires.
20. Emanuela Muriana Laura Pettenò Tiziana Verbitz (2007). "Las caras de la depresión". Herder.
21. Faundes, A. (1998); "Aspectos médicos del aborto inducido". Centro de investigaciones sobre dinámica social- CIDS. Universidad Externado de Colombia.
22. Faundes A. Y Barzelatto J. (2005) "El drama del Aborto, en busca de un consenso" TERCER MUNDO EDITORES (Colombia).
23. Fernando Savater, (1981); "La tarea del héroe" Premio Nacional de Ensayo España.
24. FIGO Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (1999) "Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction"
25. García Romero, Horacio; González González, Alfredo; García Barrios, Cecilia; Galicia, Jorge (2000) "Ginecología y Obstetricia" México, 68, 198-203
26. GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) (1999); "Las cifras del aborto en México. Boletín informativo. México: GIRE.
27. González de León D, Billings D, Gasman N, Ramírez R. (2002) "Incorporación de la salud sexual y reproductiva y del enfoque de la atención integral a la mujer con aborto en los programas de licenciatura en medicina". Ipas México.
28. González, Z., (1989); "Implicaciones Psicológicas del aborto" Revista Salud Pública de México, 37(3), 248-255 pp.
29. Gutiérrez, M. A. (2003): "Derechos sexuales y reproductivos de las adolescente: una cuestión de ciudadanía", en S. Checa (comp.): Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia, Buenos Aires Paidós.
30. Hernández G. M. (1991) "El aborto y la Biblia" ¿Aborto Homicidio o Derecho? Impre - Hall, México, 101 – 112 pp.
31. Hipócrates de Cos, (2006); Microsoft Encarta Online Encyclopedia.
32. INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

33. Isaura Bono Olvera (2006); "Propuestas de formación de jóvenes promotores en salud sexual con perspectiva de género y enfoque constructivista" Tesis de la Licenciatura en Psicología UNAM, 13 y 14 pp.
34. Jiménez, M. (1997). "Medios, fobias y trastornos de ansiedad en la infancia". En M. Jiménez (Coord.): Psicopatología infantil. Archidona (Málaga): Aljibe 45-69 pp.
35. Langman, T. W. Sader. (2000); "Histología y Embriología del Ser Humano", Ed. Médica Panamericana. Argentina.
36. Loli, E. (1997); "El aborto como problema de salud pública y justicia social". Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Perú.
37. Luis de la Barreda Solórzano (1991) "El delito de aborto: una careta de buena conciencia", Miguel Ángel Porrúa, Libro editor, México.
38. Lytton, H. & Romney, D. M. (1991). "Parents' differential socialization of boys and girls": A meta-analysis. Psychological Bulletin, 109, 267-296.
39. Marcos, S. (1995). Decidir abortar o no, un derecho moral. En Ortiz Ortega, A (Eds.), Razones y pasiones en torno al aborto (pp. 5-8). México: Edamex.
40. Ma. del Socorro Hernández Mendoza (2002); "La actitud de los universitarios ante el aborto" Tesis de la Licenciatura en Psicología UNAM, 14 y 15 pp.
41. Margarita Ortiz-Tallo Alarcón (Coordinadora) 1997. "Trastornos psicológicos" EDICIONES ALJIBE.
42. Martha P. Castañeda Salgado (2003); "La interrupción voluntaria del embarazo, Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas". México: CEIICH 61-63 pp.
43. McKay HE, Rogo KO, Dixon DB FIGO (2001) "Society Survey": acceptance and use of new ethical guidelines regarding induced abortion for non-medical reasons. Int J Gynaecol Obstet, 75:327-336 pp.
44. Miguel –Tobal, J.J. (1996). "La ansiedad". Madrid: Ed. Aguilar.
45. Ochoa, E. (1990). "Trastorno por ansiedad". En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.). Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatría. Vol. II. Madrid Interamericana-Mc Graw- Hill.
46. OMS, Organización Mundial de la Salud (2003) "Aborto sin riesgos". Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, Argentina, 14 y 92 pp.
47. Ramos, S.; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero, M Y Szulik, D. (2001); "Los médicos ante la anticoncepción y el aborto". ¿Una transición ideológica), Buenos Aires, Ed. CEDES.
48. Reyes del Toro. (1978) "Estudio Comparativo de Actitudes hacia el Aborto Inducido en cuatro grupos de Profesionales" Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM.

49. Renata López Hernández (2004); "El aborto en México y el mundo, una mirada feminista" Tesis de la Licenciatura en Psicología UNAM, 17-21 pp.
50. Population Council, (2003) "Medicamentos para la interrupción legal del embarazo temprano". Aborto medicamentoso. México D.F., Population Council.
51. PROVIDA EN AMÉRICA LATINA (Human Life International)., Latina. Disponible en: (www.vidahumana.org).
52. Secretaría de Salud de DF. Programa de Acción: "Salud Reproductiva. México": SSA, Disponible en: (<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/>).
53. Steven D. Levitt y Stephen J. Dubner (2006), "Freakonomics" Ed. EDICIONES B, S.A., Barcelona (España) 13-19 pp.
54. Shostak, A., y Mc Louth, G. (1987). "Men & abortion": Lessons, losses and love. New York: Praeger.
55. Simon, M. (1997). "Male partner and the psychological sequelae of abortion": A psychodynamic – Relational view.
56. Tolbert, Kathryn, Karen Morris Karen y Mariana Romero. S.F. (1995) "Los hombres y la decisión respecto al aborto: hacia una teoría entre las relaciones de género y el aborto". Colombia: Universidad Externado de Colombia.
57. Vidal Marciano (1991); "Moral de la Persona y Bioética Teológica", PS, Madrid, 349-350 pp.
58. Viel, B. (1972); "Las secuelas del aborto no hospitalario". En: Hall, Robert, E. (Compil.). "El aborto en un mundo cambiante". Yanes, C. (Trad). México: extemporáneos.
59. W. Linford Rees. (1974). Factores de ansiedad en la asistencia global al enfermo; EXCERPTA MEDICA.
60. Wolpe, J. (1987). Practica de la terapia de conducta. México: Ed. Trillas.

GLOSARIO

Aborto: (l. abortio, perder). El termino refiere aquel nacimiento de un embrión o feto antes de ser viable (es decir, con la madurez suficiente para sobrevivir fuera del útero). Toda terminación del embarazo que se presenta o es inducido antes de las 20 semanas recibe el nombre de aborto.

Apacible; sosegado, sin turbación física o moral.

Cigoto; Esta célula resulta de la fecundación de un ovulo por un espermatozoide. Un cigoto es el comienzo de un nuevo ser humano.

Constitutivo; Que forma parte fundamental de una cosa y la distingue de las demás.

Deglución; Proceso de tragar los alimentos y, en general, hacer pasar de la boca al estómago cualquier sustancia sólida o líquida.

Edad adulta: en este periodo, que va de los 18 a 25 años, se complementa virtualmente la osificación y el crecimiento. A partir de este tiempo, los cambios en el desarrollo ocurren de manera muy lenta y resulta casi siempre en perdida selectiva de células y tejidos altamente especializados.

Semántica; Perteneiente o relativo a la significación de las palabras.

Embrión: Es un organismo pluricelular en sus primeras etapas de desarrollo. El periodo del embrión se extiende hasta el final de la octava semana, momento en que da comienzo la formación de todas las estructuras importantes

Endo; Significa 'dentro', 'en el interior'. Endocardio, endógeno.

Feto: Es un vertebrado vivíparo en desarrollo, el cual transcurre desde el momento en que se ha completado la etapa embrionaria hasta antes de que se produzca el nacimiento. Durante la vida fetal no se forman órganos o tejidos nuevos, sino que se produce la maduración de los ya existentes.

Hilemórfica; La teoría Aristóteles, los seres naturales están compuestos de materia (hile), y forma (morfé), de aquí se deriva la teoría hilemórfica.

Psicoactivo, va; adj. Dicho de una sustancia: Que actúa sobre el sistema nervioso, alterando las funciones psíquicas.

Puerperio; Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.

Punible; Que debe ser castigado.

Uterino; Perteneiente o relativo al útero.

ANEXO

Instrucciones: A continuación se te presenta una entrevista con preguntas abiertas y cerradas, por favor contéstalas brevemente o tacha la opción correcta, y recuerda que esta información que proporciones será de forma anónima.



Ocupación: a) Estudio b) Trabajo c) Otra Edad: _____

Escolaridad: a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato d) Universidad

Edo. Civil: a) Soltera b) Casada c) Unión libre d) Divorciada

¿Qué nivel socioeconómico tiene? a) Muy bajo b) Bajo c) Medio d) Alto

¿Conoces el procedimiento del AMEU? a) Si b) No c) No estoy segura

¿Conoces los cuidados que debes tener antes y después del AMEU?

a) Si b) No c) No estoy segura

¿Conoces que cambios fisiológicos y psicológicos presentas antes y después del AMEU?

a) Si b) No c) No estoy segura

¿Cuentas con el apoyo de tu pareja o de algún familiar cercano? a) Si b) No

¿Puedes permanecer animada, incluso cuando las cosas van mal?

- a) Si
- b) No estoy segura
- c) No

¿Te parece que la vida te transcurre más agradable y satisfactoria para ti que para muchas otras personas?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

¿Piensas algunas veces que vales poco y que no haces nada que merezca la pena?

- a) Si
- b) Quizás
- c) No

¿Tienes dificultades en recordar un chiste de otro con los suficientes detalles como para contarlo tú misma?

- a) Si
- b) Algunas veces
- c) No

¿Crees que las cosas te van saliendo bien y que haces todo lo que pueden esperar de ti?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

¿Cuando estás leyendo una historia de aventuras?

- a) Disfrutas ampliamente de la historia a medida que se desarrolla.
- b) No estás segura.
- c) Te preocupa si la historia va a tener un final feliz.

¿Te resulta difícil actuar o ser como otras personas esperan que seas?

- a) Si
- b) No estoy segura
- c) No

¿Te molesta tener que permanecer sentada sin moverte, esperando que comience algo?

- a) Si
- b) Término medio
- c) No

¿Te atreves siempre a decir cuáles son tus verdaderos sentimientos, por ejemplo, si estás cansada o aburrida?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

¿Cuando se aproxima algo importante, tal como un examen o un gran evento?

- a) Estás muy tranquila y relajada.
- b) Término medio.
- c) Te pones muy tensa y preocupada.

¿Cuando las cosas salen muy bien?

- a) Casi "saltas de alegría".
- b) No estás segura.
- c) Te sientes bien interiormente y aparentas estar tranquila.

Si alguien pone música ruidosa mientras estás intentando trabajar; ¿Necesitas marcharte a otro sitio?

- a) Si
- b) Quizás
- c) No

¿Aprendes con rapidez nuevas cosas?

- a) Si
- b) Término medio
- c) No

¿Te gustaría ser más despreocupada y alegre en lo referente a tu trabajo y/o escolar?

- a) Si
- b) Quizás
- c) No

Cuando pasas por una calle tranquila y oscura; ¿Te viene con frecuencia la idea de que alguien te sigue?

- a) Si
- b) Quizás
- c) No

¿Te resulta fácil ir y presentarte a una persona importante?

- a) Si
- b) Quizás
- c) No

¿Cuando alguien no está de acuerdo contigo?

- a) Le dejas decir todo lo que tiene que decir.
- b) No estoy segura.
- c) Sueles interrumpirle antes de que termine.

¿Algunas veces los pequeños problemas acaban poniéndote nerviosa, aunque sabes que no son muy importantes?

- a) Si
- b) Quizás
- c) No

Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica con una (X) cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy.	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADA MENTE	SEVERA MENTE
Entumecimiento, hormigueo.				
Sentir oleadas de calor (Bochorno).				
Debilitamiento de las piernas.				
Dificultad para relajarse.				
Miedo a que pase lo peor.				
Sensación de mareo.				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados.				
Inseguridad.				
Terror.				
Nerviosismo.				
Sensación de ahogo.				
Manos temblorosas.				
Cuerpo tembloroso.				
Miedo a perder el control.				
Dificultad para respirar.				
Miedo a morir.				
Asustada.				
Indigestión, o malestar estomacal.				
Debilidad.				
Ruborizarse, sonrojamiento.				
Sudoración (No debida al calor).				

Por favor lea cada una de las oraciones cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una.

- 1.- 0. Yo no me siento triste.
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

- 2.- 0. En general no me siento descorazonada por el futuro.
 1. Me siento descorazonada por mi futuro.
 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

- 3.-
 0. Yo no me siento como una fracasada.
 1. Siento que he fracasado más que las personas en general.
 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.

- 4.-
 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
 3. Estoy insatisfecha o aburrida con todo.

- 5.-
 0. En realidad yo no me siento culpable.
 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo.
 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

- 6.-
 0. Yo no me siento que esté siendo castigada.
 1. Siento que podría ser castigada.
 2. Espero ser castigada.
 3. Siento que he sido castigada.

- 7.-
 0. Yo no me siento desilusionada de mi misma.
 1. Estoy desilusionada de mi misma.
 2. Estoy disgustada conmigo misma.
 3. Me odio.

- 8.-
 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas.
 1. Me critico a mi misma por mis debilidades o errores.
 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9.-
 0. Yo no tengo pensamientos suicidas.
 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
 2. Me gustaría suicidarme.
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

- 10.-
 0. Yo no lloro más de lo usual.
 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
 2. Actualmente lloro todo el tiempo.
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

- 11.-
 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
 1. Me enojo o irrito más facilmente que antes.
 2. Me siento irritada todo el tiempo.
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.

- 12.- 0. Yo no he perdido el interés en la gente.
1. Estoy menos interesada en la gente de lo que solía estar.
2. He perdido en gran medida el interés en la gente.
3. He perdido todo el interés en la gente.
- 13.- 0. Tomo decisiones también como siempre lo he hecho.
1. Pospongo tomar decisiones más que antes.
2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
3. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.- 0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.
1. Estoy preocupada de verme vieja o poco atractiva.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractiva.
3. Creo que me veo fea.
- 15.- 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.
2. Tengo que obligarme para hacer algo.
3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.
- 16.- 0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volver a dormir.
3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.
- 17.- 0. Yo no me canso más de lo habitual.
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
2. Con cualquier cosa que haga me canso.
3. Estoy muy cansada para hacer cualquier cosa.
- 18.- 0. Mi apetito no es peor de lo habitual.
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
2. Mi apetito está muy mal ahora.
3. No tengo apetito de nada.
- 19.- 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
1. He perdido más de dos kilogramos.
2. He perdido más de cinco kilogramos.
3. He perdido más de ocho kilogramos.
A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos Si____
No____

- 20.- 0. Yo no estoy más preocupada de mi salud que antes.
1. Estoy preocupada acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
3. Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.- 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesada en el sexo de lo que estaba.
2. Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora.
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

¡Gracias por su tiempo!