



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

DEPRESIÓN EN MUJERES JÓVENES QUE
SE HAN PRACTICADO UN ABORTO

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
MARÍA DEL PILAR SOLÍS RODRÍGUEZ

Director: Dr. **José de Jesús Vargas Flores**

Dictaminadores: Mtra. **María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia**

Lic. **Juana Olvera Méndez**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

Junio 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Por dar todo sin esperar nada a cambio más que mi felicidad y crecimiento personal y profesional... por esas malas rachas que soportaron con tal de que no me faltara nada y con el fin de que yo siguiera adelante, argumentando siempre que esto (mi educación) sería todo lo que podrían dejarme...

...Por darme la oportunidad de vivir y de llegar hasta donde estoy ahora; por todo su esfuerzo, cariño, paciencia, por permitirme llegar a sus vidas y por un sinfín de cosas más... en fin, ni con mil páginas más podría agradecer todo cuanto me han brindado a manos llenas... Gracias

A Vero

Por tus ganas de verme crecer, de sentirme libre y segura... feliz... Por tu apoyo incondicional siempre, que nunca me ofreciste ni te pedí como tal (simple apoyo), al contrario, siempre estuvo libre de la más mínima pizca de malicia y surgía en los momentos en los que más podría necesitar de alguien...

Por tus sonrisas en momentos difíciles, por demostrarme que la felicidad no es algo que tenga que buscarse, sino una decisión de ser, por incitarme a seguir, no solo con palabras, sino con una simple mirada que a veces solía ser suficiente... Gracias

A Hugo

...Por ser un ejemplo a seguir...

Por exigirme cosas que yo misma no me atrevía a pedirme, por darme el empujón que me aventó hasta este momento, paso que difícilmente pude haber dado tan rápido por mí misma.

Por tu apoyo incondicional en todos los aspectos (moral principalmente), por incitarme a seguir aun cuando me veías en el suelo y por estirar tu mano siempre ofreciendo tu ayuda...por permitirme compartir este momento contigo... Gracias

A mis asesores

Por darme la oportunidad de seguir mi rumbo tomado de sus conocimientos, por no negarse a caminar conmigo en este momento tan importante de mi vida.

Por su tiempo, paciencia y dedicación... por todo el esfuerzo compartido... Gracias

A quien pudo ser lo más importante

...Por haber hecho posible lo imposible y por querer formar parte de mi vida...

Es cierto que a veces hay pereza en nuestras manos, ¿podrías perdonarme?

“Quisiera contarte que ha sido largo el camino y que se ha burlado el destino de mis proyecto de entonces”... (José Luis Perales)

A la Fes-Iztacala y a la vida

Por abrir sus brazos ante mí y apretarme para no caer... por permitirme levantar mis alas frente a ellas...por ser las mejores escuelas... Gracias

DEDICATORIAS

*...A las fuertes de cuerpo, aunque pudieran no serlo tanto
de espíritu...*

*(No para tomar una decisión, sino para afrontar lo que esta traiga
consigo)*

“Que canten los niños”

*Que canten los niños, que alcen la voz, que hagan al mundo escuchar,
Que unan sus voces y lleguen al sol, en ellos está la verdad;
Que canten los niños que viven en paz y aquellos que sufren dolor,
Que canten por esos que no cantarán, porque han apagado su voz.*

*Yo canto para que me dejen vivir, yo canto para que sonría mamá,
Yo canto porque es el cielo azul y yo para que no me ensucien el mar,
Yo canto para los que no tienen pan, yo canto para que respeten la flor,
Yo canto por que el mundo sea feliz, yo canto para no escuchar el cañón.*

*Que canten los niños, que alcen la voz, que hagan al mundo escuchar,
Que unan sus voces y lleguen al sol, en ellos está la verdad;
Que canten los niños que viven en paz, y aquellos que sufren dolor,
Que canten por esos que no cantarán, porque han apagado su voz.*

*Yo canto porque sea verde el jardín y yo para que no me apaguen el sol,
Yo canto por el que no sabe escribir y yo por el que escribe versos de amor,
Yo canto para que para que se escuche mi voz y yo para ver si les hago pensar,
Yo canto porque quiero un mundo feliz y yo por si alguien me quiere escuchar.*

*Que canten los niños, que alcen la voz, que hagan al mundo escuchar,
Que unan sus voces y lleguen al sol, en ellos está la verdad;
Que canten los niños que viven en paz y aquellos que sufren dolor,
Que canten por esos que no cantarán, porque han apagado su voz.*

...

José Luis Perales

*“si solo piensas en lo que será y divagas en lo que
pudo haber sido, jamás sabrás lo que es”*

... por que la decisión que tomes sea la correcta para tí...

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.	
INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO 1. SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA.	6
1.1. Características de la adolescencia.	8
1.2. Razones de las y los adolescentes para consumir el acto sexual.	12
1.3. Reacciones de las y los adolescentes ante las relaciones Sexuales.	15
CAPÍTULO 2. EMBARAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES.	17
2.1. Causas por las que se da un embarazo no planeado	19
2.1.1. Falsas creencias sobre el embarazo.	28
2.2. Reacciones de las y los adolescentes ante un embarazo no planeado.	29
2.3. Razones por las que se lleva a cabo un aborto.	31
2.3.1. Características de las mujeres que abortan.	35
CAPÍTULO 3. ABORTO.	37
3.1. Antecedentes del aborto.	39
3.2. Tipos de aborto.	41
3.2.1. Aborto espontáneo.	42
3.2.1.1. Causas de un aborto espontáneo.	43
3.2.2. Aborto inducido.	47
3.2.2.1. Métodos por los que se lleva a cabo el aborto inducido.	48

3.2.2.2.	Aborto completo e incompleto.	49
3.2.2.3.	Aborto recurrente.	50
3.2.3.	Aborto legal e ilegal.	50
3.3.	Consecuencias del aborto.	53
3.3.1.	Consecuencias físicas.	55
3.3.1.1.	Tasas de muerte materna por aborto.	58
3.3.1.2.	Factores que influyen en el riesgo de defunción por aborto.	62
3.3.1.3.	Planificación familiar.	63
3.3.1.4.	Motivos de las y los adolescentes para omitir la Prevención..	64
3.3.2.	Consecuencias Psicológicas.	65
3.3.3.	Consecuencias sociales.	72
CAPÍTULO 4. ABORTO Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.		76
4.1.	Depresión.	77
4.1.1.	Características de la depresión.	79
4.1.2.	Tipos de depresión.	81
4.2.	Duelo.	83
4.2.1.	Características del duelo.	85
4.2.2.	Fases del duelo.	86
4.2.3.	Intervención y manejo de duelo.	87
CONCLUSIONES.		89
REFERENCIAS.		91

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo, consiste en analizar los sentimientos o emociones que podrían surgir en mujeres jóvenes después de haberse practicado un aborto; para ello, cabe mencionar que a través de la historia, el aborto ha sido un tema que ha generado demasiada controversia, esto por sus implicaciones éticas, morales y sociales, debido a ello, el aborto ha sido prohibido o limitado en diversas sociedades y permitido en otras, sin embargo, el aborto continúa siendo común, incluso donde la presión social y/o la ley se oponen a él; el hecho de tener que llevar a cabo este proceso en circunstancias no legales, implica desafortunadamente la clandestinidad, la cual a su vez ha cobrado bastantes muertes maternas. Este dato ha servido de argumento a favor de la despenalización del aborto, es decir, a favor de que el aborto deje de ser considerado como un delito y se legisle, una vez legislado, se considera que las mujeres que lo lleven a la práctica, lo harán en lugares higiénicos y con la ayuda de personas más capacitadas; empero, legal o ilegal, el aborto puede traer consigo diversas consecuencias, algunas más desfavorables que otras, en este caso, las psicológicas suelen ser las principales, esto se debe a que dicho proceso, con frecuencia acarrea sentimientos de culpa, sensación de haber pecado y depresión en primer orden. Cualquier sentimiento surgido, incluso sentimientos de alivio y tranquilidad, depende en gran medida de la personalidad de cada individuo, de sus ideas, de su forma de percibir el mundo que le rodea, de la sociedad en la que está inmerso, de sus creencias, de su religión, entre un sinnúmero de cosas más. Finalmente puede concluirse que es de gran importancia comenzar a instruirnos en lo que a planificación familiar se refiere, esto con el fin de prevenir un embarazo principalmente y por ende, poder prevenir un aborto, pues aproximadamente el 50% de todos los embarazos no son planeados y cada día se pone fin (por aborto) a casi 15 mil embarazos (lo que representa hasta 53 millones de abortos al año en el mundo). En México por ejemplo, abortan de manera clandestina entre 540 y 850 mil mujeres cada año; en este caso, uno de cada 4 abortos es de una adolescente menor de 19 años, siendo esta la tercera causa de muerte materna entre los 15 y 39 años de edad. Se estima que 1 millón 680 mil embarazos suelen terminar tanto en abortos espontáneos como inducidos, pudiendo ser o no clandestinos.

INTRODUCCIÓN

El aborto es un tema sumamente controvertido y difícil de abordar con objetividad, esto es debido a lo que ello implica (por ejemplo, las consecuencias físicas o psicológicas), sin embargo, no solo son importantes las consecuencias que dicho proceso trae consigo, sino también y en mayor medida, los factores que influyen para que una persona decida practicarse un aborto; en relación a esto último, se suman características como la religión, el nivel socioeconómico, el estado civil, el sexo, la edad, entre otras cosas.

Sin dejar de lado la última característica mencionada (la edad), el presente trabajo se enfoca principalmente en la adolescencia o mujeres jóvenes, ya que en la actualidad, son precisamente las adolescentes las que se embarazan con mayor frecuencia, esto a diferencia de las personas mayores (adultas).

Es entonces de suma importancia, entender que la adolescencia se describe como el periodo de tiempo transcurrido desde la menarquía (aparición de la primera menstruación en la mujer) o eyarquía (primera eyaculación en el hombre), hasta los 20 años aproximadamente, edad en la que generalmente se alcanza la madurez sexual, imponiendo esta algunos cambios biológicos de la adolescencia como el desarrollo de la sexualidad principalmente.

Es de destacar a la sexualidad, como el conjunto de características biológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres; esta se diferencia desde el nacimiento, marcando así la orientación hacia la masculinidad o hacia la feminidad.

Además, el desarrollo pleno de la sexualidad, depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor.

También se ha definido al sexo como un conjunto de características biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres, refiriéndose con esto a sus genitales y capacidades reproductivas; derivado de ello, se describe el acto sexual (coito) como el acto en que el pene es introducido en la vagina, el ano o la boca de otra persona.

Algunas de las causas por las que las y los adolescentes llevan a cabo el coito son: por amor, por afirmación de la personalidad, por condescendencia, por imitación, por presión de grupo o por presión social, curiosidad, falta de orientación, etcétera.

Todo esto, puede llevar a un embarazo no planeado; al hablar ya de un embarazo no planeado en las adolescentes, se considera que este es dado por diferentes causas, algunas de ellas implican la ignorancia en sexualidad y reproducción, tanto en padres y profesores como en los mismos adolescentes; dicha ignorancia aumenta las posibilidades del inicio precoz de las relaciones coitales y obviamente, también el embarazo no planeado.

El poco o nulo uso de los métodos anticonceptivos, la extrema pobreza, el ser hijo o hija de una madre adolescente, también son factores asociados a repetir el modelo de embarazo precoz; en relación a esto, cabe mencionar que la mayoría de las adolescentes no busca el embarazo, por lo tanto, este casi siempre resulta ser no planeado y/o no deseado, -desearlo o no, depende también de cada persona, pues existe quien, (trascurriendo el embarazo), crea losos afectivos bastante fuertes con el nuevo ser que se desarrolla en el vientre, razón suficiente para aceptar llevar el embarazo a término, es decir, llegar a los nueve meses y convertirse en madre-.

Algunas razones por las que ocurren los embarazos no planeados son por negación a la utilización de algún método anticonceptivo, por amor a la pareja, pasatiempo coital, hostilidad, oportunismo, manipulación o por factores de riesgo

como falta de comunicación, consumo de alcohol, droga o alguna adicción dentro de la familia, deseo de llamar la atención, desinformación acerca del embarazo, tener un bajo nivel de estudios, tener una familia disfuncional, entre otras, además de que se tienen falsas creencias sobre el embarazo, por ejemplo, algunos adolescentes creen que durante la menstruación la mujer no puede quedar embarazada, o que en una relación sexual sin eyaculación (mejor conocida como coito interrumpido) es una relación incompleta y por tanto no hay embarazo, o incluso se ha llegado a pensar que la primera vez que hay relaciones sexuales es muy difícil que se produzca un embarazo.

Una vez producido un embarazo y frente a la realidad de saber que no fue planeado, a veces la adolescente lo acepta como beneplácito, es decir, por simple aprobación, permiso o consentimiento; esto suele darse principalmente en las clases bajas, donde comúnmente se cree que un hijo se transformará quizá en el único bien al que puede aspirar una joven en la vida, otras mujeres en cambio, continúan con la gestación resignadamente, esto como un destino de su condición de mujer o por carecer de medios para abortar, empero, en un considerable número de casos toman la decisión de interrumpir la gestación, recurriendo a su vez a prácticas más riesgosas cuanto más bajos son los recursos disponibles.

Es menester conocer que el término “aborto”, proviene de la palabra “*abortio*” que significa perder, es decir, se refiere al nacimiento de un embrión o feto antes de ser viable, esto es, antes de que pueda vivir por si mismo.

No obstante, existen diferentes tipos de aborto, entre ellos, los principales son: espontáneo, inducido, legal e ilegal. En relación al aborto inducido, cabe mencionar que este supone un complejo de decisiones, detrás de las cuales suele haber conflicto de valores, elección entre bienes, -e inevitablemente-, renuncias a ciertos proyectos de vida, etcétera.

Este tipo de aborto, puede llevarse a cabo mediante diversos métodos, siendo estos la dilatación y el curetaje (también llamado raspado o legrado), la succión, envenenamiento salino, intervención quirúrgica o cesárea, etc., sin embargo, cada uno de estos tipos, también conllevan a diversas consecuencias, siendo estas físicas, psicológicas y sociales principalmente; obviamente, no todas las personas que recurren al aborto padecen las mismas consecuencias, ni físicas, ni sociales, y por supuesto, tampoco las psicológicas, de hecho, puede haber casos en los que haya bastantes consecuencias negativas y casos en los que no haya ninguna de ellas, sino por el contrario, pueden surgir sentimientos de alivio o bienestar en la persona.

Por tanto, cada aborto podría traer consigo diversas consecuencias, esto depende bastante de la forma de ser o de pensar de cada individuo, dicho de otra manera, la contradicción entre lo legal e ilegal, la culpa o el alivio, lo bueno o lo malo de esto, depende finalmente de las creencias, de las costumbres, de los ideales y/o de la forma de percibir el mundo que cada persona tiene; en pocas palabras, todo depende de lo que cada uno decida tomar de la sociedad para sí mismo y de la forma en que es tomada por cada uno de ellos.

Todo ello puede traer entonces, sentimientos de tristeza, alivio, coraje, satisfacción, desesperación, depresión, y/o duelo. El tiempo transcurrido del embarazo juega un papel preponderante, sin embargo, se ha establecido que no se sabe en qué momento del embarazo, la pérdida del feto producirá una reacción de duelo apreciable, más bien, esto parece depender del momento en que la mujer aprecia al feto como un objeto específico y desarrolla un apego hacia él.

El duelo por el aborto tiene dos características, las cuales son: a) la relación previa con el objeto muerto en primera instancia, y b) el duelo propiamente dicho por el objeto; en base a esto, además añaden que el duelo se divide en cuatro fases: 1) la fase de shock, 2) la fase de búsqueda, 3) la fase de desorganización y 4) la fase de reorganización. Independientemente de ello, la intervención de este

proceso se debe realizar a distintos niveles: comunicación, afirmación de la realidad y guía anticipatoria, esto atravesando por distintas etapas y en un largo o corto periodo de tiempo dependiendo de la personalidad de cada individuo. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar los sentimientos o emociones que podrían surgir en mujeres jóvenes después de haberse practicado un aborto.

En función de ello, el presente trabajo se divide en cuatro capítulos. En el capítulo uno, se hace referencia principalmente a la adolescencia y a la sexualidad en esta, además se mencionan algunas de las razones que incitan a las y los adolescentes a consumir el acto sexual y finalmente se toman en cuenta las reacciones de estos ante las relaciones sexuales. En el capítulo dos, se habla ya de un embarazo no planeado en las adolescentes, las causas por las que se puede dar este, las reacciones que pueden surgir en los adolescentes frente a esta realidad y las principales razones por las que se lleva a cabo un aborto o las características que tiene cada persona que puede llegar a practicarse dicho proceso (aborto).

En el capítulo tres, se discute acerca del aborto como tal, sus antecedentes, tipos de aborto y consecuencias (siendo estas físicas, sociales y psicológicas en primer orden). Finalmente, el capítulo cuatro se enfoca a la depresión que podría llegar a surgir en personas que pueden haberse practicado este proceso (aborto), además se habla también del duelo después de dicho proceso sucedido.

CAPITULO I. SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

La sexualidad puede ser definida como el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o como mujeres, es decir, la sexualidad no es precisamente sexo, más bien, es el resultado de factores instintivos y este se diferencia desde el nacimiento, marcando así la orientación hacia la masculinidad o la feminidad (McCary, 1996).

Además se considera que la sexualidad tiene que ver con la atracción, el placer y las preferencias sexuales, así como con la vinculación afectiva, erótica, el amor y la reproducción; también es importante mencionar que la sexualidad se experimenta o expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, valores o actitudes.

Por tanto, el desarrollo pleno de la sexualidad, depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. (Ebrard, 2008).

Mismo autor define al sexo como un conjunto de características biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres, refiriéndose con esto a sus genitales y capacidades reproductivas. Derivado de ello, también describe el acto sexual como el acto en que el pene es introducido en la vagina, el ano o la boca de otra persona.

En relación a esta definición, Videla (1997), describe al acto sexual como un acto encaminado a un propósito: la reproducción o la satisfacción individual, sin embargo, normalmente en el "juego sexual", o de la excitación (caricias previas al coito) la reproducción es completamente olvidada a raíz de las emociones que viven ambos miembros de la pareja en ese momento.

Molina, Sandoval Y González (2003), por su parte, coinciden en dicha descripción y consideran que para muchas adolescentes, el acto sexual es meramente un incidente en su romance (noviazgo), esto es, mencionan que la joven generalmente no busca (específicamente) una relación sexual plena, pero la acepta pasivamente para demostrar su cariño o retener a su pareja.

Según Ebrard (2008), muy pocos de las y los adolescentes mexicanos tienen su primera relación sexual antes de los 15 años y un tercio de la población inicia entre los 16 y los 19 años de edad, el resto lo hace más tarde. De acuerdo a ello parece de gran utilidad dar entonces una definición acerca de la adolescencia.

Desde el punto de vista de Marcelli (1992), la adolescencia es considerada como el periodo de tiempo transcurrido desde la menarquía (aparición de la primera menstruación en la mujer) o eyarquía (primera eyaculación en el hombre), hasta los 20 años aproximadamente (edad en la que generalmente se alcanza la madurez sexual).

Un punto de vista diferente es el de Blos (1992) (citado en Marin y Villafañe, 2006), quien define que el término adolescencia se emplea para clarificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad misma que afecta el desarrollo de los intereses, la conducta social y la cualidad de la vida afectiva, así mismo considera que la adolescencia es una época de transición, por ejemplo, en la vida de la mujer, es cuando esta deja de ser niña para alcanzar su madurez. Desde este punto de vista, el embarazo es un proceso biológico muy complejo en donde ocurren cambios fisiológicos drásticos y que también suscita cambios emocionales que tienen que ver con la estructura psicológica de la persona. De acuerdo a esto, se cree que la adolescente embarazada es emocional y físicamente inmadura para cumplir adecuadamente los procesos de reproducción.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que la adolescencia transcurre entre los 10 y los 20 años, iniciándose esta con la pubertad y finalizando con el completo desarrollo del crecimiento y su integración autónoma a la sociedad. Para tener una mayor información acerca de esta etapa (la adolescencia), a continuación se mencionan algunas de las características más relevantes de esta, las cuales servirán para apoyar la información establecida acerca de los sentimientos o las características que surgen una vez que una persona joven se ha practicado un aborto.

1.1. Características de la adolescencia

Souza y Machorro (2000), consideran que los cambios biológicos de la adolescencia son los que imponen la madurez sexual, intensificando en consecuencia todos los procesos psicobiológicos propios de la adolescencia, esto es, el desarrollo de la sexualidad en la adolescencia, se manifiesta en la mayoría de los casos, primero, a través del autoerotismo o la masturbación y más tarde, a través de investigaciones que se comparten con personas del mismo sexo; de esta manera, se comienza la exploración de sensaciones y los acercamientos en pareja que evolucionarán (más avanzada la adolescencia) hacia la concreción de una relación genital completa. Sin embargo, este acto sexual a edades tempranas (adolescencia) tiene más un carácter exploratorio y preparatorio de aprendizaje de la genitalidad, que de búsqueda o descubrimiento del goce.

De acuerdo a ello, podría decirse que entre los 16 y 19 años (juventud), se trata de afirmar la personalidad y el sexo, para ello, el hombre recurre a las relaciones sexuales prematrimoniales y la mujer lo hace cada vez con más frecuencia (en este caso, el hombre teme las infecciones transmitidas sexualmente y la mujer al embarazo).

Marcelli (1992) por su parte, supone que las características más comunes de la adolescencia son la inestabilidad emocional, la búsqueda de independencia, la

experimentación, observación por el sexo o incluso obsesión por el mismo, irresponsabilidad, etcétera; de aquí se deriva el hecho de que se relacione la adolescencia con el riesgo, sin embargo, esta percepción de riesgo (obviamente no dada en todos los casos) con relación a la practica sexual de los adolescentes, se puede dar por dos características básicas de esta etapa:

- Una es la “*necesidad de experimentación*”: en esta fase, para los adolescentes (en su proceso de convertirse en adultos), va a jugar un importante papel la imitación de aquellos aspectos que definen a un individuo como tal, de esta manera, será relativamente fácil que los adolescentes integren diferentes conductas frecuentes en su entorno relacionadas con hábitos nocivos (consumo de tabaco, alcohol, pastillas o incluso las relaciones sexuales), especialmente si tales conductas son consideradas como signo de madurez o de status. En este caso, lo más importante no es que el adolescente experimente, sino que algunos de estos experimentos tienden a convertirse en hábitos permanentes o van a tener consecuencias no previstas, así mismo, el hecho de tener que enfrentarse a toda una serie de situaciones novedosas, va a favorecer que el adolescente esté continuamente a la búsqueda de sus límites, intentando verificar qué sucede cuando esos son rebasados. (Marcelli, 1992).

- La segunda característica es la “*apetencia por el riesgo*”: en esta, los adolescentes están en posesión de un especial sentimiento de invulnerabilidad que les hace sentirse inmunes ante un buen número de situaciones, así, cuando saben que existe la posibilidad de un embarazo en las relaciones sexuales sin protección, hay adolescentes que las mantienen en estas condiciones, esto con la convicción de que “es muy difícil que les pase precisamente a ellos” -“a mí no me va a pasar”, “no puedo quedar embarazada porque es la primera vez”, etcétera- (Marcelli, 1992).

Es evidente entonces, que al llegar a la pubertad, el interés de niños y niñas en la sexualidad se despierta y aumenta progresivamente, al mismo tiempo,

experimentan emociones contradictorias y presiones sociales al pasar de la dependencia a una vida semiadulta relativamente más independiente; empero, la adolescente accede a su función de mujer y a su papel biológico de madre cuando aun no ha terminado su maduración, esto provoca que para muchas adolescentes embarazadas, el desarrollo afectivo haya sido rotundamente bloqueado. (Pierre, 1997).

En relación a lo anterior, puede mencionarse entonces que todo ser humano desde su nacimiento, trae caracteres sexuales secundarios que definen su sexo y lo hacen expresar su sexualidad desde su más temprana edad; la respuesta que reciba desde la infancia y el ambiente en que se desarrolle, moldeará su conducta y actitud sexual, es decir, con influencias positivas, su sexualidad será adecuada a su personalidad. Por esta razón, en el desarrollo de la personalidad (de la cual forma parte la sexualidad), influirán inicialmente la orientación, consejos, enseñanzas y especialmente actitudes y ejemplo de los padres (Mendoza, 2001).

Bajo supuestos similares, López (1995) considera que la adolescencia implica una serie de cambios biológicos y psicosociales, que sitúan al sujeto ante una nueva forma de sentirse y percibirse y ante una nueva forma de sentir y percibir todo aquello que le rodea; estos cambios posibilitan que el/la adolescente sea percibido/a de forma muy diferente por las personas que están a su alrededor y por la sociedad en general.

Otra característica importante de la adolescencia, según López, (1995), es la búsqueda de una identidad personal, es decir, el desarrollo de un sentimiento del propio yo como alguien diferenciado de los demás; esto mantiene además un sentido de continuidad y coherencia a lo largo del tiempo y de las situaciones, pues implica que el adolescente necesita adquirir paulatinamente una mayor autonomía e independencia respecto a la familia, esto es, al adolescente ya no le basta con la seguridad y el apoyo emocional que puede encontrar en el ceno familiar, sino que además, necesita sentirse parte de un grupo con el que pueda

compartir nuevas actividades e intereses, un grupo en el que puedan verse reforzadas sus creencias, actitudes y valores y en el que pueda sentirse valorado. Mismo autor, agrega que el deseo sexual creará nuevas necesidades de relacionarse afectiva y sexualmente con alguna persona por la que se llega a sentir atracción de forma especial.

En resumen, podría describirse de manera general a esta etapa del desarrollo, como el periodo durante el cual:

- El individuo progresa desde el punto de la aparición de los caracteres sexuales secundarios (pre-pubertad) hasta el de la madurez sexual y reproductora.
- Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño hasta los de un adulto.
- Se hace la transición desde un estado de dependencia socioeconómica total hasta otro de relativa independencia.
- Deben definirse los objetivos de la vida, implicando esto la búsqueda y afirmación de futuras posiciones vitales e instrumentos de incorporación socioeconómica.
- Se encuentra una nueva identidad.
- Se logra dominio de carácter e instintos, además se logra socializar y humanizarse, es decir, hallarle significado a su existencia.

1.2. Razones de las y los adolescentes para consumir el acto sexual

Independientemente de las características ya mencionadas, existen diversas razones de las y los adolescentes para consumir el acto sexual a edades tempranas, para aceptar un embarazo o para llevar a cabo un aborto.

A continuación se mencionan de forma general algunas de las causas por las cuales las y los adolescentes llevan a cabo la iniciación del coito:

- **Por amor:** la necesidad de amor y ternura lleva a la adolescente (mujer) a buscar y encontrar quien la comprenda y alivie su soledad y a veces depresión, o con motivo de no perder al supuesto ser ideal encontrado, llevan al extremo la entrega hasta ser total.
- **Afirmación de personalidad:** esto sucede con la finalidad de sentirse queridas (os) o amadas (os), atreverse a lo que otras no se atreven (esto es principalmente porque el temor puede ser superior a cualquier otra motivación), incluso para demostrar su feminidad o masculinidad ante su grupo de pertenencia social.
- **Condescendencia:** suele ser cuando las adolescentes caen ante la exigencia de su pareja, la cual desea la máxima prueba de amor para así demostrar su infinita sumisión; en este caso, el varón lo pide para demostrar y al mismo tiempo afirmar su masculinidad.
- **Demostrar rechazo a tradiciones:** este rechazo suele darse ante la sociedad, su organización, sus leyes, normas y reglamentos, con el fin de representar una actitud muy propia de la edad adolescente, donde todo lo deseado es negado por el adulto, es decir, implica el rechazo a toda autoridad (especialmente a los padres), ya que al entregarse sexualmente, sienten proclamar su rebelión o independencia.

- Imitación: los medios de comunicación masivos (cine, teatro, televisión, revistas, etcétera), exaltan los placeres sexuales e incluso alaban las ventajas de las relaciones sexuales, esto es, de alguna manera lo consideran normal, natural y contemporáneo, siendo “casi malo” el no tenerlo (Aray, 1998).

- Embarazo: Generalmente no planean un embarazo cuando inician la vida sexual activa, incluso, algunas adolescentes muy jóvenes no lo conciben todavía como una consecuencia del acto sexual, sin embargo, otras lo buscan para retener a su pareja y/o para lograr un estable matrimonio.

- Presión de grupo: muchas adolescentes afirman haber iniciado las relaciones sexuales por presión del grupo social de pertenencia, por imitación o curiosidad, por no saberse negar o por temor a represalias, suponiendo que de no realizarlo, perderían respeto y la estima del grupo.

- Curiosidad: hay mujeres que desean entregarse para sentirse amadas y/o pertenecientes al hombre; les interesa conocer lo que tanto se conoce y alaba por otras personas o por diversos medios de comunicación.

- Presión social: llevan a cabo la relación sexual completa (coito) con el fin de resolver situaciones económicas, presiones varoniles, engaños, etcétera.

- Placer: se inician caricias entre la pareja estimulándose progresivamente zonas erógenas hasta que no pueden o no desean limitarse a ellas, pasando de esta manera al coito, sin pensar en la oportunidad de utilizar algún método anticonceptivo.

- Omnipotencia: muchas adolescentes llevan a cabo una relación sexual porque en ocasiones tienden a creer que son diferentes a otras mujeres y que a algunas de ellas no les pasará nada; dicho de otra manera, consideran que no

habrá un embarazo -“a mí no me va pasar”, “no pasará nada si es la primera vez”, etcétera- (Aray, 1998).

- Violencia y coerción sexual: algunas adolescentes o incluso niños de ambos sexos, sufren los traumas físicos y emocionales del ultraje y la violencia sexual.
- Falta de orientación: ya sea en conducta sexual, valores, normas sociales y carencia de atención especializada en los servicios de salud; esto implica un conocimiento básico sobre el tema, es decir, consecuencias del acto sexual sin protección, siendo estas el embarazo, infecciones de transmisión sexual, entre otras.

Para el adolescente (varón) a diferencia de las mujeres, la actividad sexual puede ser la medida de masculinidad más evidente que el hombre pueda conceptuar. A los varones, generalmente se les enseña a ser sexualmente agresivos y a considerar la actividad sexual como un torneo, en el cual, ganar equivale a conseguir el coito; después de realizar el primer coito, el adolescente “se siente hombre”, esto implica que si un adolescente no ha copulado a “edad apropiada”, sus amigos y familiares pueden poner en duda su masculinidad, así que de cierta manera podría decirse que lleva a cabo una relación sexual por evitar la presión social (López, 1995).

Por esta razón, cabe señalar que la presión social, ejerce una extraordinaria influencia en los hábitos del adolescente, ya que es la principal causa por la que un adolescente (hombre) inicia su vida sexual activa, (ya sea por imitación y/o deseo de afirmar su masculinidad, sentirse hombre, poder presumir a sus compañeros y tener ascendencia sobre alguno del grupo por haber ya copulado).

Una vez que se ha llevado a cabo una relación sexual completa, las y los adolescentes suelen tener distintas reacciones ante estas; dichas reacciones pueden ir desde sensaciones de alegría y bienestar hasta sentimientos de culpa o arrepentimiento.

1.3. Reacciones de las y los adolescentes ante las relaciones sexuales.

Las y los adolescentes se encuentran inmersos y perdidos en un mundo de sexualidad, sin saber hacia donde los llevará la utilización del sexo, empero, es importante señalar que tanto los adolescentes como las adolescentes toman diferentes actitudes ante el coito, esto dependiendo de diferentes factores: condiciones sociales, grupo de pertenencia (club, banda o clan), nivel socioeconómico (alto, bajo), medio urbano o rural, integración familiar, rendimiento escolar, etcétera, además de la pareja con quien ejerza el coito, sea en prostitución, noviazgo o amistad.

Cabe aclarar que el acto sexual o coito en el género humano, no está ligado únicamente a la función reproductora, sino que además, conlleva emociones racionales que pueden realizarse sin considerar la reproducción del género, es decir, es un acto donde además del instinto, interviene el deseo y/o el amor, lo cual supone que el ser humano es el único de la escala animal en realizar el coito por amor o deseo mientras que el resto de los animales lo realiza por instinto.

Gispert (2004), considera que para muchas jóvenes, la primera relación sexual tiene un significado o una idea de que se ha roto una barrera, o en dado caso, que acaban de perder una virtud, surgiendo con ello arrepentimiento posterior y ocasionalmente sentimientos de culpa y fracaso hacia principios morales y familiares.

En esa primera relación sexual, podría haber una mezcla de emoción, alegría y cierto orgullo por haber atravesado esa barrera, sin embargo, contrario a esto, podrían surgir sentimientos de angustia, tristeza y a veces desilusión porque las fantasías y expectativas que se tenían, superan casi siempre lo que realmente ocurre.

Después de la primera experiencia sexual hasta el coito, la adolescente generalmente se enfrenta a prejuicios psicológicos de tipo social, cultural, éticos, morales o religiosos que le afectan en diverso grado. Cuando la motivación es por curiosidad a ejercer la sexualidad completa, la respuesta puede ser satisfactoria o reprobatoria, es decir, si consistió en una entrega de amor, es probable que el resultado le sea grato, sin embargo, si lo sintió como un acto meramente mecánico, la adolescente se sentirá defraudada y posiblemente por toda su vida pondrá en duda su capacidad sexual.

En caso de que la joven se deje involucrar fácilmente en relaciones sexuales prematrimoniales, caerá en siguientes actos, implica que realizará lo mismo en ocasiones posteriores y de este modo, las consecuencias psicológicas de autoestima y desilusión, harán un deterioro en su personalidad, causando depresión que la llevará posiblemente a caer en vicios o suicidio.

En muchas otras ocasiones (generalmente alrededor de las primeras relaciones sexuales), surge un sentimiento de culpa por haber quebrantado los preceptos y recomendaciones de los adultos; dicho de manera distinta, con frecuencia, la adolescente se siente humillada en su ego, se avergüenza del acto realizado y tiene remordimientos de conciencia, (esto comúnmente sucede a pesar de no haber sido forzada, aunque cabe aclarar que no en todos los casos sucede). En caso de violación, se presenta en grado extremo esta misma reacción, aunada a sentimientos de impotencia, ira, venganza y castigo al violador.

Es menester conocer entonces, que en diversos estudios realizados en diferentes países de Latinoamérica sobre sexualidad en adolescentes, revelan que antes de cumplir los 19 años, las mujeres han tenido experiencia coital en cifras que varían de 9 a 50% y los varones en porcentaje de 15 a 65% (Vara, 2001).

CAPITULO II. EMBARAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES

El embarazo no planeado en las adolescentes, con frecuencia es el resultado de la falta de información sobre la existencia de diversos métodos anticonceptivos, del sexo sin protección, de la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivos (principalmente); esto, de alguna manera, se asocia también a prácticas de riesgo como el alcoholismo y la drogadicción. Independientemente de ser planeado o no, el embarazo en las adolescentes puede poner en riesgo la vida de la madre por su corta edad, pues como se mencionaba en líneas anteriores, a edades tempranas (adolescencia) aun no ha concluido el desarrollo biológico ni afectivo (Díaz, 2002).

Incluso en el año 2005, ya había en nuestro país 480 mil mujeres entre 12 y 19 años de edad, que tenían por lo menos un hijo vivo; sin embargo, habiendo llevado el embarazo a término, pueden surgir varias complicaciones o problemas en las adolescentes. La OMS por ejemplo, establece que existen diversos riesgos implicados en un embarazo a temprana edad, entre esos riesgos, señala que en el momento de comenzar el embarazo, las adolescentes aun deben desarrollar entre un 12% y un 18% de su capacidad pélvica, esto implica que una mujer que da a luz antes de que su cintura pélvica y canal de parto estén cabalmente desarrollados puede sufrir una obstrucción (dificultad) de parto y daños a sus órganos internos (Marin y Villafañe, 2006).

Para no usar el término de “hijo no planeado”, al hablar de aborto casi siempre se le señala como “embarazo no planeado”, empero, este término limita la posibilidad de profundizar en lo que muchas mujeres sienten o quieren en realidad, pues es a un hijo o al cuidado de este a quien se está rechazando, no precisamente al embarazo (Dolto, 1990).

Hardy y Zabin (mencionados en Molina y cols. 2003) proponen subdividir de dos maneras el grupo de las adolescentes que se embarazan, dividiendo así a

aquellas que se embarazan en su adolescencia tardía (18 a 19 años) y aquellas que lo hacen en la adolescencia temprana, normalmente desde los 9 ó 10 años hasta los 17 años de edad.

- *Embarazadas tardías*: estas adolescentes comúnmente han completado su crecimiento físico, por tanto, en las áreas cognitiva y emocional debieran presentar un mayor grado de madurez. En general se ven a las puertas de terminar el periodo escolar y de enfrentar la educación superior o el mundo laboral y algunas de ellas contraen matrimonio, sin embargo, representan menor riesgo que las adolescentes tempranas, aun con esto, su riesgo social sigue siendo mayor al de las mujeres que tienen su primer embarazo después de los 20 años.
- *Embarazadas tempranas*: a diferencia de las embarazadas tardías, la incidencia de deserción escolar, ausencia de uniones legales con una pareja estable, nuevos embarazos y dificultades laborales es mayor.

Las causas de embarazo de estos dos grupos serían distintas también, ya que en el primero (embarazadas tardías) se plantea la problemática de la actividad sexual no protegida de las jóvenes a la edad de 17 ó 18 años, con la consecuente incidencia de embarazos *accidentales*, esto sería producto de la contradicción a que están sometidos los jóvenes de nuestra cultura en lo que a sexualidad se refiere, en donde, por una parte son bombardeados por imágenes de alto contenido erótico con omisión de sus consecuencias, mientras que por otro lado, son privados del derecho a la información y educación necesarias para el ejercicio de una sexualidad responsable, esto bajo el supuesto erróneo de que tales medidas acarrearían consecuencias negativas para la sociedad.

Para corroborar esto, el Comité de Comunicación de la Academia Americana de Pediatría, demostró que en un año, los adolescentes ven la televisión en un promedio de 23 horas semanales, donde contemplan 14, 000 referencias o

insinuaciones sexuales, en las que sólo en 150 se trataban aspectos relativos a la responsabilidad sexual, abstinencia o anticoncepción.

En cuanto a las adolescentes de embarazo temprano (según lo mencionado por Hardy y Zabin (citados en Molina y cols. 2003) se señala que ellas representan una problemática específica, la cual se refiere a un contexto de carencias afectivas, sociales y económicas, familias monoparentales, disfunciones familiares, dificultades escolares, deserción escolar, consumo de alcohol y otras drogas, baja autoestima, impulsividad, condiciones de nacimiento y pobreza, entre otros factores de riesgo; estas carencias son terreno fértil para relaciones disfuncionales incluyendo contactos sexuales inapropiados y abuso sexual, esto implica, que el contexto en el que se está inmerso, juega un papel bastante importante en la decisión de las adolescentes en cuanto a la realización del coito (relaciones sexuales completas).

Factores como autoimagen inestable, un sentido de identidad incompleto, percepción inmadura de riesgo personal, necesidad de contacto y falta de afecto, pueden acelerar la exposición de las adolescentes a experiencias sexuales antes de estar emocionalmente listas para ellas y para entender sus implicaciones.

2.1. Causas por las que se da un embarazo no planeado.

Existen diferentes causas por las que se da un embarazo no planeado, algunas de ellas implican la ignorancia en sexualidad y reproducción tanto en padres y profesores como en los mismos adolescentes, dicha ignorancia aumenta las posibilidades del inicio precoz de las relaciones coitales y obviamente, también del embarazo no planeado.

Apoyando esta afirmación, Palma y Rivera (2003) añaden que la mayoría de las y los adolescentes que inician la actividad sexual y quedan embarazadas o embarazan, no han usado métodos anticonceptivos (razón principal por la cual las

adolescentes pueden quedar embarazadas). Otra buena razón a la que pudiera adjudicarse este hecho es a la extrema pobreza o el ser hijo o hija de una madre adolescente, ya que son factores de riesgo asociados a repetir el modelo de embarazo precoz.

Molina y cols. (2003), por su parte argumentan que el riesgo de embarazo en los 6 primeros meses de iniciada la actividad sexual no protegida es altísimo, además aseguran que la mayoría de las adolescentes no busca el embarazo, por lo tanto, este embarazo casi siempre resulta ser no planificado.

Para revalidar esto, Sanberg y Jacobs (mencionados Veloz, 1994) intentaron describir las razones psicológicas más importantes del porqué ocurren los embarazos no planeados a través de un repudio al uso de métodos anticonceptivos. Dichas razones son las siguientes:

- Negación:
 - Negación a la posibilidad de embarazo: Esta puede presentarse más frecuentemente en estudiantes de secundaria y universitarios, quienes consideran que nunca nada les va a pasar y por tanto no podrán embarazarse.
 - Negación a las medidas anticonceptivas: negar la efectividad de los anticonceptivos está relacionado muchas veces con algún conflicto psicológico relacionado con su uso, por ejemplo, puede descartarse el uso de los condones con frases como las siguientes “cualquier cosa que sea tan barata no sirve”.
 - Negación de cualquier responsabilidad personal para la anticoncepción: la anticoncepción es vista comúnmente tanto en hombres como en mujeres, quienes desvían la

responsabilidad anticonceptiva hacia su pareja (“él no se cuidó”, “el no me cuidó”).

- Amor: esto puede ser para probar el amor de alguien, o para ganar lo que se desea a pesar de los castigos sociales.
- Vergüenza: algunas mujeres rechazan los anticonceptivos con base en la vergüenza, esto es, imaginando que sus hijos, padres, hermanos, amigos, familiares, vecinos, etc., pudiesen descubrir que están usando estos métodos anticonceptivos y por ende que están teniendo relaciones sexuales, además de que muchas de las adolescentes piensan que estos les provocarán frigidez. Sin necesidad de ir tan lejos, se puede mencionar que incluso la vergüenza se da desde el hecho de tener que pedir o conseguir algún método anticonceptivo, es decir, acudir a un lugar donde dichos métodos puedan ser proporcionados (por ejemplo, en un centro médico).
- Pasatiempo coital: las relaciones sexuales comúnmente no son con el mero propósito de procreación sino de pasar un rato agradable; en ocasiones como estas, es común observar la falta de algún método anticonceptivo.
- Conflictos de identidad sexual: en algunos hombres, el uso de anticonceptivos puede incluso producir pánico; por otra parte, para las mujeres, la fertilidad es sinónimo de feminidad, al igual que para los hombres (de masculinidad), por tanto, el embarazo es un alivio al temor a no ser mujer u hombre; incluso algunas mujeres miden su feminidad por el número de hijos que llegan a tener.
- Hostilidad: es un acto vengativo o inmaduro cuando se procura el embarazo con el propósito de vengarse, ya sea de la pareja, de los padres, de los hijos o de la sociedad.

- Disponibilidad de aborto: algunas mujeres utilizan intencionalmente el aborto como un sustituto para la anticoncepción, es decir, suelen no utilizar algún método anticonceptivo ya que consideran que existe un procedimiento más sencillo para no tener un embarazo o llevarlo a término, esto es, llegar a los 9 meses de gestación.

- Oportunismo: este es probablemente el principal elemento psicológico para que al hombre no le preocupe la protección anticonceptiva en el coito, debido a que él sería quien menos perdería si resultara un embarazo.

- Iatrogénesis: algunas razones para no usar anticonceptivos son aquellas asociadas con la aparente ignorancia médica, descuido o indiferencia, con instrucciones incompletas o erróneas relacionadas con el uso del método anticonceptivo.

Otras de las razones por las cuales se da un embarazo no planeado, (independientemente de la ignorancia en sexualidad) podría ser por la manipulación, ya que en muchas ocasiones, un embarazo podría surgir incluso con el fin (ya sea consciente o inconscientemente) de manipular a la pareja (esposo, amante, amigo o a la pareja en sí), esto para que regresen o para tratar de hacer más cercana su relación de pareja; en casos como estos, el aborto suele ser pedido porque esos intentos fallan.

Sanberg y Jacobs (citados Veloz, 1994), en base al embarazo no planeado, añaden que comúnmente, la responsabilidad sobre este es proyectada hacia la pareja (de la mujer hacia el hombre principalmente o viceversa), esta suele ser expresada con frases como “el pudo haber usado alguna protección”, “él se negó a tomar precauciones”, incluso pueden convencerse a sí mismas que fueron vencidas por la pasión o por el agobio de su pareja; de cierta manera, en estos casos, el sexo es visto como algo que se hace a la mujer y no algo en lo que ella participa.

A diferencia de las razones ya mencionadas, Videla (1997) agrega que un embarazo también puede darse:

- Como forma de agredir al conyugue.
- Para ser atendida y cuidada por la familia en un momento en que se siente desplazada.
- Para llenar el vacío dejado por la desaparición o muerte de un ser querido.
- Para llenar con este embarazo el vacío dejado por un aborto anterior o un hijo muerto en el parto.
- Para cumplir las expectativas sociales respecto a que “una pareja casada, cumplido un tiempo debe tener hijos” porque así lo esperan los demás (padres, amigos, vecinos, familiares o la sociedad en general).
- Como manera de competir con madre o hermanas fértiles a las que se envidia.
- Por recomendación médica ante un desequilibrio psíquico.
- Por sometimiento a exigencias de la pareja.
- Para retener a una pareja infiel o disimular su propia infidelidad.
- Para formalizar la relación (para exigir casamiento).
- Como manera de compensar sentimientos de inferioridad en otros planos de su personalidad.

- Para valorar su feminidad menoscabada en la práctica sexual por la opresión de la pareja.

- Con el fin de acabar con una escolaridad que cansa y/o aburre (a la mujer principalmente).

Pese a todas estas razones, existen algunos factores de riesgo que influyen para que se dé un embarazo no planeado, empero, no son indispensables para que pueda presentarse uno, es decir, no son razón suficiente para presentar un embarazo, pero podrían influir bastante en la existencia de uno. Dichos factores son los siguientes:

- Antecedentes maternos de embarazo en la adolescencia.
- Falta de comunicación con la familia, especialmente con los padres.
- Discusiones entre los miembros de la familia, ambiente hostil (no muy agradable).
 - Distanciamiento o enemistad con los progenitores (principalmente con la madre).
 - Padre desentendido, ausente del hogar, agresivo o impetuoso.
 - Madre que funciona como cabeza de familia (familia disfuncional).
 - Desamor hacia los padres o para llevarles la contra (forma de “castigarlos” según los y las adolescentes).
 - Alcoholismo, drogadicción o alguna otra adicción en el seno de la familia.
 - Pelea con hermanos o familiares.
 - Deficientes relaciones humanas con compañeros.
 - Deseo de llamar la atención.
 - Mostrar dependencia (hacia el varón principalmente).
 - Uso del tabaco, alcohol o drogas.
 - Deseo del embarazo.
 - Como prueba de haber sido amada.

- Para retener al novio o formalizar la relación; para esto, el hijo no se considera como el fin o el objetivo, sino como el medio para conseguir algo.

- Desinformación acerca de los riesgos del embarazo.

- Miedo a los efectos de los métodos anticonceptivos de acuerdo a la información que han recibido de sus familias.

- Actividad sexual inesperada y no planificada.

- Carencia de habilidades cognitivas para entender las consecuencias de una maternidad o paternidad precoz.

- Demora en buscar información una vez iniciada la actividad sexual.

- Los adolescentes de sectores más marginales pueden percibir que tienen poco que perder ante un embarazo temprano, pues no existen los medios que hagan posible su movilidad social, por lo tanto, no realizarán esfuerzo alguno para evitar el embarazo.

- Falta de acceso para la obtención de orientación en sexualidad y servicios de anticoncepción, etcétera.

- Contactos heterosexuales clandestinos previos.

- Relaciones sexuales completas con pareja o novio.

- Conducta sexual promiscua.

- Haber sido objeto de abuso sexual.

Fregia (1992), además de apoyar los puntos anteriores, añade ciertos acontecimientos ocurridos durante la infancia, los cuales asegura, aumentan el riesgo de embarazo no planeado durante la adolescencia. Estos son:

- Ser hija de madre soltera.

- Tener un bajo nivel de estudios.

- Tener una familia disfuncional que proporcione poco apoyo emocional a los hijos.

- Tener una familia que no ofrezca confianza para hablar de sexualidad y anticoncepción.

- Que el chico (varón) ejerza presión sobre la chica (adolescente) para mantener relaciones coitales.
 - Que la pareja no sea estable.
 - Que las relaciones sexuales sean esporádicas (cuanto más infrecuentes son, es más probable que no se utilice algún método anticonceptivo o que se utilicen métodos poco eficaces).
 - Falta de autoestima (puede implicar tener relaciones sexuales para sentirse querido).
 - Falta de confianza (no saber decir “no”).
 - Locus de control externo (esto implica atribuir el propio comportamiento a factores externos, es decir, favorece en los adolescentes el sentimiento de no ser dueños de su propio comportamiento sexual).

En concordancia con Fregia (1992), Checa (2005) explica detalladamente uno de estos puntos diciendo que, a mayor nivel de educación, más tardía es la iniciación sexual, por tanto, es considerado que una mayor educación es un factor “protector” contra la iniciación y obligación hacia las relaciones sexuales; esto implica que, entre mayor es la educación mayor podría ser la ambición educativa, es decir, pueden surgir más proyectos de vida en las personas, siendo estas el terminar una carrera (principalmente), el tener un mejor trabajo, el conseguir cosas materiales, etcétera.

Misma autora, también menciona que la proporción de mujeres forzadas disminuye constantemente a medida que aumenta el nivel de educación y la de aquellas que “no querían pero aceptaron”, también disminuye pero solo a partir del nivel secundario. Esto se corrobora a partir de estudios realizados por Checa (2005), los cuales muestran que las relaciones sexuales iniciales (completamente consentidas o aprobadas tanto por hombres como por mujeres), predominan entre las jóvenes que tienen al menos un nivel de educación secundario incompleto.

Posterior a esto, puede decirse que cada persona (principalmente las mujeres) siguen patrones distintos de acuerdo a las características de cada

situación que viven, por ejemplo, las mujeres que viven en medio rural siguen patrones ancestrales de reproducción, esto en comunidades aisladas (lejos de la posibilidad de promoción anticonceptiva), inician noviazgo temprano (a los 11 o 12 años) y realizan coitos a muy temprana edad y en consecuencia hay embarazos durante la adolescencia.

En resumen, cabe destacar que los factores que disminuyen el riesgo de un embarazo en adolescentes, son que los padres tengan un matrimonio amoroso y estable, que haya buena identificación con la madre, haya amor y apoyo paternal, una ambición educativa (llegar a ser una profesional, deseos de superación personal), que los progenitores sean más tolerantes y comprensivos en cuanto a este tema de sexualidad con sus hijos e hijas (cosa que ocurre con más frecuencia en los países de alto nivel cultural, ya que esto permite a las y los adolescentes no tener tanta presión social), además, con el consentimiento paterno, acceden a información más amplia e incluso a metodología anticonceptiva ocasionalmente proporcionada incluso por la madre.

En pocas palabras, se puede decir que el control social que tanto las instituciones como los adultos ejercen sobre las y los adolescentes, influye demasiado en relación con su sexualidad, ya que por ejemplo, el pretender negar esa posibilidad (de embarazo y aborto en adolescentes), 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, esto se refiere principalmente al hecho de que una cosa mientras más *prohibida* sea, más riesgo se hay de que se lleve a cabo.

Checa (2005) considera que para el adolescente, el hecho de prever que sus actitudes o conductas no van a ser aceptadas por los adultos de su entorno o que van a ser controladas, corta de raíz la posibilidad de establecer un dialogo con ellos reservando dicho dialogo para su grupo de iguales (amigos, compañeros, etcétera).

2.1.1. Falsas creencias sobre el embarazo

Una gran parte de los y las adolescentes consuman el acto sexual sin protección alguna debido a sentimientos de omnipotencia, por ejemplo, es fácil que un adolescente utilice el coito interrumpido como método anticonceptivo, respaldado en la creencia de que es un método más o menos efectivo; también es probable que no utilice ningún método anticonceptivo en sus primeras relaciones sexuales, basado en la confianza de que es muy difícil que se produzca un embarazo por ser demasiado joven o incluso por ser la primera vez que se llevan a cabo las relaciones sexuales.

Alegret, Comellas, Font y Funes (2005), consideran que la falta de información adecuada se traduce en que los adolescentes de hoy en día siguen manteniendo como ciertas un buen número de falsas creencias sobre las relaciones sexuales, algunas de ellas son:

- “La primera vez es muy difícil que se produzca un embarazo”: esta creencia es falsa, ya que se conoce que un 20% de todos los embarazos no planeados en jóvenes se produce en la primera o alrededor de las primeras relaciones sexuales.
- “Por una vez no pasa nada”: lo cual también es falso, ya que una vez podría ser suficiente para que se de un embarazo.
- “El preservativo corta el rollo”: esta es la excusa más utilizada por muchos adolescentes para no usar el preservativo, en cambio, las adolescentes (mujeres) creen que el preservativo quita el romanticismo a la relación. Debido a ello, las y los adolescentes muchas veces tienen relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo a pesar de conocer los riesgos, simplemente porque en ese momento no se sienten suficientemente vulnerables para hacerlo.

- “Durante la menstruación una mujer no puede quedar embarazada”: esto en teoría se ha manejado así desde el punto de vista de diferentes autores, sin embargo, el riesgo de que se de un embarazo en estas circunstancias es muy elevado.
- “Si durante la relación sexual, la mujer se pone encima es muy difícil que se produzca un embarazo”: también es mentira, porque en este sentido, la posición que se adopte en el coito es poco irrelevante.
- “Una relación sexual sin eyaculación (mejor conocida como coito interrumpido) es una relación incompleta y por ende no hay embarazo”: lo cual también es falso, ya que se conoce que independientemente de que el hombre no eyacule dentro de la mujer, hay un goteo de semen constantemente, razón suficiente para que se produzca un embarazo.

2.2. Reacciones de las y los adolescentes ante un embarazo no planeado

Una vez surgido un embarazo, la mujer tiene diferente connotación según su condición de adolescente o adulta, la primera, comúnmente es una persona recién salida de la infancia, es decir, casi una niña con ilusiones propias del estado que deja atrás, sin malicia (mucho menos sexual), que piensa en jugar y distraerse sin preocupaciones ni prevención de acontecimientos futuros, con responsabilidades acordes a su grupo de edad sin concebir su propio embarazo; por otra parte, la adulta adquiere madurez afectiva, no se entusiasma fácilmente, razona sus actos y es responsable de ello, conoce la posibilidad de embarazo al tener relaciones sexuales, sus ventajas y desventajas, los riesgos y consecuencias y es capaz de determinar a voluntad su deseo de concebir o prevenir el embarazo. En base a lo anterior y desde un punto de vista médico, el embarazo en adolescentes representa peores problemas físicos, psicológicos y sociales a diferencia de las personas adultas, pues para la joven, el embarazo no planeado representa el final repentino y doloroso de su calidad de adolescente, de su protección y de su

amparo dentro del seno familiar, dejando la niñez y entrando sin estar preparada a la categoría social de adulta.

Aunado a esto, Pierre (1997) considera que en una adolescente, el embarazo comúnmente no significa “voy a tener un hijo”, o al menos no lo significa de forma clara, es decir, estar embarazada, a veces para las adolescentes implica experimentar confusamente sentimientos por el “¿qué dirán mis padres?, ¿Qué me va a pasar?, ¿a quien le hablaré de esto?, ¿tendré que dejar la escuela?, ¿me pondré muy gorda?, etcétera”, esto implica, que lejos de pensar en un hijo se piensa en sí misma y sólo más tarde se da cuenta del niño como un ser vivo, una persona, esto de una manera vaga y progresivamente en forma más precisa; este reconocimiento puede establecerse de una manera favorable o puede establecer también un modo peyorativo, siendo así, entonces se consideraría al niño como un ser exigente, acaparador, devorador, aborrecido, al que se desearía hacer desaparecer o a cuya presencia habrá que resignarse, motivo que conducirá a una difícil relación madre e hijo.

Una vez producido un embarazo y frente a la realidad de saber que no fue planeado, a veces la adolescente lo acepta como beneplácito, es decir, por simple aprobación, permiso o consentimiento; esto suele darse principalmente en las clases bajas, donde comúnmente se cree que un hijo se transformará quizá en el único bien al que puede aspirar una mujer. Otras mujeres en cambio, continúan con la gestación resignadamente, esto como un destino de su condición de mujer o por carecer de medios para abortar, empero, en un considerable número de casos toman la decisión de interrumpir la gestación, recurriendo a su vez a prácticas más riesgosas cuanto más bajos son los recursos disponibles, ello implica, que el aborto puede darse o llevarse a cabo dependiendo de las posibilidades de cada persona (económicamente hablando), pero cuanto menos sean los ingresos económicos, es más probable que se lleve a cabo en lugares más riesgosos.

No obstante, hay mujeres que siguen con el embarazo porque les resulta un tanto atractivo, ya que es una forma de probar su fecundidad, tanto a su pareja como a sí mismas, aunque esto o la realidad de un hijo al final, representan una imposibilidad dada su inmadurez, la falta de pareja o de un sistema de apoyo.

2.3. Razones por las que se lleva a cabo un aborto

La situación del aborto en adolescentes ha sido bastante estudiada y aunque es común creer que la mayoría de los abortos se provoca en mujeres jóvenes y sin pareja, la realidad a nivel mundial es otra, pues en diversos estudios realizados en nuestro país y en algunos otros de América Latina, se ha encontrado o concluido que hay más abortos cuando hay más embarazos, esto es, es más factible que se lleve a cabo un aborto en mujeres (independientemente de la edad) que ya han tenido varios embarazos o que ya tienen varios hijos (esto por lo común es entre mujeres unidas y casadas), estas mujeres y no sólo las solteras y jóvenes son quienes se practican con más frecuencia el aborto.

Es menester conocer que independientemente de la edad, son las mujeres más que los hombres, quienes experimentan mayores presiones ante un embarazo no planeado, porque habitualmente son ellas las que asumen la responsabilidad de prevenir el embarazo, además porque es en su cuerpo donde se desarrolla el embarazo o se lleva a cabo el aborto (Ebrard, 2008).

Migoni (referida en Veloz, 1994), afirma que cuando se presenta un embarazo no planeado surge un desequilibrio emocional y al haber un desequilibrio emocional surge un conflicto (provocando frustración) y que al acumularse busca salida y en este caso encontrará una canalización en el aborto provocado.

Respecto a esto, Checa (2006) añade que una de las causas por las que se lleva a cabo un aborto, es por el hecho de que las mujeres que ya son madres

solteras o que han sido abandonadas por sus parejas, podrían tener mayores conflictos con un nuevo hijo, pues el cuidado de este, puede impedir el cuidado y mantenimiento de los que ya tienen. Es un hecho que si la madre no cuenta con el apoyo para el cuidado de sus hijos cuando trabaja, o si deja de laborar para atender a un recién nacido, siendo ella el único sostén familiar, pondrá en peligro la salud y la vida del bebé y de sus demás hijos; esto obviamente se llevaría a cabo por cuestiones económicas.

En relación a esto último, González (2002), considera que una buena parte de las mujeres que deciden abortar lo hacen en condiciones sumamente difíciles, en tanto son objeto de la estigmatización social y se perciben a sí mismas como transgresoras de valores morales y religiosos fuertemente arraigados en la sociedad mexicana.

Coincidiendo con Checa (2006), Molina y cols. (2003), mencionan que las razones o motivaciones personales que llevan a las mujeres a recurrir al aborto pueden ser muy diferentes, aunque entre las que se mencionan con más frecuencia se encuentran que el bebé interferiría con el trabajo, estudios u otras responsabilidades, el que no podrían afrontar el tener un hijo y el no querer ser madres solteras o tener problemas en la relación de pareja, por no sentirse maduras, por razones económicas, por un deseo de la pareja, por permanecer más tiempo solos, por no sentirse aun preparados para la paternidad, por temor a la responsabilidad, porque significaría una carga, por tener suficientes o demasiados hijos, por temor al fracaso, por no tener parejas estables, por irresponsabilidad, etcétera.

McCary (1996) por su parte, considera que para un 30 ó 40% de mujeres, el factor por el que un embarazo o un hijo no se considera planeado, es comúnmente por la decisión del varón en la pareja, quien considera el embarazo como no conveniente, por razones que oscilan entre no querer formar una familia con la

mujer, tener restricciones económicas o celos dentro de la pareja establecida, etcétera.

Si la mujer no cuenta con el apoyo de su pareja, es mucho más probable que se decida por un aborto, aunque para ella ese aborto no sea planeado; esto implica que la falta de apoyo o de abandono de la pareja son determinantes de primer o segundo orden en la decisión de abortar que toma la mujer.

De esta manera, el hombre ejerce un gran poder tanto en él como en las demás decisiones sobre la vida reproductiva de la mujer, y ese poder se incrementa conforme la cultura es más tradicional y los roles de género están más definidos. En las sociedades “modernas” por ejemplo, es mucho más probable que una mujer tenga la opción de decidir por sí misma sin temor a las consecuencias (Encinas, 2002).

Langer y Tolbert (1996) al contrario, hacen evidente que la mayoría de los abortos son resultados de decisiones en la que los dos miembros de la pareja están de acuerdo, pero a pesar de ello, es indudable que entre los grupos sociales, existe desde tiempos antiguos una represión y un rechazo profundo a la interrupción voluntaria del embarazo, y que desde las religiones hasta las instancias más diversas lo condenan y sancionan, por esto, todo este peso cae en la censura moral, social y familiar de la mujer principalmente.

Muchas razones más por las que se lleva a cabo un aborto dependen demasiado de algunos factores demográficos y sociales, por ejemplo, en la tasa de abortos influyen diversos factores como edad, estado civil, paridad (número de partos), origen étnico, prevalencia del empleo de anticonceptivos y nivel de educación; obviamente, todo esto varía de adolescente a adolescente y de país a país. (Grupo científico de la OMS, 1997).

En cuanto al estado civil por ejemplo, en todos los países desarrollados, las tasas de abortos son más elevadas en solteras que en mujeres casadas. Las proporciones relativamente altas de abortos en mujeres jóvenes de los países desarrollados, reflejan las nuevas funciones de la mujer en la sociedad y la tendencia de las mujeres a aplazar el matrimonio y la maternidad hasta haber alcanzado sus objetivos educativos y laborales.

El estado civil, está íntimamente relacionado con la paridad (el número de partos); en los países donde el aborto es mucho más frecuente entre las solteras jóvenes que en las casadas de más edad, lo más común es que las mujeres que abortan tengan pocos hijos o no tengan ninguno, mientras que en los países donde el aborto es mucho más frecuente en las casadas de más edad que en las solteras jóvenes, lo más común es que las personas que abortan tengan ya demasiados hijos.

Poniendo énfasis en la situación socioeconómica, cabe citar que en las mujeres que viven en zonas urbanas, suelen encontrarse tasas más elevadas de aborto que en las residentes en medio rural; los motivos de esa diferencia son complejos, entre los factores importantes cabe señalar el coste de criar a los hijos en una ciudad, la tendencia de las mujeres a aplazar la maternidad (ya que se encuentran en el mejor momento de su vida profesional) y la mayor disponibilidad de servicios de inducción del aborto (legal o ilegal) en las zonas urbanas.

En los países con una legislación restrictiva en materia de aborto, las mujeres de los grupos socioeconómicos superiores, suelen tener más posibilidades de abortar en condiciones de seguridad que las de los estratos socioeconómicos más bajos. Esta situación puede observarse también en los países donde la ley autoriza el aborto, pero los servicios disponibles son insuficientes.

Finalmente, en cuanto a la duración del embarazo, la edad gestacional tiene importancia en la inducción del aborto, porque a medida que aumenta el embarazo, aumenta el riesgo de complicaciones graves y los métodos requeridos son más complejos y costosos.

2.3.1. Características de las mujeres que abortan

Díaz (2002), utilizó una extensa batería de test en mujeres con dos o más abortos, y halló un patrón característico de personalidad, consistente en un deficiente control emocional, dependencia, pasividad, tensión excesiva ante las manifestaciones o expresiones de hostilidad y propensión a los sentimientos de culpa. Mann y Grim (mencionados en el mismo libro) consideraron que en los casos de las mujeres que abortan, el embarazo desencadena un estrés para el que la paciente no tiene recursos personales o sociales de afrontamiento. Resultados parecidos, fueron publicados por un segundo grupo de investigadores que estudiaron también la personalidad de las mujeres que abortaron; en estos resultados, se definió a las mujeres como inmaduras, confusas acerca de su identidad sexual y además, eran carentes de apoyo, esto como resultado de una personalidad introvertida, la cual restringía los canales sociales.

Una frecuente personalidad neurótica de las mujeres que abortaban recurrentemente, con rasgos fóbicos u obsesivos (a veces histéricos) fue descrita por Michel-Wolfrom (mencionado en Pellicer y Simón, 2001). En estas mujeres parecía subyacer, en muchas ocasiones, un rechazo de la maternidad; en cuanto a esto, Mann y Grim (mencionados en Díaz, 2002), observaron que las mujeres que abortaban eran más normales que las mujeres estériles, esto en diferentes medidas de la personalidad, aunque estas presentaban tendencias a la personalidad fóbica, angustia, depresión y muchas fantasías de pérdida de embarazo.

Pasini (mencionado en Encinas, 2002), considera que es frecuente encontrar en la historia de las mujeres que abortan, la pérdida de hermanos o hermanas pequeñas o de abortos espontáneos o provocados en la madre o hermanas. Esto pudiera influir cognitivamente y de forma negativa en la evaluación del propio embarazo.

Para ratificar esto, SH Hyde (1995) entrevistó a 360 adolescentes que solicitaron pruebas de embarazo, posteriormente se clasificaron en tres grupos 1) aquellas cuyas pruebas dieron resultados negativos (no estaban embarazadas), 2) quienes si estaban embarazadas y llevarían el embarazo a término y 3) las que estaban embarazadas y se someterían al aborto; un año después se repitió la entrevista, así como al cabo de dos años. Pasados dos años, era más probable que las mujeres que habían abortado hubieran obtenido su título de bachiller o estuvieran aún en un instituto en el curso que por edad les correspondía que las que llevaron su embarazo a término o las que no quedaron embarazadas.

Dos años después el grupo de quienes habían abortado, mostraban (si acaso) un perfil psicológico más positivo (en relación con las medidas de ansiedad y autoestima) que las pertenecientes a los otros dos grupos.

CAPITULO III. ABORTO

El término “aborto”, proviene de la palabra “*abortio*” que significa perder, es decir, este se refiere al nacimiento de un embrión o feto antes de ser viable (antes de que pueda vivir) o a la expulsión del producto de la concepción, tal afirmación implica que, se logra la viabilidad a las 28 semanas de gestación, o cuando el feto ha alcanzado cierto peso (1000 grs.). Toda terminación o interrupción del embarazo que se presenta antes de las 20 semanas (4 meses con dos semanas aproximadamente) recibe este nombre: “aborto”. (Moore, 1989).

En concordancia con Moore (1989), Tietze (citado en Langer y Tolbert, 1996), asegura que el aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto haya alcanzado la vida o antes de que sea capaz de sobrevivir con el adecuado apoyo vital, esto es, antes de que pueda mantener eventualmente una vida extrauterina independiente, además considera que el momento más común del aborto es entre las semanas 8 y 13.

Aunque se ha dado una definición o explicación de lo que es el aborto, se considera que este término debe ser utilizado cuidadosamente, debido a que hay mujeres que pueden sentirse insultadas o incomprendidas, pues consideran que el término aborto se refiere sólo a un proceso provocado -esto en el caso de las mujeres que sufren aborto espontáneo- (Loftus y Chamberlain, 1994).

Cuando se habla de aborto, es necesario tomar en cuenta diversas definiciones con el fin de corroborar si el aborto ha llegado a su fin, si apenas comienza o es probable que se dé (Ver tabla 1).

Tabla 1. Clasificación del aborto

CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN
Amenaza	Se refiere a la condición en la que la continuidad del embarazo está en duda, esta se manifiesta por un sangrado abundante cuando el feto o embrión ya está dentro del útero.
Inevitable	Condición en la que el término del embarazo está progresando; en este se presenta un dolor parecido a un cólico menstrual y una hemorragia abundante.
Completo	Condición en la que los productos de la concepción son expulsados totalmente del útero, una vez hecho esto, disminuye la hemorragia y el dolor.
Incompleto	Se refiere a cuando los fragmentos de los productos de la concepción no son expulsados totalmente del útero. En este caso, hay hemorragia y dolor tipo cólico de magnitud variable.
Diferido	Condición en la que el feto muere durante las primeras dos semanas de gestación pero se retiene en el útero por cuatro semanas o más aproximadamente.
Séptico	Condición en la que los productos de la concepción se infectan durante el proceso del aborto.

Recurrente	Es cuando dos o más embarazos sucesivos han terminado en aborto espontáneo.
En evolución	En esta hay dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia, además de haber hemorragia persistente, esto implica que ya se está llevando a cabo el aborto.

Seguido de esto, es de destacar que aproximadamente el 20% de todos los embarazos termina en un aborto y el 26% de ellos se producen en mujeres menores de 20 años.

3.1. Antecedentes del aborto

Cada sociedad ha conocido y practicado el aborto durante todos los tiempos, debido a esto, la actitud hacia este ha sufrido una serie de transformaciones, dependiendo del grado de aceptación o de rechazo que tenga, del momento histórico y de la sociedad en particular de la que se trata.

En Egipto, por ejemplo, cuando se realizaba un aborto, prevalecía una actitud negativa hacia este, ya que se tenía un respeto por la vida del que iba a nacer, a tal grado que si una mujer estaba embarazada y era sentenciada a muerte no podía ser ejecutada hasta después del parto.

Al igual que los egipcios, los persas y medas castigaban el aborto, en estos casos, la madre no podía desprenderse del producto y el padre debía ampararla hasta el nacimiento del niño, en caso de que la mujer abortara se castigaba tanto a ella como al padre e incluso a la persona que practicaba el aborto.

Por el contrario, en la civilización de la India se aceptaba la práctica del aborto; empero, en el código llamado “de Manú” se establecía que cuando una mujer de casta elevada cometía una falta con un hombre de una casta baja, debía darse muerte al hijo, lo cual se llevaba a cabo provocando el aborto u obligando a la madre a suicidarse; este aborto obligatorio era con el propósito de mantener la pureza de la sangre de las castas elevadas. (Díaz y Moreno, 1998).

Por otra parte, en la sociedad Griega, algunos filósofos principales de esta época aceptaban el aborto en casos específicos; por ejemplo, Sócrates estaba de acuerdo con la realización del aborto, siempre y cuando se dejara a la voluntad de la madre; mientras que Platón aconsejaba el aborto y aún el infanticidio en caso de uniones incestuosas. Aristóteles por su parte, aceptaba el aborto cuando había el propósito de regulación del número de ciudadanos, o la tasa de natalidad por parte del estado, esto para conseguir un ser humano lo más elegido posible (que fuese inteligente, hermoso y/o deseado).

Alfaro, Cejudo y Fiorelli (2004), mencionan que otra de las civilizaciones para la cual el aborto voluntario no era considerado un delito fue Roma, en esta sociedad consideraban que el feto no era un ser viviente sino una parte integral de las vísceras de la madre, por lo que toda mujer tenía la facultad de disponer libremente de su cuerpo, siendo únicamente derecho de ella el abortar o no.

Un punto de vista diferente es el de Cicerón y Galeno (citados en Veloz, 1994), pues consideraban el aborto como un delito de la mujer y lo condenaban indiscriminadamente; ellos planteaban que cuando una mujer aborta, “aniquila la esperanza del padre, el recuerdo del nombre, el apoyo de los familiares, el heredero de la familia, el ciudadano que estaba destinado al estado o muchas cosas más”, es decir, no aniquila solo la vida del nuevo ser, sino todo lo que ello implica, todo lo que esto conlleva. (p. 37)

Relacionando esto con la religión, McCary (1996) apunta que el oponente más fuerte del aborto es la iglesia católica, y que fueron ellos (los primeros cristianos) quienes denominaron al aborto como infanticidio.

En 1588, el Papa Sixto V declaró que todos los abortos constituían una modalidad de asesinato, tres años después, el Papa Gregorio XIV, condenó y retiró todas las penas contra los implicados del aborto, excepto cuando se practicaban después de los primeros 40 días del embarazo. Este decreto se mantuvo hasta 1869, cuando el Papa Pío XI condenó todos los abortos independientemente de las circunstancias y duración del embarazo en particular.

En declaraciones sobre su mandato, el Papa Juan Pablo II reafirmó la posición de rechazo por parte de la iglesia con respecto al aborto. Todo esto permite ubicar que esta práctica (aborto), no es una problemática actual sino un problema ubicado desde la antigüedad y en diversas civilizaciones.

3.2. Tipos de aborto

Muchas mujeres cuando ya han tomado la decisión de abortar, pueden llegar a hacerlo por medio de distintos métodos (por ejemplo, consumo de sustancias dañinas para el feto, legrado, etcétera).

Por tanto, se considera que el aborto puede ser clasificado en diversos tipos, y todos ellos podrían implicar consecuencias semejantes o totalmente diferentes en cada persona, todo ello, depende del estilo de vida de las mujeres, de sus creencias, entre otras cosas. Los principales tipos de aborto son: aborto espontáneo, aborto inducido, completo, incompleto, legal o ilegal; estos se describen a continuación:

3.2.1 Aborto espontáneo

Queenan (1993), considera que el término “espontáneo” se refiere a una pérdida sin que haya mediado maniobra voluntaria alguna, es decir, sin que haya sido inducido o provocado voluntariamente. En esta definición también se involucra el término “pérdida”, la cual suele referirse a abortos espontáneos que ocurren durante los tres primeros meses de embarazo.

Existen 2 tipos de aborto espontáneo: a) el aborto espontáneo temprano o precoz (que se produce antes de la semana 12) y b) el aborto espontáneo tardío, el cual se produce entre las semanas 12 y 22 de gestación (Cabrejas, 2003).

Royston y Armstrong (1991), comparten esta idea describiendo al aborto espontáneo como aquel que no es el resultado de una interrupción voluntaria del embarazo, aunque en estos intervengan causas externas como traumatismos, accidentes y/o enfermedades.

Al hablar de aborto espontáneo, se habla entonces de una causa natural y este puede ocurrir antes de las 20 semanas de embarazo; además, la mayoría de los abortos espontáneos pueden ocurrir en el hogar sin mayor problema, sin embargo a veces hay hemorragias excesivas que ameritan la hospitalización de la madre.

Se afirma que comúnmente no hay problemas, debido a que la pérdida del feto en los primeros días o semanas, puede pasar desapercibida o manifestarse simplemente como un retraso menstrual de algunos días y que termina con una menstruación semejante a las de costumbre, esto implica que los síntomas son aparentes e incluyen sangrado vaginal y dolores de cólicos semejantes a los menstruales.

Queenan (1993), considera que las consecuencias de un aborto espontáneo sobre la salud física de la mujer dependen en gran medida de su modalidad: si el aborto es completo no existe mayor riesgo, pero si este es incompleto y no se trata de manera adecuada, la salud e incluso la vida de la madre pueden correr riesgo.

El índice actual de los abortos espontáneos tempranos se desconoce, ya que por lo general las mujeres desconocen el hecho de estar embarazadas en este periodo inicial. Por ejemplo, ocasionalmente cuando acuden con un médico, tienden a afirmar que su último periodo menstrual se ha retrasado una o dos semanas y que la hemorragia menstrual fue más profusa de lo habitual, de esta manera es muy probable que una persona haya tenido un aborto espontáneo temprano, por ello es difícil establecer la frecuencia de abortos espontáneos tempranos, ya que suceden incluso antes de que la mujer se entere de que está embarazada, incluso es difícil detectar al producto de la concepción en la sangre menstrual por su tamaño tan pequeño.

3.2.1.1. Causas de un aborto espontáneo

Según Chávez (2007), no es sencillo determinar las causas que han producido un aborto espontáneo, no obstante, hay ciertas posibilidades que aumentan el riesgo de que este se lleve a cabo, una de las más importantes es la baja –o por el contrario- la elevada edad materna, pero obviamente no es la única causa; para describir mejor esto, se hace mención a la edad de las mujeres y el porcentaje de aborto espontáneo que puede darse a partir de esto. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Porcentajes de abortos según la edad de la persona embarazada:

EDAD	PORCENTAJE
13 a 19 años	13%
20 a 24 años	11%
25 a 29 años	12%
30 a 34 años	15%
35 a 39 años	24%
40 a 45 años	50%
Más de 45 años	95%

Un traumatismo, por ejemplo, es otra de las condiciones más obvias que conllevan a un aborto espontáneo; empero, en general las causas son poco claras, entre ellas se puede mencionar algún problema genético del feto, una insuficiencia hormonal de la madre, la tendencia a repetir los abortos espontáneos sin que se conozca la condición que imposibilita la evolución normal del embarazo, etcétera. (Queenan, 1993).

Otra de las causas por las cuales ocurren los abortos espontáneos tempranos es la presencia de anomalías cromosómicas en el cigoto (esta palabra se refiere a la célula que resulta de la fecundación de un óvulo con un espermatozoide), estos productos son tan anormales que no se puede lograr su supervivencia.

Núñez (2003), añade otras causas que pueden atribuirse o ser las causantes de un aborto espontáneo, estas son por ejemplo el hecho de que una persona fume más de 10 cigarrillos diarios, pues pueden tener un riesgo mínimo de aborto espontáneo; el alcohol, al igual que el tabaco eleva el riesgo aunque también levemente, incluso el consumo de cocaína en grandes cantidades ha sido relacionado con el aumento de abortos espontáneos.

Además de estos, existe un grupo determinado que afecta seriamente al producto y es causante de abortos espontáneos, cabe mencionar que estos productos más que detener el embarazo, provocarían malformaciones embrionarias o incluso ser la causa de muerte intrauterina (aborto). A este grupo pertenecen las radiaciones ionizantes (radiografías, radioscopias, tratamientos radioterápicos, disolventes orgánicos -generalmente empleados en industrias-, metales como el mercurio, productos derivados del benceno, entre otros.)

Cabrejas (2003) añade que las pruebas prenatales, también podrían provocar un aborto espontáneo, esto debido a que mediante ellas se extrae material del embrión o de su entorno. Según la agresividad de la prueba, el riesgo del aborto aumenta, por ejemplo, la toma de muestra de la futura placenta, o extraer sangre del cordón pueden ocasionar alrededor del 3% de abortos.

Otras causas del aborto espontáneo podrían ser las siguientes:

- Infecciones agudas como la tifoidea y la neumonía.
- Infecciones crónicas como la tuberculosis o la sífilis; ésta última es considerada como una enfermedad que produce aborto en los primeros meses de gestación, sin embargo, se ha observado que los abortos que provoca esta enfermedad son poco frecuentes y cuando se presentan corresponden a productos de 4 y medio a 5 meses de gestación.
- Intoxicaciones exógenas, es decir, provenientes del medio ambiente como las producidas por las sustancias químicas (plomo, bióxido de carbono, arsénico, etc.), por alimentos o por medicamentos.
- Las intoxicaciones endógenas, las cuales se deben a que el organismo de la mujer no funciona adecuadamente y retiene sustancias tóxicas.

- Falta de calcio, yodo y vitaminas A, B, C y E puede producir alteraciones en la porción fetal de la placenta, aunque en la mayoría de los casos puede provocar esterilidad.

- Los traumatismos por si solos se consideran factores que ayudan a la producción de un aborto, pero no lo determinan; por ejemplo, si la madre sufre una caída o un golpe en el abdomen, el aborto se desencadenara solo si existe alguna otra causa que lo favorezca.

- Lo mismo sucede en los trastornos emocionales que favorecen el aborto cuando ya había alguna otra condición patológica.

- Las malformaciones congénitas del útero y los tumores pueden impedir que el producto de la concepción crezca conforme avanza el embarazo. Cuando existen adherencias entre los tejidos de la cara posterior del útero y la porción anterior del recto, al avanzar el embarazo impiden que el útero aumente de volumen provocando la expulsión del producto. Los desgarros del cuello uterino como consecuencia de partos múltiples y la insuficiencia del cuello uterino pueden causar el aborto.

Aunado a esto, Thapar y Thapar (mencionados en Pellicer y Simón, 2001) encontraron que entre las mujeres que presentan abortos espontáneos, habían índices más elevados de ansiedad y depresión (factores que pudieron haber influido para que el aborto se llevara a cabo).

Si no hay ningún factor de riesgo externo, el 90% de los embriones que no llegan a evolucionar es por una causa cromosómica, esto es, sus genes son anormales e incompatibles con la vida; en estos casos, lo más probable es que haya existido una malformación embrionaria grave acompañada de una alteración de los cromosomas.

3.2.2. Aborto inducido

Royston y Armstrong (1991), consideran que el aborto inducido o provocado es aquel en el que se interviene deliberadamente en el embarazo, (ya sea la misma embarazada u otra persona) con el fin de interrumpirlo, dicho de otro modo, este tipo de aborto, es la interrupción intencional y generalmente voluntaria del embarazo. Empero, es difícil afirmar que este constituye un bien en si mismo, pues en muchos casos este trae consigo diversas consecuencias, no obstante, a pesar de ello, hay personas que efectivamente lo consideran como la mejor decisión que pudieron haber tomado, pues en estos casos, llevar a cabo un aborto es una forma de evitar un mal mayor que la terminación misma del embarazo, esto es así cuando toda decisión bien tomada representa una oportunidad de crecimiento y autoafirmación de las personas (en este caso de las mujeres).

Langer y Tolbert (1996), mencionan que los abortos inducidos (que a menudo son llevados a cabo por razones sociales), casi siempre se practican mediante la llamada “succión del contenido uterino” (legrado) y este puede realizarse durante el primer o el segundo trimestre (antes de la semana 20) de gestación; los realizados durante el primer trimestre suelen hacerse mediante aspiración o legrado, estos se realizan generalmente por motivos de control de natalidad, aunque algunos pueden realizarse por indicaciones maternas (problemas que puedan surgir en la madre), mientras que los abortos del segundo trimestre se realizan con más frecuencia por indicaciones médicas, maternas o fetales.

La diversidad de personas a las que las mujeres acuden para lograr un aborto, cubre un amplio espectro que va desde ellas mismas o individuos carentes de todo entrenamiento e infraestructura para realizar el procedimiento, hasta médicos que utilizan técnicas modernas y eficaces.

Los métodos utilizados también son muy diversos e incluyen la ingestión o aplicación vaginal de sustancias naturales o industriales, téis de los tipos más variados o lejía (esta se refiere a la introducción vaginal de objetos), también traumas como caídas o golpes, la aplicación de técnicas médico-quirúrgicas como el legrado y la aspiración, tanto como la ingestión de distintas medicinas conocidas por sus efectos abortivos. Además, este tipo de aborto, suele ser más frecuente entre los habitantes de las ciudades que entre la población rural.

3.2.2.1. Métodos por los que puede llevarse a cabo el aborto inducido

El aborto inducido puede llevarse a cabo mediante diversos métodos, dichos métodos implican diferentes características y consecuencias (psicológica y físicamente hablando) aunque la más importante, es obviamente la pérdida del bebé, cabe aclarar que dichas consecuencias varían de mujer a mujer, obviamente, esto se da en base a la personalidad de cada mujer; dichos métodos son los siguientes:

- Dilatación y curetaje (llamado también raspado o legrado): para utilizar este método, el que opera debe paralizar el músculo cervical (entrada del útero) y después estirarlo despacio hasta que se abra, posterior a ello, introduce un instrumento llamado curete en el útero, el cual pica en pedazos el cuerpo del bebé y la placenta, hace después un legrado del útero para sacar todos los fragmentos y los deposita en una cubeta, el sangrado es siempre muy abundante.
- Succión: se emplea un método similar al de la dilatación del cuello del útero y se introduce un tubo hueco de plástico que se conecta a un aparato similar a una aspiradora (a diferencia que esta es 29 veces más potente de lo normal), el cual destroza al bebé y a la placenta en pequeños pedazos y los absorbe.

- **Envenenamiento salino:** este método se practica después de la semana 16, se introduce una aguja larga a través del abdomen de la madre y de la bolsa amniótica del bebé, inyectando por este medio una solución muy concentrada de sal en el fluido amniótico. El bebé respira y traga y obviamente se envenena.
- **Intervención quirúrgica o cesárea:** Este método se emplea cuando el bebé está totalmente formado y tendría el 100% de posibilidades de vivir, es simplemente una cesárea, la diferencia es que el médico extrae al pequeño y lo coloca a un lado para que muera de frío o lo ahoga con su misma placenta.

Independientemente del método que se utilice, las consecuencias están presentes, unas en mayor medida que otras, esto debido a que implica un desgaste emocional mucho mayor para algunas madres el hecho de ver a su bebé en pedazos o para otras el saber que este fue envenenado; no obstante, como se mencionó anteriormente, este sentimiento depende obviamente de la personalidad de cada mujer.

3.2.2.2 Aborto Completo e incompleto

Todo tipo de aborto podría ser completo o incompleto; los abortos completos terminan con la expulsión de todos los tejidos fetales y de los que se desarrollaron en el útero durante el embarazo, mientras que el aborto incompleto, es aquel en el que una parte o todos los productos de la concepción siguen retenidos en el útero, esto implica que si una parte de los tejidos se retienen, la mujer corre el peligro de infectarse o de continuar sangrando (Stepp y Smith, 2003).

En este caso, si la infección no se trata, puede empeorar hasta producir lo que se conoce como aborto séptico, que es la complicación mortal más frecuente del aborto ilegal. El aborto séptico puede ser también parte de un aborto espontáneo incompleto, aunque este último es poco frecuente.

3.2.2.3. Aborto recurrente

Este término se refiere a cualquier caso de tres abortos espontáneos consecutivos, a menos que cada aborto sucesivo se haya presentado más o menos al mismo tiempo y en forma similar.

Según Cabrejas (2003), una mujer que ha sufrido un aborto tiene una probabilidad del 20% de tener un segundo aborto espontáneo, si el antecedente es de 2 entonces tiene cerca de un 30% de posibilidades, y este porcentaje se eleva a un 45% si han sido 3.

3.2.3. Aborto legal e ilegal

En base al aborto legal, es menester aclarar que se considera como tal, debido a que no es punible o castigado cuando es causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada o cuando el embarazo sea el resultado de alguna violación.

En los últimos términos de la ley de 1967, un médico registrado puede interrumpir de modo legal un embarazo si se cumplen las siguientes condiciones: (Moore, 1989).

- La continuación del embarazo supondría mayor riesgo para la vida de la mujer que la interrupción del embarazo.
- Representaría un riesgo para la salud mental o física de la mujer más grande que la interrupción del embarazo.
- Significaría un riesgo de lesión a la salud física o mental de los niños de la familia de la mujer embarazada.

- Existe un riesgo sustancial de que si el niño nace, padecería de tales anormalidades físicas o mentales como para estar incapacitado de manera severa.

Para considerar que la continuación del embarazo sería dañina, se debe considerar el ambiente actual o futuro de la mujer, es decir, hay que tomar en cuenta si existe riesgo para la salud de la madre y al decidir si hay aborto o no, se deben considerar las condiciones de vida de la mujer o la falta de apoyo por parte de sus padres.

El aborto terapéutico por ejemplo, corresponde a un permiso legal sujeto a criterios como el tiempo de gestación, las condiciones de salud de la madre y ocasionalmente la salud del feto. En general, se trata de abortos que se realizan durante los tres primeros meses de embarazo. Dichos abortos, son inducidos, sea por la salud deficiente de la madre o para evitar el nacimiento de un niño con malformaciones graves.

Souza y Machorro (2000) por su parte, mencionan que donde quiera que sea legal el aborto, este debe ser seguro y deben introducirse las medidas preventivas necesarias para que los abortos se puedan realizar de igual manera que los otros servicios brindados en materia de planeación familiar.

El hecho de que el aborto sea legal, no implica que tenga que disminuir el número de abortos, pues aún en los países más liberados sobre este asunto (Japón o Suecia por ejemplo), siguen y seguirán recurriendo al aborto clandestino en busca del anonimato por diferentes circunstancias, como puede ser un adulterio, el hecho de tener una posición social elevada, por vergüenza o por un sinnúmero de razones más.

En cuanto al aborto ilegal, cabe mencionar que se ha practicado desde hace varios siglos, pero fue hasta 1861, cuando la "uk offences against the person act"

lo determinó como un crimen, refiriéndose con esto a la utilización de veneno u otra cosa tóxica o la utilización de cualquier otro instrumento o medio para intentar lograr un aborto.

Fue legal la interrupción de embarazo cuando había peligro para la vida de la madre o un riesgo severo para su salud física y mental. Como resultado de la ley acerca del aborto en 1967, ha habido una reducción enorme de cientos de miles de abortos criminales cada año y su mortalidad y morbilidad han desaparecido.

Royston y Armstrong (1991) mencionan que en los sectores más acomodados de la sociedad, hay muchas más posibilidades de procurarse un aborto en manos de un operador competente y en un entorno aséptico (higiénico); esto implica que es menos probable que esas personas tengan complicaciones o mueran como consecuencia del aborto; sin embargo, esto no previene precisamente riesgos para la madre, ya que muchas mujeres de los mismos sectores e incluso de la misma sociedad, recurren al aborto clandestino con el fin de que no aparezca su nombre ni en los registros hospitalarios ni en los civiles.

Todos estos resultados negativos (directos o indirectos) del aborto clandestino, suelen ser más frecuentes entre las mujeres pobres, quienes se arriesgan más con proveedores menos capacitados, que utilizan procedimientos más peligrosos o porque se auto-practican un aborto.

Cervantes (1980), (mencionado en Langer y Tolbert, 1996) menciona que el objeto de la protección penal en el aborto, es la vida del producto (del feto que es una vida autónoma e independiente de la madre en el momento de la concepción), ya que este es considerado desde el inicio como un ser humano, para otros, esperanza de vida humana y esta es la razón por la cual gran número de legislaciones, inspirándose en esa idea, colocan al aborto entre los delitos contra la vida.

En acuerdo con ello, Herrasti (2005) menciona que así se trate simplemente del óvulo fecundado, implica la vida de un ser humano, ya que este ser posee todas las características de la vida humana, puede reponer sus propias células y desarrollarlas dentro de un plan específico de funcionamiento y maduración; dicha autora también menciona que es un ser completo ya que nada nuevo le será añadido (desde el momento de la unión del espermatozoide y el óvulo hasta la muerte) que no exista desde su comienzo.

Por esta razón, puede decirse que en México, abortan de manera clandestina entre 540 mil y 850 mil mujeres cada año, y uno de cada 4 abortos es de una adolescente menor de 19 años, siendo esta la tercera causa de muerte materna entre los 15 y los 39 años.

3.3. Consecuencias del aborto

Las consecuencias de un embarazo no planeado, implican no solo a la chica adolescente y a su posible hijo, sino también a su pareja, a los padres de ambos o a la sociedad en general. Algunas personas tienen efectos solo a corto plazo, pero otras pueden tener dichos efectos a largo plazo, incluso de por vida.

López (1995) consideró que, tradicionalmente un embarazo no planeado tiene para la adolescente algunas consecuencias orgánicas como un efecto limitado en el tiempo, sin embargo, hoy se sabe, que tome la decisión que tome (abortar o tener a su hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no solo orgánicas sino también psicológicas, sociales, económicas y educativas; comúnmente los efectos de algunas de ellas van mucho más allá del parto y posparto. Para explicar mejor esta parte, mismo autor hace mención a la siguiente tabla (Ver tabla 3):

Tabla 3. Consecuencias para la madre

	Iniciales	Corto plazo	Corto plazo	Mediano y largo plazo
		<i>Decisión de abortar</i>	<i>Decisión de tener al hijo</i>	
Orgánicas		Infecciones, perforaciones, hemorragias, muerte	Anemias, abortos espontáneos, complicaciones de parto y postparto	
Psicológicas	Estrés, ansiedad, miedo	Tristeza, sensación de pérdida, culpabilidad	Estrés, depresión, baja autoestima, suicidio	Baja autoestima, sentimientos de fracaso
Sociales, económicas y educativas		Rechazo social si se conoce el hecho.	Rechazo social, matrimonios atípicos, abandono escolar, inseguridad social y económica	Fracaso matrimonial, bajo rendimiento y fracaso escolar, penuria económica, dificultad de emancipación, repetición de embarazo.

En contraste con esto, Molina y cols. (2003) al explorar los efectos del aborto a nivel psicológico, observaron que en general no habría secuelas a largo plazo. Los efectos psicológicos negativos se observarían cuando están relacionados con otro tipo de factores que debieran ser analizados, como la condición emocional

previa de la adolescente, antecedentes psicopatológicos, estado civil, duda en relación a la toma de decisión de abortar, nivel de educación, el tipo de relación de pareja, la duración y la calidad de la misma, apoyo familiar, actividad que se estaba desarrollando al momento del embarazo, entre otras variables.

Los efectos psicológicos observados incluyen emociones positivas como felicidad y alivio; los sentimientos negativos durante el primer trimestre post-aborto fueron la culpa, la vergüenza y el temor a la desaprobación social; secundariamente se observaron sentimientos de recriminación, ansiedad, depresión, duda y rabia; estas respuestas podrían ser entendidas como respuestas de adaptación propias al proceso de estrés vivido más que como respuestas psicopatológicas.

Por lo antes mencionado en este apartado, puede decirse entonces que hay diferentes tipos de consecuencias, estas pueden ser tanto físicas como psicológicas o sociales y en dado caso, algunas de estas podrían llevar incluso a la muerte; dichas consecuencias se mencionan a continuación.

3.3.1. Consecuencias físicas

En términos generales, pueden apreciarse algunos de los riesgos a los que están expuestas las mujeres que llevan a la práctica un aborto, dichos riesgos pueden presentarse en los embarazos posteriores al aborto y estos pueden ser los siguientes:

- El 40% son nacimientos prematuros debidos a daños en la cérvix.
- Hay aumento de muertes en niños prematuros.
- Hay aumento en embarazos intrauterinos por debilitación del músculo cervical.
- Hay aumento en pérdidas de niños entre el cuarto y sexto mes de embarazo.

- Gran riesgo de retraso mental en los niños de embarazos posteriores al aborto.

- Hay aumento en embarazos extrauterinos.
- Aumento en infecciones del cérvix, útero.
- Aumento en la esterilidad.
- Irregularidades en la menstruación.
- Fuertes jaquecas.
- Dolores abdominales.
- Mareos.
- Etcétera.

Algunas otras complicaciones causadas por el aborto (independientemente de las causadas en los embarazos posteriores) pueden ser:

- Perforaciones en el útero.
 - Desgarramientos en la cérvix.
 - Hemorragia durante la operación.
 - Sangrado después del aborto.
 - Retención de la placenta o del tejido de la misma.
 - Anemia.
 - Infección de la pelvis.
 - Fiebre (tres días o más)/sudores fríos.
 - Una o más transfusiones de sangre.
 - Peligro de muerte.
 - Conductos dañados en una operación que pareció ser realizada con éxito y destreza.
- Esterilidad.
 - Abortos espontáneos.
 - Embarazos ectópicos.
 - Nacimientos de niños muertos.

- Trastornos menstruales.
- Hemorragia por retención de restos.
- Infecciones.
- Coma.
- Peritonitis.
- Coágulos de sangre pasajeros.
- Intensos dolores.
- Pérdida de otros órganos.
- Muerte.
- Entre otras.

Castañeda (2003) menciona que al menos un 19% de mujeres que han abortado padecen trastornos por estrés post-traumático (PTSD) y entre un 20 y un 40% pueden mostrar niveles de estrés que fluctúen entre moderados y altos, así como conducta evasiva respecto a sus experiencias abortivas.

Por su parte, Correa y Jadresic (2005), consideran que las consecuencias mencionadas anteriormente no son todas las que podrían presentarse, ya que también puede haber desgarres del cuello uterino, perforación con lesiones intestinales y reacciones tóxicas cuando utilizan hierbas locales o productos químicos corrosivos, mal funcionamiento hormonal, etcétera.

Agregan también que el riesgo máximo que se puede presentar por la práctica de abortos mal practicados es la muerte. En cuanto a esto, Villalba (mencionada en Cruz, 2002) indica que 800 mujeres mueren cada mes por la complicación de abortos realizados.

Higashida (mencionada en Díaz y Moreno, 1998), añade que el tener dos o más abortos provocados (inducidos), se traduce en un menor porcentaje de abortos en embarazos subsiguientes y se puede incrementar el índice de prematuridad y de recién nacidos con un peso inferior al normal.

3.3.1.1. Tasas de muerte materna por aborto

La frecuencia del aborto se expresa en general mediante el concepto de tasa (número de abortos en relación con la población) o de proporción (número de abortos en relación con el número de nacimientos o embarazos). Una muerte materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, sin tener en cuenta la duración de éste.

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto o aborto, es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva en México y representa un indicador de profunda desigualdad social al estar íntimamente relacionada con la pobreza, con el acceso a servicios de salud con calidad y con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; por tanto, la muerte materna (por aborto) es la tercera causa de muerte en México.

En México, por ejemplo, ocurren anualmente alrededor de 4 millones 200 mil embarazos, de los cuales sólo llega a término el 60%, es decir, aproximadamente 2.5 millones de nacimientos al año, el restante 40% (1 millón 680 mil embarazos), terminan por abortos espontáneos o abortos inducidos, a pesar de esto, se considera que las muertes por aborto se pueden prevenir, esto depende de la calidad de la atención y el acceso a servicios de calidad.

Entre las causas de muerte más comunes como resultado del aborto clandestino, figura también el aborto séptico, un aborto incompleto en el cual el útero no se evacua de todos los productos de la concepción y la hemorragia que sigue de la perforación del útero. Muchas mujeres que sufren de estos y otros daños, pueden recibir tratamientos para salvar sus vidas, pero no para evitar efectos a largo plazo tan devastadores como la infertilidad.

En cuanto a las estadísticas generales en México a partir del año 2007, se puede mencionar lo siguiente:

En el DF

- 14% del total de abortos está en la capital del país.
- 7 mujeres de cada 100 que mueren radican en el DF.
- 66 interrupciones legales hubo del año 2002 al año 2006.
- 37% de embarazos no planeados se dan en menores de 20 años.
- 30 estados permiten aborto (inducido).

En el mundo

- 54 países (40.5% de la población mundial) permiten el aborto por la sola petición de la mujer.

Según datos del Consejo Nacional de Población, en México hay:

- 102 mil abortos inducidos al año.
- 88% de quienes interrumpen el embarazo son católicas.
- 26% no tienen hijos (es su primer embarazo).
- 50% tienen de uno a cuatro hijos.
- 19% tienen cinco o más hijos.
- 30% tienen de 21 a 25 años.
- 26% de 16 a 20 años.
- 25% de 25 a 30 años.
- 14% de 31 a 35 años.
- 3% de 36 a 45 años.
- 2% de 10 a 15 años.
- 34% abortan por razones económicas.
- 16% abortan para mejorar la educación de sus hijos.
- 12% abortan por problemas conyugales.
- 9% por conflictos familiares.
- 5% por problemas de salud.
- 16% de las personas que abortan son analfabetas.
- 44% no terminaron la primaria.

- 28% tiene la primaria completa.
- 3% son profesionistas

Palma y Rivera (2003), haciendo notar su inconformidad hacia la legalidad del aborto, señalan que cada año, más de un millón y medio de mujeres se practican abortos, lo cual significa que más de 4.000 niños aún no nacidos son “asesinados” legalmente cada día. Aseguran también, que ni las leyes restrictivas ni la falta de atención profesional impiden que las mujeres recurran al aborto, esos obstáculos por el contrario, influyen únicamente en el resultado de la intervención.

La mujer que se ve forzada a acudir en secreto con un médico incompetente que le practique un aborto, corre un riesgo de defunción quizá 100 veces mayor que la mujer atendida por un cirujano especializado y en condiciones higiénicas. Debido a ello, en América Latina se considera que las complicaciones del aborto ilegal, son la principal causa de defunción para las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 39 años.

Loftus y Chamberlain (1994), consideran que la clandestinidad (el hecho de practicar el aborto y convertirlo en un secreto por temor a la ley o por eludirla), opera como una condena simbólica en gran parte del personal de salud, lo que lleva al descuido o la desatención de estas personas quienes se practican un aborto en estas condiciones. Empero, como aun no se está incrementado 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.

La cantidad de mujeres jóvenes asistidas en los hospitales públicos por complicaciones derivadas de abortos aumentó en los últimos años; según las estadísticas nacionales hay un incremento de este tipo de complicaciones en la población femenina de entre 15 y 19 años. Dicho de diferente manera, para 1995, la cifra de las mujeres internadas por abortos se concentraba en los 25 años, sin embargo, en las últimas estadísticas se observó un incremento de esas complicaciones en jóvenes de entre 15 y 19 años y algunos casos de entre 10 y

14 años. (En nuestro país se producen alrededor de 700,000 nacimientos por año, de los cuales 100,000 corresponden a partos de adolescentes menores de 20 años y 3,000 a partos de adolescentes menores de 15 años). Estos datos de egresos hospitalarios muestran que el 15% de las mujeres internadas por complicaciones del aborto son adolescentes.

También existe un aumento de muerte por gestación en este grupo de edad. Esto conlleva a la conclusión de que la situación de la ilegalidad condiciona el proceso asistencial de las adolescentes internadas en los hospitales por complicaciones del aborto.

La tasa de muertes fetales, es menor cuando las madres tienen una edad comprendida entre los 20 y los 24 años, que cuando son menores de 20. En las mujeres mayores de 24 años, la tasa de mortalidad fetal se eleva con rapidez a medida que pasan los años.

Vara (2001), asevera también que antes de los 19 años, el embarazo se considera de alto riesgo y que es muy importante tomar en cuenta los efectos en la salud de la madre y del producto. Entre las menores de edad, el riesgo de mortalidad materna es 1.2 veces mayor y entre mujeres indígenas es 3 veces mayor que en las mujeres mayores de 19 años.

En un estudio realizado por López (mencionado en Cruz, 2002), se establece que una de cada cinco mujeres que aborta, requiere hospitalización debido a las complicaciones presentadas por llevar a cabo dicho proceso.

Esto implica que el tratamiento de abortos mal practicados requiere en promedio de dos a tres días en el hospital, de 15 a 20 minutos en el quirófano, del consumo de antibióticos, anestesia y en muchos casos transfusiones de sangre. Por tanto podría decirse que un aborto requiere un costo elevado, incluso cinco

veces mayor que el de un parto (obviamente, si en este se presentan consecuencias negativas).

Por esta razón, la posibilidad de evitar embarazos no planeados es bastante urgente en el caso de las adolescentes, ya que los nacimientos en adolescentes conllevan a consecuencias negativas tanto para la madre como para los hijos.

3.3.1.2. Factores que influyen en el riesgo de defunción por aborto

El riesgo asociado a la defunción del aborto depende en gran medida de:

- El método utilizado.
- La competencia (profesionalismo) del médico que practica el aborto.
- La fase de embarazo en la que se practica tal operación.
- La edad y el estado general de la mujer embarazada.
- La disponibilidad y calidad de la atención médica en el caso de que surjan complicaciones.
- Etcétera.

Royston y Armstrong (1991) consideran que mientras el aborto legal es uno de los procedimientos quirúrgicos más inofensivos, el riesgo de complicaciones graves y quizá el fallecimiento es considerable cuando una persona incompetente lleva a cabo un aborto en condiciones higiénicas inadecuadas.

Uno de los factores más importantes que determinan el riesgo de muerte materna, es el periodo del embarazo en el que una mujer recurre al aborto. Mismos autores señalan que el riesgo de defunción asociado a los abortos legales practicados en las 8 primeras semanas del embarazo, es más de 20 veces inferior al riesgo que trae consigo el parto, esto es, el riesgo de defunción aumenta con cada semana adicional de gestación.

3.3.1.3. Planificación familiar

Es de suma importancia tomar en cuenta la planificación familiar, ya que fomentar la orientación post-aborto disminuirá la posibilidad de que se repitan los embarazos no planeados y por ende los abortos.

González y Conde (2003), mencionan que “los mayores niveles de instrucción y educación, la existencia de programas de educación sexual, la mayor autoestima del adolescente, la existencia de proyectos de vida, la mayor instrucción de los padres, la mejor comunicación de la familia, la mejor percepción de la relación de pareja que tiene el adolescente de sus padres y la mejor ocupación del tiempo libre, se asocia al retraso en el inicio de la vida sexual de los adolescentes y al uso de métodos anticonceptivos cuando esta se inicia”. Por esto, puede añadirse que el embarazo planificado está claramente relacionado con el uso de métodos anticonceptivos. (p. 120)

El nivel de escolaridad alcanzada y las aspiraciones educacionales, han revestido particular importancia al comparar adolescentes que abortan con las que llevan su embarazo a término y tienen un hijo. En base a esto, se describe que las adolescentes que eligen abortar tienen una menor probabilidad de haber repetido un año, escolar y en un mayor porcentaje sus madres han alcanzado una escolaridad más alta que las adolescentes que tienen sus hijos.

Los estudios post-parto (realizados en EU.) sugieren que se debe considerar el contexto completo en el cual el aborto es realizado, esto en relación a diversas circunstancias como son: el momento en el que el embarazo se dio, si este es planeado o no, si se cuenta con el apoyo familiar o de redes sociales, tipo y calidad de relación de pareja y la experiencia del procedimiento en sí principalmente.

Por tanto, podría considerarse que ya es una necesidad preparar incluso a los adultos (principalmente a los padres) para que desde el seno familiar inicien la enseñanza de la sexualidad en sus hijos.

En el caso de practicar una vida sexual activa y no desear o planear el embarazo, hay que prevenir adecuadamente su presentación (sea en adolescentes o adultos, dentro de una pareja estable o en una relación fortuita o forzada sin esperar irresponsablemente que no se presente el embarazo). Dicho de otro modo, para prevenir el embarazo no planeado hay que tomar precauciones y utilizar la metodología anticonceptiva adecuada a cada caso en particular, lo ideal es adecuar dicha metodología a las condiciones de cada necesidad, las características de cada persona, etcétera.

En cuanto a esta información, es de gran importancia mencionar a continuación los motivos de las y los adolescentes para omitir la prevención.

3.3.1.4. Motivos de las y los adolescentes para omitir la prevención

Las razones generales (citadas por los adolescentes y/o jóvenes de ambos sexos) para explicar el por qué omiten el utilizar algún método anticonceptivo siendo sexualmente activos son:

- Por que se cree que no podrá haber embarazo si las relaciones sexuales son muy esporádicas.
- Por no estar enterados de la prevención del embarazo no planeado.
- Por no esperar la relación sexual (tomarlos desapercibidos)
- Por suponen que los métodos anticonceptivos desvirtúan la espontaneidad de las relaciones sexuales.

- Por creer que la responsabilidad de evitar embarazos es de la mujer.
- Por pena a adquirir los métodos y temor a ser descubiertos con ellos (condones, pastillas, etcétera).
- Por no haber deseado la relación y ser forzada.
- Por pensar que el hombre cuida a la mujer.
- Etcétera.

3.3.2. Consecuencias psicológicas

En nuestro país, la mujer que aborta se enfrenta a una serie de conflictos emocionales y morales que ponen en peligro no solo su salud física, sino también su salud psicológica.

En lo que respecta a los riesgos o consecuencias psicológicas que conlleva el aborto, cabe mencionar que estos van a depender de la situación del embarazo, el tipo de aborto que se esté practicando, legalidad, así como la aceptación o rechazo del embarazo, entre otras cosas.

Esto implica que las relaciones sexuales prematuras en la adolescencia no solamente causan problemas físicos en los jóvenes practicantes, sino con gran frecuencia producen desajustes emocionales, siendo estos principalmente sentimientos de culpa.

Muchas veces la culpabilidad que sienten las mujeres, es por la imposición de la iglesia que ha descrito que el feto tiene derecho a vivir y por tanto el aborto es un acto criminal sin razón justificable, de esta manera, el aborto como pecado y como delito, conlleva la culpa como experiencia subjetiva y funciona como crítica,

control y acusación social que legitiman la subordinación de las mujeres y el poder sobre ellas, es decir, la culpa cumple la función de control sobre las mujeres y justifica su permanente castigo y desvalorización, así las mujeres que se sienten culpables por haber abortado, pierden valores y poderes sexuales y comúnmente ese daño a su autoestima, las coloca en posición de ser sometidas el resto de sus vidas por cualquier hombre o cualquier otra persona.

Aunado a esto, en un estudio realizado sobre mujeres que se habían practicado un aborto, los investigadores hallaron que el 44 % se quejaba de trastornos nerviosos, el 36% había sufrido alteraciones del sueño, el 31 % tenía arrepentimientos por la decisión tomada y al 11 % le habían sido prescritos fármacos psicotrópicos por su médico de cabecera. En base a esto, es importante señalar que muchas mujeres tras un aborto, recurren a la represión como mecanismo de defensa, en ellas puede darse un largo período de negación antes de que una mujer requiera tratamiento psiquiátrico, estos sentimientos reprimidos son susceptibles de causar afecciones psicósomáticas y psiquiátricas o de conducta en otras facetas de la vida de la mujer.

Del Castillo (mencionado en Veloz, 1994) afirma que relaciones ocultas, sentimientos de culpa no superados, recuerdos desagradables por las condiciones en que se realizan las relaciones sexuales, etc., propician disfunciones sexuales como rigidez e impotencia así como desviaciones de conducta sexual (homosexualidad en el hombre y lesbianismo en la mujer), se pierde la confianza y el respeto mutuo entre los sexos y se favorece al machismo en el varón dominante y la sumisión en la mujer dócil.

Algunos otros sentimientos que se ponen en juego, pueden ser el de duelo, dolor por el objeto perdido, culpabilidad, temor al manejo de la propia agresividad, cansancio, apatía, irritabilidad, dolores de distinto tipo, temor a recibir un castigo (visión pesimista de la vida), carencia importante de afecto, baja autoestima, sentimientos de vacío y malestar, alteraciones en el apetito, en el deseo sexual y

en el sueño, además de estar presentes con frecuencia las pesadillas en las que comúnmente las mujeres observan las partes del bebé abortado, recuerdos dolorosos de la fecha en la que hubiera nacido, etcétera.

Otras de las consecuencias psicológicas pueden ser sobresaltos, ataques de ira, pensamientos recurrentes, negación, amnesia, conductas de evitación, compensaciones reivindicativas, depresión, ideas suicidas e intentos de suicidio, abuso de alcohol y drogas, desórdenes alimenticios, culpabilidad existencial, angustia existencial, ataques ansiosos, falta de confianza en los demás y falta de confianza en sí mismo.

En nuestra sociedad, el principal papel de la mujer a sido el de ser madre, esposa y/o ama de casa y precisamente bajo estas funciones, es que se la ha valorado y se les han adjudicado características tales como dependencia, conformismo, pasividad, sumisión, etcétera.

Cuando la adolescente se embaraza, puede optar por el matrimonio o por ser madre soltera, continuar el embarazo y tener un hijo no planeado, o provocarse un aborto, de todas formas, los matrimonios así realizados (prematuros y/o forzados) están condenados al fracaso sea por separación (divorcio) abandono de la pareja o relaciones sexuales extramaritales de uno o ambos miembros de la pareja. (Mendoza, 2001).

Ibarra (2004), menciona que aquella mujer que ha abortado por dilatación y curetaje, a menudo presenta menos sentimientos de culpabilidad que aquellas que abortan por "Salting-out" (es un procedimiento más natural, aunque muy traumático para la mujer, esto debido a que ella se encuentra en las últimas etapas del embarazo y a menudo ha tenido movimientos fetales).

En la dilatación o procedimiento de aspiración, la mujer está en etapas tempranas del embarazo y son anestesiadas para que no sientan nada, de esta

manera tienen sentimientos de irrealidad”; por otra parte, en el método de “Salting-out”, agrega Núñez (2003) la mujer está despierta, ve y siente todo durante el aborto, con este procedimiento se observa en la mujer mayor depresión, culpabilidad y remordimiento después del aborto”. Esto confirma que el método que se utilice puede llegar a influir en el estado de ánimo de la mujer que aborta.

Muchas otras de las consecuencias psicológicas que presenta una mujer después de abortar (aunque cabe mencionar que no en todos los casos) son alteración de las relaciones interpersonales con la familia, psicosis, neurosis, depresión, insomnio, anorexia, pesadillas, fobias, ilusiones, obsesiones, intentos de suicidio, todos estos son provocados por un conjunto de situaciones o circunstancias familiares y sociales que ocurren en el aborto.

También puede haber autodestrucción, rechazo hacia la pareja (frecuentemente), actuar en contra de una norma socialmente introyectada, esto es lo que hace del aborto una experiencia traumática.

Del Castillo y Harfuch (mencionado en Veloz, 1994), añaden que la culpa depende de factores culturales, religiosos, sociales, así como de los antecedentes psicológicos de la persona. Por tanto, el aborto tiene un contenido específico unido a los núcleos de la personalidad, es decir, un aborto deja siempre consecuencias que al acentuarse pueden distorsionar el equilibrio anímico.

Entonces, es importante resaltar que la personalidad de la mujer, es un patrón decisivo que marcará que tan aguda será la reacción depresiva, esto es, una persona estable sentirá menos conflicto acerca del aborto y serán menos las reacciones de culpabilidad. A mayor conflicto, ambivalencia, confusión e inestabilidad serán mayores y más serias las secuelas.

En los países donde el aborto es legal, para la mayoría de las mujeres los sentimientos de culpa, remordimiento o tristeza, (si es que llegan a presentarse)

son moderados o transitorios y por lo general preceden a un sentimiento de alivio al resolverse una situación crítica (Cruz, 2002).

De acuerdo a lo anterior, se infiere que las reacciones emocionales inmediatas al aborto pueden ser provocadas por la aceptación o rechazo del mismo, así como el apoyo moral que se recibe de la familia.

En un estudio realizado por Chávez (2007), se comparó a adolescentes que abortaron con un grupo que siguió con su embarazo, en este estudio, se encontró que las adolescentes que abortaron no presentaron mayores niveles de estrés o ansiedad, mientras que las del grupo que continuó su embarazo dos años más tarde no mostraron tener mayores problemas psicológicos.

Al realizar el seguimiento de esta investigación, se constató que el grupo de aborto continuaba la escolaridad en mayor frecuencia que el grupo de embarazo. Además las adolescentes que presentaron menos deserción, retraso escolar y disminución notoria de ansiedad, con el tiempo, lograron un mayor ingreso al mundo laboral y presentaron mejores niveles tanto de autoestima como de autocontrol.

En base a ello, se ha insistido en que la presión cultural, la clandestinidad, la aprobación o la desaprobación del aborto ilegal, son las fuentes de ansiedad intensa que provocan perturbaciones psicológicas. Por ello, no hay duda de que la respuesta emocional de la mujer depende en gran medida del concepto que tiene de sí misma, de sus sentimientos inconscientes hacia el embarazo, opinión o sentimientos hacia el hombre y/o de los motivos conscientes o inconscientes que la llevaron a permitir el embarazo y después el aborto (las circunstancias concretas del aborto).

Podría decirse, que no se trata entonces de casualidades directas, el hecho de que cada mujer después de un aborto presente las mismas complicaciones

post-aborto, ya que ellas tendrán como síntoma una historia particular basada en la vida personal (llamadas influencias recíprocas de lo congénito), es decir, la historia personal y el trauma desencadenante, dependerá de la personalidad pre-aborto de la mujer y de la pareja, del significado específico que tuvo el embarazo y el aborto para ellos.

Díaz y Moreno (1998), argumentan que una de las fuentes de ansiedad y lucha interna es el rechazo de su rol psicosexual y de sus funciones biológicas lo que constituye a hacerlas resistentes para asumir un papel cálido y de protección. Esta alteración de su rol psicosexual, puede tener como origen una insatisfacción afectiva por parte de la figura materna, que en lugar de gratificar sus necesidades de seguridad emocional en los primeros días de su vida, podrá transmitir indiferencia y posiblemente angustia o tensión.

Veloz (1994), menciona que las secuelas más importantes que envuelven a la mujer después de practicarse un aborto son:

- Sublimación: Se ven a menudo inhibiciones en tareas que hasta el momento del aborto se habían desarrollado normalmente. La sublimación está en proporción directa a la capacidad depresiva de una persona.
- Relaciones de pareja: Después del aborto, generalmente empeoran. Es frecuente la disolución de la pareja después de un aborto, sobre todo en solteras; en todo caso se ven siempre los reproches, acusaciones mutuas manifiestas o latentes, por proyección en el otro de la propia culpa, la cual comúnmente lleva a una pelea.
- Ruptura amorosa: Generalmente después del aborto, se incrementan las dificultades en las relaciones con los otros.

- Ansiedades hipocondriacas: A veces se ven síntomas leves de esterilidad definitiva, somatizaciones distintas y/o frigidez.
- Culpa y depresión: surge en las mujeres principalmente, un aumento de desconfianza hacia los hombres y sentimientos de que han sido abandonadas y han tomado ventaja de ellas (se sienten utilizadas). Todo este conjunto de síntomas algunos autores lo denominan como el Síndrome Post Aborto (Donat, 2000).

El patrón psicológico de las pacientes que solicitan el aborto muestra un grado profundo de depresión, dificultad en la obediencia de las reglamentaciones, dificultad en el control de impulsos que la llevan a dificultades sociales, ansiedad, miedos irracionales y otros rasgos.

SH Hyde (1995) añade, que la decisión y el hecho de abortar constituyen momentos de máximo estrés y que de ambos pueden derivarse problemas psicológicos. Una importante revisión de estudios metodológicamente correctos de las respuestas psicológicas de las mujeres que han sufrido abortos legales concluía que son raros los problemas graves y que en realidad el peor estrés se produce antes del aborto; por ejemplo, en un estudio realizado por este autor, se entrevistó a mujeres dos semanas después de abortar pasado el primer trimestre de embarazo; el sentimiento más común era de alivio (a esto aludió el 76% de las mujeres) mientras que en un 17% el sentimiento negativo más común era la culpa.

Por tanto, es de suma importancia tomar en cuenta que la ideología o las creencias religiosas, ejercen una influencia impresionante en la culpabilidad que podría llegar a sentir una persona, pues, en muchas ocasiones 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 de la pareja, temor al rechazo paterno, falta de recursos económicos, interrupción de proyectos futuros, etcétera).

Erviti (2003), menciona también que la condena del aborto no se limita al discurso de la iglesia, sino que conlleva una condena social y moral que identifica como culpables a las mujeres que se lo provocan, construyéndose una marca o huella para la mujer que se lo induce. Es por ello que muchas mujeres cuando se les entrevista, argumentan a favor de que su aborto no ha sido voluntario, sino espontáneo.

Las mujeres que han abortado podrían presentar sentimientos de pérdida de control, ansiedad crónica, insomnio, distorsión de la imagen corporal, culpa, disminución o falta del impulso libidinoso y una pérdida aguda de autoestima. Entre los hombres, suele darse el deseo de ser fuertes delante de sus parejas, pero a medida que se acumulan los abortos aparecen también los sentimientos de pérdida de control, angustia, culpa y baja autoestima. La ambivalencia y la ansiedad pueden llevarles a impotencias situacionales o incluso al miedo a las relaciones sexuales.

Desafortunadamente, las consecuencias físicas o psicológicas no son las únicas que podrían surgir, pues también pueden estar presentes las consecuencias sociales.

3.3.3. Consecuencias sociales

La familia y la sociedad juegan un papel bastante importante dentro de la percepción y asimilación del aborto, esto es porque si las personas que rodean a la mujer que se ha practicado un aborto tienen la idea de que ha cometido un asesinato y así lo expresan o se lo hacen sentir a la mujer, es inevitable la aparición de alguno de los trastornos mencionados anteriormente, en cambio, esto no ocurre si se le brinda apoyo moral o se le hace ver su situación de una manera más favorable.

Si se continúa con el embarazo hasta el término, es común que surjan consecuencias para las mujeres (madres), como el hecho de:

- Recibir menos educación a diferencia de las mujeres que postergan la procreación al menos hasta haber cumplido los 20 años.
- Tener menos posibilidades de empleo y menores ingresos.
- Divorciarse o separarse de su compañero.
- Vivir en la pobreza, entre otras.

Añadido a ello, las consecuencias sociales de la procreación temprana, varían de una cultura a otra. Por ejemplo, en lugares donde las mujeres se casan jóvenes y comienzan a tener hijos a temprana edad, la maternidad suele brindar prestigio social y respeto. Si se espera que una joven pruebe su fecundidad como parte del proceso matrimonial, aun el embarazo no planeado puede mejorar las circunstancias sociales de la adolescente al acelerar el proceso del matrimonio o garantizar su sostén económico; sin embargo, dicho prestigio no suele ser suficiente para muchas mujeres (habitantes de los países más desarrollados principalmente), pues de acuerdo a la cultura, sociedad o contexto que les rodea, están envueltas en otros planes o proyectos de vida, razón suficiente de algunas mujeres para llevar a cabo el proceso del aborto.

Al hablar de consecuencias sociales, cabe destacar el punto referido a la economía, pues debido a las transformaciones sociales y económicas que atraviesa todo el mundo en desarrollo, las consecuencias económicas de la paternidad temprana suelen ser ahora más extremas. En forma creciente, los hombres y mujeres jóvenes descubren que necesitan tener empleos remunerados y la preparación necesaria para obtenerlos. Cuando las mujeres jóvenes tienen escasa oportunidad de avanzar económicamente, la procreación temprana tal vez no empeore las ya deficientes perspectivas económicas de las jóvenes; empero, casi todas las zonas urbanas ofrecen a una joven alguna oportunidad de trabajo remunerado si ella tiene la capacitación necesaria, en este caso, las mujeres que

han tenido un hijo antes de los 20 años, pueden sufrir la falta de una oportunidad como esta, debido a que gran parte de su educación ha quedado interrumpida.

En relación a la pobreza y la paternidad precoz, la causalidad parece estar presente, pues las mujeres más pobres son las que más tienden a tener hijos cuando son jóvenes y las que tienen hijos de jóvenes también tienden a quedarse en la pobreza por un largo periodo de tiempo.

Si bien la paternidad temprana puede realzar el prestigio social del joven en algunas sociedades, también puede implicar que los jóvenes que se convierten en padres a una edad temprana pueden perder oportunidades para educarse o para tener un mejor porvenir económico, esto es, los varones que llegan a formalizar la relación, probablemente abandonan los estudios para mantener a la nueva familia.

Para definir mejor el problema social que provoca el embarazo, tanto en adolescentes como en adultos, se manejan 4 elementos:

- Efectos adversos en la salud de la madre y el niño: el impacto médico del embarazo en la salud física, mental y social, se manifiesta con mayor gravedad en las adolescentes que en las mujeres adultas.
- Su incremento o decremento: se considera que en las adolescentes aumenta la incidencia de embarazo, además propicia la prolongación del periodo de fertilidad, es decir, al comenzar la mujer a parir más joven podrá embarazarse durante más años, en cambio en los adultos, actualmente está disminuyendo esta multiparidad.
- Interdependencia entre pobreza, ignorancia y multiparidad o paridad precoz: se refiere a la permanencia de estructuras sociales y culturales inadecuadas que limitan el progreso socioeconómico y propician el embarazo.

- Contribución al incremento acelerado de la población con disminución progresiva (pero sin alcanzar límites estadísticamente útiles de reducción de la reproducción en adultos): esto se enfoca a los países subdesarrollados donde se presenta el problema de explosión demográfica sin mayor impacto poblacional, dándose este en adolescentes.

En resumen, cabe señalar que las consecuencias sociales, no se manifiestan únicamente para el nuevo ser, sino para la mujer (principalmente) y el hombre que van a convertirse en padres.

CAPITULO IV: ABORTO Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Existen diversos sentimientos que rodean un aborto, entre ellos puede hablarse desde la expresión de alivio, hasta la tristeza extrema y la desesperación, aun cuando el aborto que se haya llevado a cabo haya sido de tipo espontáneo (del cual es común enterarse hasta que ya sucedió, ya que por lo común es confundido con cólicos menstruales o simples retrasos).

El primer sentimiento mencionado (alivio), es debido a que la madre no había planeado y por ende, no deseaba un embarazo en ese momento y además, esta terminación del embarazo puede verse simplemente como la pérdida de un proceso y no como la pérdida de un hijo.

La tristeza, el duelo y la depresión, suelen darse si es que se ha realizado una gran inversión emocional en dicho embarazo o debido también a la pérdida de otros embarazos, o incluso porque ya se ha anunciado del embarazo a familiares y/o amigos.

Erviti (2003), considera que también puede haber sentimientos neutros o inseguros, los cuales se experimentan comúnmente cuando las mujeres se enteran del embarazo en el momento en que se lleva a cabo el aborto, estos también se observan cuando la persona no había tenido otra pérdida (un aborto anterior a este); estos sentimientos a parte de presentarse sin que estuviera planeado el embarazo, surgen si había una amenaza física para la madre por hemorragia o dolores excesivos. Todos estos sentimientos son presentados comúnmente cuando se presenta un aborto espontáneo.

A diferencia de estos, el aborto inducido añade algunas dimensiones al proceso de duelo, estas suelen ser principalmente de culpabilidad y con frecuencia algunos de los sentimientos expresados describen el hecho de haber decidido el

momento de la muerte del hijo y el sufrimiento que este pudo tener durante el procedimiento.

4.1. Depresión

Rillstone y Hutchinson (citados en Stepp y Smith, 2003), definen a la depresión como un trastorno del estado de ánimo, el cual se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser temporal o permanente, esta palabra, es derivada del latín "*depressus*", que significa "abatido" o "derribado".; asimismo, mencionan que muchos padres sufren un duelo o depresión prolongada debido al estigma que rodea su difícil decisión (llevar a cabo o no un aborto); esto, puede tener como consecuencia, el hecho de que si hay embarazos posteriores, las mujeres podrían toparse nuevamente con sentimientos de vergüenza y culpabilidad, es decir, es común que dichos sentimientos vuelvan a aparecer, por tanto experimentan un duelo al igual que una depresión complicada durante periodos de tiempo prolongado y frecuentemente es muy difícil llegar a aceptar la pérdida.

Algunos otros sentimientos que se expresan en una depresión son los centrados en el hecho de tener conflictos extremos entre las creencias, los valores y las necesidades de hacer lo que es correcto para la familia. Los sentimientos de culpa de la madre, pueden ocasionar ira ante las personas que la atienden en el momento del aborto o hacia los que la animan y la apoyan en su decisión.

Sh Hyde (1995) por su parte, considera que las mujeres que abortaron no sólo pueden presentar las consecuencias ya mencionadas anteriormente (depresión) sino que también pueden tener doble probabilidad de padecer enfermedades mentales en los años siguientes al aborto, incluso aumenta el riesgo de abuso de alcohol y drogas y muy probablemente, las mujeres que se han realizado un aborto voluntario también sufren más angustia vital a largo plazo que las que sufren un aborto espontáneo, también tienen mayor probabilidad de sufrir problemas de ansiedad y más probabilidades de sentir angustia emocional

después del aborto, esto último se da más en mujeres jóvenes que las personas mayores (adultas). Incluso, en las mujeres que han sido abusadas sexualmente, se considera que hay aumento de culpa, soledad y vergüenza, además podría surgir la idea de dar al niño en adopción.

Todas estas consecuencias psicológicas no solo puede presentarlas la mujer que lleva a cabo un aborto, sino también los hijos de madres con este historial (aborto), pues tienden a presentar algunas características similares, como el tener menos apoyo emocional en el hogar (entre 1 y 4 años) y más problemas de conducta (entre 5 y 9 años de edad) que los hijos de mujeres que no han abortado.

Benson, Leonard, Winkler, Wolf y McLaurin (1993), argumentan que la depresión está presente en los adolescentes en un 5 % y a partir de los 14 años este trastorno se hace más frecuente en las mujeres. Los factores que predisponen al desarrollo de la depresión en este grupo de edad son el género femenino, las enfermedades crónicas (diabetes), los cambios hormonales (pubertad), el antecedente de depresión en padres o familiares, variantes genéticas (del gen transportador de serotonina y el uso de isotretionina para el acné), abandono o abuso en la infancia, nivel socioeconómico bajo, la pérdida de seres queridos y trastornos mentales como los trastornos de ansiedad, TDA- H, problemas de conducta o de aprendizaje, tabaquismo, el antecedente de depresión y el aborto.

A pesar de ello, Anderson, Camacho y Strark (2000), mencionan que no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas, esto es, la gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

Por tanto, la depresión afecta negativamente diversas áreas de la personalidad, influye en lo que las personas sienten, en lo que piensan sobre sí

mismas y sobre los otros y en su manera de actuar. A diferencia de los adultos, la depresión en los adolescentes con frecuencia se manifiesta como irritabilidad.

4.1.1. Características de la depresión

Las señales de depresión que manifiesta un adolescente, son una serie de conductas y actitudes diferentes a las habituales. (Guelar y Crispo, 2002). Para brindar un mejor panorama de cómo se manifiesta la depresión, se hace mención a lo siguiente:

Por lo general, se dejan de hacer cosas que se hacían habitualmente, en este caso, las y los adolescentes se muestran sin ganas de cumplir con sus obligaciones, se vuelven apáticos y comúnmente alternan esta actitud con explosiones de violencia.

Otras características de la depresión son: irritabilidad, indiferencia hacia lo que antes era interesante o grato para la persona; además, una persona con depresión, responde con fastidio ante cualquier pregunta, sale menos con sus amigos, puede pasar mucho tiempo encerrado en su cuarto escuchando música, expresa con más frecuencia ideas negativas sobre sí mismo, sobre el mundo y puede escuchársele decir a menudo frases como “nadie me quiere”, “no sirvo para nada”, además se queja de sentirse cansado todo el tiempo y su rendimiento escolar disminuye notablemente, suele hablar de la angustia, mostrarse muy inquieto (constantemente en movimiento), hay dificultad para sentir placer, está abstraído y/o aislado en su mundo, etcétera.

Guelar y Crispo (2002), también mencionan que las alteraciones del sueño son un síntoma habitual de la depresión y que, el adolescente manifiesta estas alteraciones de diversas maneras:

- Duerme más de lo habitual sin un motivo identificable.

- Tiene dificultades para conciliar el sueño.
- Se despierta durante la noche.
- No se despierta a la hora preestablecida.
- Se despierta antes de lo planeado.

Factores químicos, características hereditarias y conductas aprendidas en las relaciones con otras personas intervienen también en el origen de un cuadro depresivo; de alguna manera, puede decirse entonces que la depresión puede estar funcionando como un modo de denunciar algo que no está bien, o como un modo de intentar evitar que sucedan cosas peores.

La depresión por tanto, constituye una problemática central en el proceso de la adolescencia, de acuerdo a ello, Weinberg y cols. (mencionados en Marcelli, 1992) mencionan algunas otras características importantes de la depresión, las cuales son:

- Humor disfórico.
- Autodesprecio.
- Comportamiento agresivo.
- Trastornos del sueño.
- Modificación del rendimiento escolar (si lo hay).
- Disminución de la relación social.
- Pérdida de la energía habitual.
- Modificación del apetito y/o del peso habitual.
- Tristeza duradera.
- Aislamiento.
- Rechazo de algunas actividades.
- Ansiedad.
- Fobia.
- Signos físicos (dificultad para dormir, en el apetito, dolores diversos).
- Cólera.

- Dolor moral.
- Tentativa de suicidio (para algunos autores, el intento de suicidio se asienta directamente en el contexto de la problemática del duelo y de la depresión).

Bethea (1999) agrega otras características de la depresión, las cuales pueden ser:

- Ánimo deprimido o irritable.
- Conducta irresponsable.
- Hostilidad.
- Enojo.
- Marcada disminución del interés o placer hacia actividades, por ejemplo, pérdida de interés en los compañeros y en las actividades escolares.
 - Alteración de peso, sin dieta (más del 5 % del peso corporal) o alteración del apetito.
 - Insomnio o hipersomnia
 - Agitación
 - Fatiga o pérdida de energía, implicando esto no participación con compañeros, negativa a ir a la escuela y ausencia frecuente en la escuela.
 - Dificultad para pensar o concentrarse o mal funcionamiento académico.
 - Pensamientos recurrentes de muerte (ideación, planeación o intento suicida).
 - Regalar su colección favorita de música u otros objetos queridos.

4.1.2. Tipos de depresión

Según Vergetti (1990), existen varios tipos de depresión, aunque cabe citar que entre los más comunes se encuentran el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

- El trastorno depresivo grave: se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad; un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

- El trastorno distímico (también llamado distimia): se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien; las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

- Depresión psicótica: esta ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones y delirios.

- Depresión posparto: esta se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto.

- El trastorno afectivo estacional: se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar; esta (la depresión) desaparece generalmente durante la primavera.

No obstante, la depresión no es la única consecuencia que podría surgir después de practicado un aborto, sino que este proceso puede traer consigo un duelo.

4.2. Duelo

Lombardía (2000), define al duelo como el proceso personal cuyo reto fundamental es el intento de reconstruir nuestro mundo de significados. En relación a esta definición, Pellicer y Simón (2001) establecen que no se sabe en que momento del embarazo la pérdida del feto producirá una reacción de duelo apreciable, esto más bien, parece depender del momento en que la mujer aprecia al feto como un objeto específico y desarrolla un apego hacia él.

Experimentar el sufrimiento de una pérdida, esperar el objeto que lo remplace o incluso fijarse en el rastro del objeto perdido, implican la existencia de una relación con el objeto en la que se han podido experimentar alternativas entre frustración/tensión – gratificación/alivio (Marcelli, 1992).

Ferraro y Rosado (1990), consideran que las personas que ha tenido una pérdida, suelen caer en el hecho de que llevar una vida no con dolor sino con alegría y crecimiento trae emociones de culpa y vergüenza, es decir, surge culpa incluso por sonreír sabiendo que llevaron a cabo dicho proceso, en pocas palabras, creen perder el derecho a ser felices o a partir de este proceso. En este caso, el sentimiento de dejar atrás la muerte puede ser un obstáculo para invertir su energía en una nueva vida.

Nathanson (1993), considera que es paralizante cuando alguien siente que está dejando atrás a la persona que han perdido, haciendo esto si disfruta de sí misma y olvida su duelo. Los sentimientos de culpa pueden crecer aún más si la gente de alrededor esperan cierto comportamiento de esta persona, es decir, si el que ha sufrido la pérdida no vive de acuerdo con las expectativas de los demás (familiares, amigos, etcétera), es considerado como superficial o incluso como irresponsable, sin embargo, cuando los sentimientos de culpa retienen la energía dirigida a la persona muerta, puede inhibir un proceso de duelo saludable.

Las mujeres que no tienen apoyo de su pareja o que sufren la doble ruptura de la pareja y el embarazo a la vez, tienen un sentido de pérdida más importante y duradero, en cuanto a ello, hay evidencia testimonial de que las mujeres que experimentan abortos tempranos (durante los primeros meses) no viven tanto duelo, en cambio las que tienen aborto cuando el embarazo está más avanzado (durante el segundo trimestre), pueden padecer secuelas emocionales más serias y por más tiempo.

Un estudio realizado por Mateos (2002), demostró que el 30% de las primerizas piensan en el feto como una persona real entre la semana 8 y 12, parece ser que este enlace se produce incluso antes si los padres ven al feto a través de una pantalla de ultrasonido; la relación de apego con el feto no solo varía en función del momento del embarazo, sino que varía también entre mujer y mujer y puede variar de un embarazo a otro.

En general, parece que el apego del padre se forma más tarde e incluso puede no aparecer hasta después del parto; por ello, puede producirse una disparidad notable entre el duelo sentido por el padre y la madre, sabiendo que la madre presenta los afectivos más rápidamente que el hombre por el simple hecho de que el embarazo se está desarrollando en su cuerpo.

Pellicer y Simón (2001), añaden que la pena asociada con el aborto es única porque la relación con la persona desaparecida (en este caso el feto), no se basa en experiencia o recuerdos de la persona, sino en los lazos afectivos que se desarrollan prenatalmente, anteriores al contacto físico y al cuidado del bebé, (una relación basada mayoritariamente en los deseos y las fantasías de los padres).

Por tanto, la pérdida significativa requiere de un proceso de duelo para poder ser elaborada, esto implica que en los primeros meses del embarazo no es posible percibir los movimientos del feto y por lo mismo no se le identifica como un ser vivo independiente de la madre, sino que lo experimenta como una parte de sí

misma; en este proceso de duelo la mujer tendrá que llorar la pérdida de una parte de sí misma, lo que es más difícil que llorar la pérdida de un objeto amado fuera de uno mismo.

Lidemanns (mencionado en Mateos, 2002) en un estudio sobre lo que llamó “sintomatología y manejo del dolor agudo” señala que un dolor normal produce cinco reacciones: 1) trastornos somáticos, 2) preocupación por las imágenes, 3) culpabilidad por las reacciones que realizó, 4) hostilidad y 5) desorganización en el comportamiento.

Por su parte, Jenser y Zahourek (mencionados en Mateos, 2002) argumentan que una pérdida perinatal al no ser esperada (embarazo no planeado) ocasiona muchos choques; esto conlleva al hecho de que no hay oportunidad de tener un periodo de anticipación al dolor y preparación a la pérdida y por supuesto, tampoco al choque.

Puede suceder que el duelo no pueda ser procesado normalmente, ya sea porque no hubo quien pudiera acompañar a la adolescente o porque por su personalidad se le hace más difícil salir de esas situaciones.

Si el duelo se prolonga en exceso podría llegar a convertirse en una depresión. Esto hace que la o el adolescente, a partir de ese duelo se quede estancado en su crecimiento más conectado con lo que no pudo tener o con lo que le falta, que con lo que tiene por delante.

4.2.1. Características del duelo

Díaz y Moreno (1998) mencionan que el duelo por el aborto tiene las siguientes características:

- La relación previa con el objeto muerto: Ello implica sentimientos de ambivalencia y estos surgen por la creencia de darle la vida y quitársela a un nuevo ser, este tipo de ambivalencia se observa incluso en mujeres en quienes una enfermedad les impone el aborto, ya que el embarazo solo ocurre si una parte de la persona lo desea, y es la lucha entre el instinto de vida que tiende a la protección y el de la muerte que tiende a la destrucción.
- Duelo propiamente dicho por el objeto: Este es acrecentado por las características del mismo como son su incapacidad para defenderse, en este caso los sentimientos de culpa aumentan de forma proporcional mientras más indefenso es el objeto de la destrucción.

4.2.2. Fases del duelo

Pellicer y Simón (2001), insinúan que las características de las personas que pasan por un proceso de duelo han sido descritas como distrés somático, preocupación por la imagen de la persona perdida, sentimientos de culpa, sentimientos de rabia y hostilidad, así como cambios en la conducta normal. De acuerdo a ello, se han postulado varios estadios del duelo, dichos estadios se mencionan a continuación:

- Fase de shock: la reacción de los padres es retrasada inicialmente por un periodo de adormecimiento e incredulidad que les protege del impacto de la pérdida, este periodo del shock se produce por el fracaso adaptativo de los padres y puede acabarse en unas horas o durar hasta dos semanas. Durante esta fase, aunque los padres pueden aceptar intelectualmente la pérdida, inconscientemente la niegan.
- Fase de búsqueda: después del shock inicial, empieza una fase marcada por episodios agudos de dolor, fallecimiento, cólera (síntoma más común en esta fase) y distrés. Estos episodios van disminuyendo gradualmente;

los padres se sienten defraudados e intentan entender lo ocurrido repasando los sucesos que precedieron la pérdida de feto.

- Fase de desorganización: en esta fase, empiezan a disminuir los episodios agudos de dolor y se reanudan las actividades usuales de los padres, esta fase tiene muchas características de la enfermedad depresiva y está marcada por la tristeza, falta de autoestima, indiferencia, retracción y sentimientos de inutilidad. Esta fase puede durar de 6 meses a un año o incluso más tiempo.

- Fase de reorganización: en esta última fase hay una aceptación de la pérdida del niño, se estabilizan las relaciones familiares y sociales (incluyendo planes de futuro) y puede aparecer un estado de melancolía, pero solo provocada por sucesos que recuerden la pérdida.

4.2.3. Intervención y manejo del duelo

La intervención de este proceso se debe realizar a partir de 3 distintos niveles: 1) comunicación de sospecha, 2) afirmación de la realidad y 3) guía anticipatoria.

- Comunicación de sospecha: cuando los padres esperan al bebé, quieren honestidad, sinceridad e información comprensible con la primera sospecha de que algo va mal (si es que esto sucede). Estos deben ser informados juntos y en un lugar privado, donde puedan expresar libremente sus sentimientos, ya que la información de la posible pérdida puede ser devastadora y puede activar mecanismos de defensa y de negación.

- Afirmación de la realidad: quizá la tarea más importante para los padres que experimentan una pérdida embrionaria o varias seguidas, es reconocer la realidad de la existencia del embarazo y su pérdida. Muchas mujeres han

afirmado que la pérdida no fue real para ellas hasta que vieron el feto. Una importante vía de ayuda es alentar a la familia a reconocer la pérdida.

- Guía anticipatoria: en este punto, es importante recomendar a los padres que tengan una máxima comunicación entre ellos que les ayude a superar el proceso. Los padres con otros hijos deben ser advertidos de las posibles reacciones de los otros, obviamente es importante indicar la necesidad de apoyo psicológico para superar más rápidamente un duelo.

CONCLUSIONES

A lo largo del tiempo, cada sociedad ha conocido y/o practicado el aborto de una u otra manera, sin embargo, la actitud hacia este ha sufrido una serie de transformaciones dependiendo del grado de aceptación o de rechazo que tenga, del momento histórico y de la sociedad en particular de la que se trata.

A esto, podrán añadirse incluso características como la edad, la religión, o el nivel de estudios, el número de hijos o embarazos, los proyectos de vida o el deseo de superación de cada persona, obviamente, cada punto en particular interviene de manera diferente según cada individuo.

Por tanto, puede concluirse que cada una de las consecuencias surgidas, lejos de depender de la sociedad en general, depende de lo que cada persona toma de esta, es decir, cada efecto, cada sentimiento surgido, cada reacción ante el proceso del aborto, depende en gran medida de nuestra forma de percibir el mundo, ello implica, que no todas las personas sentirán o pasarán por las mismas circunstancias después de haberse practicado un aborto.

Langer y Tolbert (1996), hace evidente que la mayoría de los abortos, son resultados no solo de la adolescente que va a ser madre, sino que es más frecuente que la decisión sea tomada por los dos miembros de la pareja; a pesar de ello, es importante mencionar que la mayoría de las veces, las consecuencias mayores recaen en las mujeres más que en los hombres, esto por una razón principal, la cual se refiere a que la mujer es más afectiva que el hombre, de esta manera, como el nombre lo dice, la mujer va creando losos afectivos con el ser que va desarrollándose en su vientre, mientras que los hombres comienzan a crear esos lasos más tarde, esto es comúnmente cuando observan al feto por el ultrasonido, y en casos esporádicos, después del parto. Tales consecuencias, pueden ser poco relevantes o por el contrario, bastante importantes, pues alguna de ellas podría incluso llevar a las mujeres a la muerte.

Por todo esto, ha surgido la pregunta de ¿cómo evitar un aborto?, para lo cual se concluye que es de suma importancia, primero, educarnos sexualmente, cosa que implica todo lo relacionado a relaciones coitales como el embarazo o infecciones de transmisión sexual, entre otras cosas y posterior a ello, (en segundo orden), enfocarse entonces a lo que planificación familiar se refiere, es decir, conocer más acerca de los métodos anticonceptivos, de las ventajas o desventajas que cada uno de ellos trae consigo, de la accesibilidad que puede haber para conseguir cada uno de estos, etcétera, pues en muchas ocasiones, las y los adolescentes no saben utilizar diversos métodos anticonceptivos, pues aún teniendo acceso a los mismos, no los usan o los usan inadecuadamente. Todo esto sería con el objetivo de prevenir principalmente un embarazo no planeado y por ende, un aborto.

Aun teniendo como base toda esta información que hasta ahora ha podido generarse en México, se puede constatar que el acceso a la información y los servicios de planificación familiar, aun no han alcanzado a todos los grupos y regiones del país.

Desafortunadamente, el trabajo no termina aquí, puesto que la educación debiera empezar desde casa, esto es, con la responsabilidad en cada miembro de la familia (varones principalmente) razón por la cual muchas adolescentes han llegado a practicarse un aborto, pues no es raro hablar del machismo en esta sociedad ("*ese hijo no es mío*"), cosa que incita a las mujeres (por miedo al fracaso o a la ruptura de su noviazgo) a llevar a cabo dicho proceso.

REFERENCIAS

- Alegret J., Comellas M. J., Font P. & Funes J. (2005). Adolescentes. Relación con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo. Barcelona: Grao. Pp. 98-102
- Alfaro R. H. J., Cejudo C. E. & Fiorelli R. S. (2004). Complicaciones médicas en el embarazo. México: McGraw Hill. Pp. 309-311
- Anderson B. A., Camacho M. E. & Stark J. (2000). El embarazo y la salud en la familia. México: Trillas. Pp. 37-43
- Aray J. (1998). Aborto. Estudio Psicoanalítico. Venezuela: Monte Ávila Latinoamericana. Pp. 19-31, 45-47
- Benson J., Leonard A. H., Winkler J., Wolf M. & McLaurin K. E. (1993). Cubriendo las necesidades de las mujeres en cuanto a la planificación familiar post-aborto. Articulando las preguntas. Ed. Ipas. Pp. 33-48
- Bethea D. C. (1999). Enfermería materno-infantil. México: Interamericana. Pp. 10-11, 129-135
- Cabrejas B. M. (2003). Embarazo y parto. España: Lavel. Pp. 51-58
- Castañeda S. M. (2003). La interrupción voluntaria del embarazo. México: Plaza Valdez. Pp. 45-48, 107-128, 159-161, 177-182
- Chávez L. E. (2007). Depresión en el adolescente. México: Trillas. Pp. 69-82

- Checa S. (2005). Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Argentina, México, Barcelona: Paidós. Pp. 90-95, 110-126, 171-187
- Checa S. (2006). Realidades y coyunturas del aborto entre el derecho y necesidad. Buenos Aires: Paidós. Pp. 33-43, 277, 279
- Correa D. E. & Jadresic M. E. (2005). Psicopatología de la mujer. Chile: Mediterráneo. Pp. 75-82
- Cruz M. G. (2002). Aspectos psicológicos del aborto en los casos de violación. Tesis de licenciatura. México: UNAM FES Iztacala.
- Díaz F. M. & Moreno H. J. (1998). Actitud ante el aborto provocado en mujeres casadas y solteras de 14 a 30 años de edad. Tesis de Licenciatura. México: UNAM FES Iztacala.
- Díaz S. V. (2002). Prevención del embarazo no planeado en adolescentes. México: Trillas. Pp. 17-25, 37-41
- Dolto (1990). Sexualidad femenina. México: Paidós. Pp. 84-85
- Donat C. F. (2000). Enfermería Maternal y Ginecología. España: Masson. Pp. 61-101
- Ebrard C. M. (2008). Tu futuro en libertad. Por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad. México: GM. Pp. 59, 64.68
- Encinas G. M. (2002). "Mujer y aborto". Educación para la cultura de la vida. (15). Pp. 27-35

- Erviti J. (2003). Embarazo y aborto. Buenos Aires: Paidós. Pp. 213-250
- Ferraro J. & Rosado A. (1990). La anticoncepción. México: UAM. Pp. 75-87
- Fregia B. G. (1992). Salud en la reproducción. México: Limusa. Pp. 117-119
- Gispert C. J. (2004). Prevención del embarazo no deseado. México: Alfil. Pp. 3-5, 7-15, 17-33, 35-44, 47-54.
- González C. A. & Conde M. J. M. (2003). Cuidados intensivos en la paciente obstétrica grave. México: Prado. Pp. 119-122
- Gonzales L. A. (2002). "El aborto en México". Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual. (18), 41-49
- Grupo científico de la OMS (1997). Métodos médicos de interrupción del embarazo. España: OMS. Pp. 11-17, 74-76
- Guelar D. & Crispo R. (2002). La adolescencia: Manual de supervivencia. Tiempo de padres. España: Gedisa. Pp. 74-78, 118-124
- Herrasti A. (2005). El aborto. México: Plaza Valdez. Pp. 1-17
- Ibarra M. C. (2004). "El duelo del aborto en adolescentes". Psicología científica. (2). Pp. 32-47
- Kramer P. D. (1998). Conflictos de pareja. España: Gedisa. Pp. 286, 315, 386.
- Langer A. & Tolbert K. (1996). Mujer: sexualidad y salud reproductiva. México. Pp. 289-305

- Loftus T. T. L. & Chamberlain G. (1994). Ginecología. México: Manual Moderno. Pp. 223, 239-259
- Lombardía P. J. & López C. F. (2000). Problemas de salud en el embarazo. Madrid: Ergon. Pp. 303-320, 370-374
- López S. F. (1995). Educación sexual de adolescentes y jóvenes. México: Siglo XXI. Pp. 233-235, 251-266
- Marcelli D. (1992). Adolescencia y depresión. España: Masson, S. A. Pp. 27, 49-50, 91, 109-110
- Marin, F. L. & Villafañe, G. A. (2006). “La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente”. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 9 (3). Pp. 25-29
- Mateos T. C. (2002). Mujer y Salud. Madrid: Instituto de la mujer. Pp. 56-71
- McCary J. L. (1996). Sexualidad humana. México: Manual Moderno. Pp. 197-201, 321-322
- Mendoza O. S. (2001). Pareja. México: Paidós. Pp. 7, 13-18
- Molina R., Sandoval J. & González E. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Chile: Mediterráneo. Pp. 415, 418, 443, 489-490, 505, 570-571
- Moore K. (1989). Embriología clínica. México: McGraw –Hill. Pp. 1, 6, 36-38, 50-51

- Nathanson B. (1993). Yo practiqué 5000 abortos. México: Camino. Pp. 14-23
- Núñez R. M. (2003). Embarazo no planeado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos. Buenos Aires: Paidós. Pp. 13-19, 41-45, 51-56
- Palma Y. & Rivera G. (2003). Planificación familiar. México: Manual Moderno. Pp. 153-171
- Pellicer A. & Simón C. (2001). Cuadernos de medicina reproductiva. España: Médica Panamericana. Pp. 141-150
- Pierre D. J. (1997). Embarazo y maternidad en la adolescente. Barcelona: Herder. Pp. 69-80, 86
- Queenan J. (1993). Atención del embarazo de alto riesgo. México: Manual Moderno. Pp. 49-58, 380
- Royston E. & Armstrong S. (1991). Prevención la mortalidad materna. Ginebra: OMS. Pp. 113-114, 116, 120-121, 123, 127-128, 134.
- Sh Hyde J. (1995). Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana. Madrid: Morata. Pp. 78, 371-376
- Souza M. & Machorro (2000). Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina. México: Trillas. Pp. 159, 169-174
- Stepp G. E. & Smith H. J. (2003). Embarazo y parto de alto riesgo. España: Elsevier. Pp. 162-165, 370-376

- Vara A. M. (2001). Embarazo y métodos anticonceptivos. México: Manual moderno. Pp. 1-5, 12-16
- Veloz V. V. (1994). Implicaciones psicológicas del aborto. Tesina de Licenciatura. México: UNAM FES Iztacala.
- Vergetti F. S. (1990). El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre. España: Cátedra. Pp. 21-39
- Videla M. (1997). Maternidad: Mito y realidad. Buenos Aires: Nueva visión. Pp. 71-78