



**U** **NIVERSIDAD**  
**I** **NSURGENTES**

*Plantel Xola*

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

"EL ABORTO: UN ESTUDIO COMPARATIVO  
SOBRE LA PERCEPCIÓN, CREENCIAS E  
INFORMACIÓN DE MUJERES PSICÓLOGAS,  
RELIGIOSAS, ABOGADAS Y MÉDICAS."

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

C. DURAN GARCÍA DIANA YAZMIN

ASESORA: LIC. ANA MARÍA EUSEBIO HERNÁNDEZ

MÉXICO, D.F.

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**

En este momento de mi vida veo finalizado un proyecto más en mi vida el terminar la licenciatura no fue tan fácil y no lo hubiera concluido sin la fe y el apoyo de dios que siempre estuvo presente y la fortaleza necesaria para seguir adelante.

Agradezco a mi familia y muy en especial a mi madre, por su sacrificio en algún tiempo incomprendido por su ejemplo, de superación, honestidad y perseverancia. Es por esto que le dedico este trabajo a ella, que siempre me ha enseñado que todo en la vida requiere de responsabilidad, Honradez. Gracias por haberme apoyado en terminar mis estudios porque me heredaste lo mas valioso.....**GRACIAS MAMA**

Como muestra de cariño, agradecimiento y amor dedico este proyecto, aun estando lejos al excelente hombre que ha compartido conmigo durante años su sabiduría y brindándome su apoyo, el cual ha estado conmigo en los momentos mas difíciles de mi vida, entregándome el su reciproca comprensión y amor para dar por concluida una meta mas en mi vida profesional.... Gracias

**LUIS DANIEL GONZÁLEZ ARIAS.**

A mi hermano el cual siempre estuvo conmigo y con el cual comparto gran parte de mi vida quien ocupa un lugar muy importante en mi vida.... Gracias

**CESAR ENRIQUE DURAN GARCIA**

Gracias a mi familia que a un estandoo lejos implican admiración ya que me han brindado de sus consejos en gran parte de mis decisiones a mis Tíos:

**Eugenia García Alamilla, Manuel García Alamilla, Julián García Alamilla,  
Herlinda Garcia Alamilla, Rosario García Alamilla**

Agradezco el apoyo brindado a mi asesora **Lic. Ana María Eusebio Hernández** para la realización de esta investigación y por haberme impulsado en mi crecimiento y desarrollo profesional, al **Lic. Luis Fernando Carrillo Soto** por darle seguimiento a esta investigación brindándome de su apoyo y consejos, a la Profesora **Party Murrieta** así como al Profesor **Miguel Ángel Medina** por dedicarme de su tiempo y apoyo y orientación en todo momento ya sin su valiosa colaboración no hubiese sido posible este proyecto.

Gracias a la **Dra. Leticia Edith Garza González** quien siempre me ha brindado sus consejos y su sabiduría para ser una mejor profesionista.

Gracias a mis compañeras de trabajo por su afecto y consejos, ya que han compartido buenos y malos momentos en mi vida y han estado cerca de mí:

**Herminia Ortegon, Julia Sánchez, Argentina Villanueva y Evelyn Lalo**

Y con un recuerdo indeleble para:

**+ ALVARO GARCIA ALAMILLA + MANUEL GARCIA OCAMPO.**

## **RESUMEN**

En esta investigación se analizó la información, percepción y creencias que se tienen cuatro grupos de mujeres solteras entre 25 y 60 años psicólogas, religiosas, médicas y abogadas sobre el aborto posterior a su despenalización en el Distrito Federal, para lo cual se elaboro un cuestionario, el cual se aplico a los cuatro grupos y se analizaron los resultados.

Se observo como los cuatro grupos tienen algunas similitudes y diferencias ante la situación antes mencionada.

## Índice

	Pág.
Resumen.....	1
Introducción.....	4
<b>Capitulo I. Marco Teórico</b>	
1.1 Maternidad.....	6
1.2 Desarrollo del Embrión .....	13
1.3 Anticoncepción.....	17
1.4 Antecedentes históricos sobre el aborto .....	31
1.5 Métodos Abortivos .....	38
1.6 Muerte Materna .....	43
1.7 Antecedentes y Concepciones de la Psicología.....	50
1.8 Consecuencias Psicológicas del aborto.....	53
1.9 Derechos sexuales Reproductivos .....	57
1.10 Leyes sobre el aborto .....	60
<b>Capitulo II. Metodología</b>	
2.1 Planteamiento del Problema de Investigación .....	74
2.2 Objetivos .....	74
2.21 Objetivos Generales .....	74
2.22 Objetivos Específicos .....	74
2.3 Hipótesis .....	74
2.4 Tipo de Variables .....	75
2.5 Definiciones Conceptuales .....	75
2.6 Tipo de Investigación .....	76
2.7 Muestra.....	76
2.8 Criterios de inclusión .....	76
2.9 Material.....	77
2.10 Instrumento.....	77
2.11 Procedimiento.....	77

**Capitulo III.**

3.1 Resultados.....79  
3.2 Análisis de Resultados.....95

**Capitulo IV.**

Conclusiones..... 99  
Limitaciones y Sugerencias.....101  
Bibliografía.....102  
Anexos.....104

## INTRODUCCIÓN

El aborto no es un tema nuevo sin embargo continua teniendo auge en nuestra sociedad desde que se discute su despenalización se ha vuelto de lo mas controversial implica tocar fibras delicadas, las percepciones, emociones, ideas, creencias de las personas, diferentes tipos de familias entre ellas unas muy tradicionales sin embargo estamos viviendo tiempos muy avanzados en filosofía, tecnología, seria importante ir avanzando en cuestión de pensamiento.

No avanzar implicaría ignorar lo que sucede socialmente se vive en un país que no ha logrado garantizar el respeto a los derechos humanos, por lo cual hasta el momento no se cuenta con mejores condiciones para las mujeres que tienen derecho a una vida libre de violencia a una salud sexual y reproductiva responsable, y a una maternidad libre y en optimas condiciones que le permitan un desarrollo integral tanto a la madre como a su hijo/a.

Hablar de maternidad implica estar inmersa en un marco de los derechos humanos ratificados en la convención del Cairo + 10 en 1990 y en la de Beijing en las cuales México ha sido participe, ratificando su compromiso de cumplir por lo tanto es el estado quien deberá garantizar que esto se cumpla en toda su población.

De los ejemplos mas claros de violación a los derechos humanos es el caso de Paulina 1999 en Baja California quien a sus 13 años es violada por un sujeto adicto a la heroína, el cual entró a robar a la casa de su familia y abusa de la menor delante de su hermana y los dos hijos de esta de cinco y dos años de edad.



Últimamente el caso de Lupita que se dio el 5 de Agosto 2007 cuando la niña de 12 años fue violada por el primo del dueño de una empresa cebollera en la ciudad de Meoqui, Chihuahua, en ambos casos como resultado de estas violaciones han existido embarazos no deseados ni planeados por ninguna de las niñas en los cuales ambas tenían un derecho legal a un aborto que el estado no fue capaz de proporcionárselos.

Lo anterior ha contribuido, sobre todo, a que el aborto se realice de manera clandestina y muchas veces en condiciones de riesgo. El costo ha sido enorme, cada año un gran número de mujeres mexicanas mucho mayor de lo que indican las cifras oficiales interrumpen su embarazo en condiciones inseguras. Muchas de ellas mueren o sufren daños irreversibles a su salud, lo cual se ha convertido en un problema de salud pública.

Por esta razón es importante hablar del tema y conocer las diferentes posturas de un grupo representativo de mujeres que se encuentran inmersas en esta problemática.

## CAPITULO I. MARCO TEORICO

### 1.1 Maternidad

En este capítulo abordaremos el término de maternidad desde un punto de vista natural y de preservación de especie sin dejar el contexto filosófico, cultural y social. Ya que la imagen de la madre evoca los estereotipos consolidados a lo largo de su historia de la cultura.

En Grecia la maternidad ha estado ineludiblemente ligada al cuerpo de la mujer y en ocasiones se ha presentado en una ecuación determinista sobre una supuesta condición femenina universal fruto de la naturaleza: mujer = cuerpo = madre. Las interpretaciones sobre la gestación, parto, nutrición y cuidado de los hijos abarcan un amplio lleno de matices ideológicos, partiendo todos de la anatomía de la mujer, de su ser-en-su-cuerpo.

**Lagarde (1993)** define la maternidad como el conjunto de la reproducción social y cultural, por medio del cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanentemente durante toda la vida a los otros, en su sobrevivencia cotidiana y en la muerte.

A través del maternaje y el maternazgo, la función de la maternidad está íntimamente relacionada a la reproducción de la sociedad y la cultura. Mediante la maternidad, las mujeres son transmisoras de las reglas necesarias para la vida en sociedad; en un nivel se refiere a la reproducción de seres humanos y en otro nivel a los patrones culturales, de género como categoría social. **(Camacho, 1997, p. 34)**

Según **Lagarde (1994)** “La maternidad implica la realización de tareas por amor, por obligación terrena o divina, o por instinto maternal”, las creencias y mitos que las mujeres

han introyectado para cumplir funciones que las realiza como naturales y que por lo tanto no son reconocidos y valorados.

La maternidad como acto de creación simbólica que trasciende el orden patriarcal, el cuerpo de la mujer ha sido sucesivamente interpretada como signo de una esencia propia traducida en la posibilidad/obligación de ser madre.

Durante siglos, ha predominado una cultura sexista y discriminatoria hacia la mujer, propiciando que la subordinación de esta no se perciba como un hecho cultural impuesto y modificable, sino como un orden natural y por lo mismo incuestionable. Aun en la actualidad, a la mujer todavía se le define no por su condición de individuo integral, sino por su condición reproductora. **(Bustos, 1983, p. 16).**

La maternidad no es puramente natural ni exclusivamente cultural; compromete tanto lo corporal como lo psíquico, lo consciente e inconsciente y participa en los registros de lo real, lo imaginario y lo simbólico.

La menstruación, la maternidad y la menopausia son, en este orden de cosas, auténticos símbolos de la fragmentación del cuerpo de la mujer sometido a la cronología social impuesta desde una perspectiva reduccionista.

La maternidad como acto de creación simbólica que trasciende el orden patriarcal, el cuerpo de la mujer ha sido sucesivamente interpretada como signo de una esencia propia traducida en la posibilidad/obligación de ser madre.

Platón dice la mujer imita a la naturaleza; la máxima medieval tota mulier, in útero; la idea ilustrada de que todo en la mujer la remita a su sexo.

En sociedades donde la maternidad es considerada el papel fundamental de las mujeres y, además, un “mandato divino”, la maternidad siempre ha estado ligada al rol femenino que conlleva a actividades relacionadas con la reproducción y la crianza de los hijos. **(Hernández, 2005).**

Históricamente, la maternidad ha sido definida en términos de oposición binaria entre masculino/femenino, hombre/mujer, mente/cuerpo, cultura/naturaleza, razón/emoción. Ya que la actividad femenina de las mujeres es debido a sus cuerpos y, por tanto ligada a la naturaleza, localizada dentro de la esfera familiar y envuelta en fuertes lazos emocionales y valores altruistas. **(Lozano, 2006).**

La maternidad esta profundamente relacionada con factores emocionales, físicos, biológicos, hormonales, culturales, sociológicos y fisiológicos que han sido relacionados exclusivamente con la feminidad.

### **Definición de Género**

A continuación se explica la definición de género- sexo como parte fisiológica del individuo

**(Lozano, 2006).** Genero; Es una construcción social que agrupa a todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de una época y sociedad determinada, valores, normas, creencias y actitudes, tradiciones y comportamiento, que la sociedad enseña e impone por el hecho de tener sexo biológico de hembra o macho.

Es decir, el genero es la construcción social de lo femenino y masculino, que comprende: la asignación o rotulación de genero, los roles y estereotipos de genero, la identidad de genero y la estructuración de genero.

Para **Benlloch y Bonilla (2000)**, hablar de género es aludir a una “inscripción cultural”, un deber ser social referido a la especificidad de rasgos y características psicosociales vinculados a la dicotomía sexual. En definitiva, el género aparece como una categoría

basada en las definiciones socioculturales relativas en las formas en que deben ser diferentes varones y mujeres y a las distintas esferas que deben ocupar. (p. 26).

Para **Lagarde (1996, p. 29)**, el género facilita la comprensión de cualquier sujeto cuya construcción se apoye en la significación social de su cuerpo sexuado con la carga de deberes y prohibiciones asignadas para vivir, y en la especialización vital a través de la sexualidad. Sin embargo, esta categoría abarca no solo a los sujetos genéricos, sino también a las complejas relaciones sociales que se inscriben en las formaciones sociales, políticas y económicas, y en los universos culturales, religiosos, etcétera.

**Sexo:** (Biol.) En las especies biológicas con reproducción sexual, conjunto de caracteres o rasgos por los que se diferencian los individuos machos de las hembras.

En la mayoría de los animales superiores existen individuos de diferente s., masculino o femenino, con rasgos anatómicos y fisiológicos muy diferenciados\* caracteres sexuales primarios y secundarios.

Los caracteres sexuales primarios, directamente relacionados con las \*gónadas, determinan el s. gonadal y los caracteres sexuales secundarios, relacionados con el aparato reproductor, determinan el s. genital.

Desde el punto de vista genético el s. viene determinado por la configuración cromosómica del individuo. En la especie humana, de los 23 pares \*cromosomas que posee normalmente todo individuo (22 pares autonómicos y un par sexual), el s. femenino presenta en el par sexual dos cromosomas iguales X (XX), mientras que los individuos de s. masculino presentan dos cromosomas distintos, uno X y otro Y (XY).

Es importante destacar que la maternidad es abrir vías para que las mujeres diferencien el ser madre (individual) de la maternidad (genérico) y posibilitar que sus múltiples experiencias vitales y sus necesidades se visibilicen y valoren. Por ello al cambiar la significación de las representaciones de la diferencia sexual y genérica respecto a la

maternidad, es posible producir efectos estructurantes que posibiliten una subjetividad más autónoma de las mujeres y que a la vez incidan sobre la subjetividad de los varones.

### **Roles y estereotipos de genero**

El rol de género se forma a través de un conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino. Aunque hay diferencias de acuerdo a las culturas, clases sociales etnia y edad. Se puede decir que existe una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo mas primitiva, las mujeres tienen hijos e hijas por lo tanto, los cuidan. Lo femenino es lo maternal y sumiso, su medio es lo domestico que esta contrapuesto con lo masculino.

### **Identidad de Género**

Es el conocimiento que se tiene del niño o niña de pertenecer de uno u otro genero. Este proceso se da a través de la percepción, y de forma consciente o inconsciente; luego a través del lenguaje se refuerza y supone el conocimiento de la existencia de una división de la sociedad, en hombres y mujeres.

### **Estructuración de Género**

Esta estructuración llega a convertirse en un hecho social de tanta fuerza que hasta se piensa que es “natural”. Las diferencias biológicas son una base sobre lo cual se construye una determinada división del trabajo y por lo tanto, cierta distribución de papeles sociales, esta distribución no es normal. Ciertas capacidades y habilidades son construidas y promovidas socio culturalmente. Las mujeres son las que gestan y paren se ocupan de la crianza, básicamente por la posibilidad de amamantar que con lleva a una menor movilidad y la necesidad de estar en casa, entonces la asociación de la maternidad con las tareas domesticas aparece como algo “natural”

## 1.2 Desarrollo Embrionario

En el presente capítulo se describe el inicio de los fenómenos anatomofisiológicos y endocrinológicos que dan lugar al desarrollo embrionario lo cual conlleva a diferencias y características, motivo por el cual la importancia de conocer el proceso de fecundación y como va evolucionando el periodo de embarazo de la mujer.

Se llama fecundación a la unión del núcleo del óvulo con el núcleo del espermatozoide, para que esta se realice, es necesario que el espermatozoide llegue hasta el óvulo, lo cual ocurre gracias al acto sexual o copula en el cual los espermatozoides son depositados en la vagina. **(Higashida, 1995, p. 241).**

La fecundación sólo puede realizarse si la relación sexual tiene lugar dentro del periodo fértil de la mujer, es decir, cuando ocurre la ovulación, un poco antes, o un poco después, ya que muchos espermatozoides, depositados unas 20 a 48 horas antes, pueden conservar su capacidad fertilizadora, o bien el óvulo puede ser fertilizado varias horas después de la ovulación. **(Mendoza, 1974)**

Una vez que se encuentra en la vagina, los espermatozoides nadan en dirección al útero y a las trompas de Falopio. De los millones que fueron descargados, muchos mueren en el trayecto y sólo unos cuantos llegarán hasta el óvulo y lo rodearán. Finalmente sólo uno de ellos penetra en ese momento ocurren cambios en la cubierta del óvulo que impiden la penetración de otros espermatozoides. **(Mendoza, 1974)**

En la parte interior del óvulo, se une el núcleo de la cabeza del espermatozoide y el núcleo del óvulo y una vez efectuada esta unión la célula recibe el nombre de huevo o cigoto que es una célula completa por presentar 46 cromosomas, 23 aporta la célula femenina y 23 la masculina: en este momento termina la concepción para iniciarse el desarrollo del embrión. (Mendoza, 1974).

Los cromosomas son partes individualizadas y microscópicas de la cromátina, que es una sustancia que se encuentra en el núcleo. Esta individualización se efectúa en la reproducción.

De los 23 cromosomas que tiene cada célula, 22 son iguales y se llaman autosomas y uno es distinto y se llama sexual, porque tiene la propiedad de originar el sexo del nuevo ser desde la concepción. **(Mendoza, 1974)**

En realidad, el hombre es quién determina el sexo del nuevo individuo, pues en los espermatozoides se puede encontrar cromosoma sexual "X" o cromosoma sexual "Y", en cambio en los óvulos de la mujer, siempre existe el cromosoma "X", por lo que si el óvulo es fecundado por un espermatozoide que contenga el cromosoma "Y"; nacerá un niño (X+Y= niño), en cambio si es fecundado por un espermatozoide que contenga el cromosoma "X" será una niña (X+X= niña).

Los cromosomas están formados por genes que son moléculas de ADN que determinan los caracteres hereditarios, como el color de los ojos, la inteligencia, el tipo de sangre, la estatura, etc. **(Mendoza, 1974)**

El varón deposita en la vagina de 100 a 300 millones de espermatozoides en cada eyaculación, que tropiezan con muchos obstáculos para llegar hasta el óvulo, como son la acidez de la vagina, los pliegues de la mucosa que tapiza a los genitales internos, el sentido contrario de los movimientos peristálticos y de los cilios de las tubas uterinas (trompas de Falopio), por los que muchos se quedan durante su recorrido y solo llegan hasta el óvulo los mejor dotados. Al hacerlo lo rodean, aunque sólo uno logra introducir su cabeza, que es la que contiene el material genético. La unión del óvulo con el espermatozoide recibe el nombre de Fecundación. **(Higashida, 1995)**



## **Desarrollo del Embrión**

Una vez formado el cigoto, éste continúa su tránsito por la trompa de Falopio, hacia el útero, iniciándose al mismo tiempo la segmentación, es decir, la división del cigoto: primero en dos células, a las que se denomina blastómeros; estas dos dan origen a cuatro, éstas a 8; luego 16, y así sucesivamente.

Mórula. Esta fase se presenta a partir de la división celular, y se constituye por un conglomerado de células que por parecerse a una mora, recibe este nombre, inicia su recorrido hacia el útero de 4 a 5 días después de la fecundación.

La mórula se transforma por vacuolización, en una esfera llena de líquido alimenticio llamado blastocito, constituido por una capa de células, a esta capa se le llama trofoblasto.

El blastocito flota en el útero durante dos o tres días, es una sustancia rica en azúcar y sales, pues en esta forma el útero se ha preparado para ser el recibimiento, por acción de la progesterona u hormona que se forma en el cuerpo amarillo del ovario y que también interviene en la suspensión de la menstruación.

El blastocito se acomoda en la membrana interna (o endometrio) del útero en la mitad superior de éste y se supone que lo hace mediante alguna sustancia química especial, con lo que forma una cavidad microscópica o cámara incubadora y una vez situada en dicha cavidad, el endometrio crece y lo cubre.

## **Formación de las capas germinales y partes que originan**

A los diez días de implantado el blastocito en la desidia del útero se observan células formativas, que dan origen al embrión, parte de estas células originan un disco embrionario aplanado al que se le llama línea primitiva o eje primario del embrión, y representa el mesodermo; este disco tiene una capa de células externas o ectodermo y una capa interna o endodermo.

El ectodermo conecta con el epitelio de la cavidad amniótica y el endodermo continua con el saco vitelino.

Del endodermo se forma el esbozo de lo que será el digestivo y, además, el alantoides, que es una vesícula que se origina en la parte caudal del intestino y, posteriormente da origen al cordón umbilical.

Cada una de las capas esta formada por células especializadas, siendo su función específica y perfecta pues de éstas capas dependen las estructuras del cuerpo.  
**(González, 1977)**

Ectodermo: piel, epitelio de la nariz, glándulas salivales, sistema nervioso, la mayor parte del ojo y una parte de la boca.

Mesodermo: corazón, esqueleto, músculos, vasos sanguíneos, sistema linfático, sangre, riñones, sistema reproductor.

Endodermo: Cubierta epitelial del tubo digestivo y del sistema circulatorio, aparato respiratorio, tiroides, paratiroides, hígado y páncreas. (Mendoza, 1974)



Algunas células darán origen a membranas y estructuras que no forman parte del embrión, pero que desempeñan funciones importantísimas en su desarrollo; entre ellas

se encuentra el amnios, membrana que rodea al embrión, formando un saco en cuyo interior se forma el líquido amniótico y la placenta, a través de la cual llegan al desecho. El cordón umbilical une al feto con la placenta.

En estas primeras fases del desarrollo, el embrión es vulnerable a agentes externas como virus, que ocasionan diversas enfermedades, como la rubéola o a sustancias químicas que contienen algunos medicamentos, como ocurre con la talidomida, que produjo malformaciones congénitas en niños cuyas madres la consumieron. (Mendoza, 1974)

**Cuadro 1** Descripción del Desarrollo Embrionario. (Papalia, 2001).

MES	DESCRIPCIÓN
<p>Primer mes</p> 	<p>El embrión alcanza un tamaño de 100 veces mayor que el óvulo fecundado. Sus intestinos están en formación, La sangre fluye a través de sus venas y arterias, que son muy pequeñas. Tiene un minúsculo corazón, que late 65 veces por minuto. Ya tiene los comienzos de un cerebro, riñones hígado y tracto digestivo. El cordón umbilical, su línea de vida con la madre, esta funcionando. Al observarlo muy de cerca a través del microscopio, es posible ver pequeñas protuberancias en la cabeza que eventualmente se convertirán en ojos, oídos, boca y nariz. Su sexo aún no se puede determinar.</p>
<p>Segundo mes</p> 	<p>El embrión se parece cada vez más a un ser humano. Los ojos, nariz, boca y lengua, aparecen con mayor nitidez; los miembros se alargan un poco y otros brotes empiezan a surgir en sus extremidades, que más tarde formarán los dedos de los pies y de las manos. Hay un mayor desarrollo de la cabeza y de la cadera mide 3 cm. Su tamaño al final de este periodo es no más de 5 cm. pesando menos de 2 gr.</p>
<p>Tercer mes</p> 	<p>En este mes el embrión toma el nombre de feto y ya mide 9 cm. En una de sus primeras transformaciones pierde la apariencia asexual y presenta nítidamente su condición masculina o femenina, todos los órganos se encuentran formados y de ahí en adelante sólo deberán perfeccionarse. La placenta funciona perfectamente mente, una gran parte del cuerpo del feto se vuelve sensible al tacto al comenzar este mes la cabeza constituye la mitad de longitud del feto aproximadamente.</p>

<p>Cuarto mes</p> 	<p>El feto aún tiene una cabeza enorme, el cordón umbilical cumple la función de llevar todas las sustancias vitales de la madre hasta el feto. La placenta esta completamente desarrollada y toda cavidad uterina esta ocupada por el feto el cual puede moverse dentro del liquido amniótico curvando su cintura, rodando sobre si mismo. Los movimientos fetales pueden ser percibidos por la madre.</p>
<p>Quinto mes</p> 	<p>Tiene patrones definidos de sueño-actividad, tiene una posición favorita en el útero (llamada su posición). Y se vuelve más activo: patea, se estira, se retuerce e inclusive tiene hipo. Al poner el oído en el abdomen de la madre es posible escuchar el latido cardiaco del feto.</p>
<p>Sexto mes</p> 	<p>La piel aparece arrugada, porque creció más rápido que el tejido subcutáneo. Tiene color rojizo porque deja traslucir el color de los músculos y de la sangre que circula por los capilares superficiales. Se cae el lanugo. Aparecen las pestañas en ambos párpados.</p>
<p>Séptimo mes</p> 	<p>El sistema nervioso central puede regular la temperatura y los movimientos respiratorios, lo que tiene importancia en el caso de que se adelante el parto, porque el bebé tendrá posibilidades de vivir. Generalmente se encuentra con la cabeza para abajo (posición cefálica).</p>
<p>Octavo mes</p> 	<p>La piel es rosada, sin arrugas. El bebé tiene aspecto redondeado porque se desarrolla más la grasa subcutánea. La cara pierde el lanugo. Las uñas de las manos llegan al borde de los dedos .Las pupilas pueden responder a los estímulos de la luz .La madre le transmite sus anticuerpos, que lo protegerán de algunas infecciones.</p>
<p>Noveno mes</p> 	<p>El feto ya alcanzó la madurez pulmonar que le permitirá respirar cuando salga del útero materno, y lo mismo ocurre con todo su organismo. El bebé ya está preparado para el parto, hecho que le permitirá iniciar el vínculo con su madre fuera del vientre materno.</p>

### 1.3 Anticoncepción: Aspectos históricos.

A continuación se revisara brevemente la historia de la anticoncepción, así como la clasificación que existe en los métodos anticonceptivos, dentro de los cuales encontraremos descripción, efectividad, ventajas y desventajas de los mismos, la poca información que se tiene sobre los métodos anticonceptivos son uno de los factores para que la mujer decida abortar.

En la década de los 30', persistió la creencia de que la ovulación ocurría 14 a 15 días antes de la siguiente menstruación. **(Alba, 1989).**

Algunos papiros egipcios, datados en el año de 1850 a. C el uso de espermicidas, y a lo largo de varios siglos, se ha utilizado diferentes sustancias con este fin: soluciones jabonosas, agua y vinagre, aceites, agua y limón e incluso estiércol de elefante o cocodrilo. A finales del siglo XIX se comercializaron los primeros espermicidas en forma de supositorios vaginales.

En Grecia y Roma se utilizaban membranas de animales procedentes de vejiga e intestino a manera de condones para evitar el paso del espermatozoides a la cavidad uterina, además de evitar la propagación de enfermedades venéreas. Sin embargo en 1872 se comenzó a utilizar el gauthocherine para la fabricación de preservativos.

Griegos y Romanos conocían también que la lactancia materna confería cierto grado de seguridad como anticonceptivo natural ante los embarazos.

Durante siglos se emplearon fragmentos de madera o de hueso como dispositivos intracervicales, pero podemos considerar que la anticoncepción intrauterina moderna se inicia en 1928 con la presentación del primer dispositivo intrauterino que consistía en un lazo de hilo de seda, siendo modificado un año después para añadirle un hilo de una aleación de cobre y plata.

Si bien los anticonceptivos actuales están fundados en principios y descubrimientos antiguos, éstos han mejorado cada vez más. En los años anteriores a Cristo, utilizaban té compuesto por los cristales adheridos a vasijas, que resultaban de hervir orina de yeguas o mujeres embarazadas hasta la evaporación total, y aunque no sabían que estos cristales eran hormonas como la progesterona y el estrógeno, sí sabían que alteraban el ciclo de la menstruación y por lo tanto el embarazo. ([www.itesm.com.mx](http://www.itesm.com.mx)).

Incluso el condón o preservativo no es un invento actual, los condones se hacían de vejiga de borrego y lograron su fama gracias a un bibliotecario conocido como Casanova. Los métodos anticonceptivos más variados y más usados en la antigüedad eran los ahora llamados "de barrera", por ejemplo: embebían esponjas en aceites, infusiones, sustancias químicas disueltas en agua, sabia de algunos árboles, etc., e introducían hierbas y frutos en la vagina, tratando de eliminar a los espermatozoides.

### Métodos Anticonceptivos Naturales

Se llaman métodos naturales porque no se usa ningún objeto o sustancia que modifique o interrumpa el funcionamiento natural del organismo. Implica llevar un registro preciso del ciclo menstrual y la consistencia diaria del flujo vaginal.

Tabla 1. Métodos anticonceptivos naturales

Coito interrumpido	
Descripción	Consiste en retirar el pene de la vagina unos momentos antes de eyacular, para hacerlo fuera.
Efectividad	75%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No tiene ningún costo económico</li> <li>➤ No requiere del uso de ningún dispositivo</li> <li>➤ No tiene efectos secundarios</li> <li>➤ Puede efectuarse siempre que se necesite</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Muy poco confiable</li> <li>➤ El liquido pre eyaculatorio puede contener espermatozoides</li> <li>➤ No ofrece protección contra la infecciones de transmisión sexual y VIH-sida</li> </ul>

Tabla 1.1

<b>Ritmo</b>	
Descripción	Método que se basa en tener relaciones sexuales únicamente en los días "seguros" del ciclo menstrual femenino y suspenderlas en los días fértiles, cercanos al día en que ocurre la ovulación.
Efectividad	Variable
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ningún costo económico</li> <li>➤ No requiere el uso de ningún dispositivo</li> <li>➤ No provoca molestias ni efectos secundarios</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los días seguros son muy difíciles de determinar si la mujer no tiene un ciclo menstrual regular</li> <li>➤ Se necesita que la mujer sepa exactamente cuando ovula para conocer sus días fértiles e</li> </ul>

Tabla 1.2

<b>Método de Billings (examen del moco cervical)</b>	
Descripción	Consiste en que la mujer revise el moco cervical todos los días. Cerca de la ovulación, el moco se vuelve elástico y transparente, señal de que deben evitarse las relaciones sexuales.
Efectividad	Variable
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Es mas efectivo que el ritmo</li> <li>➤ No tiene ningún costo económico</li> <li>➤ No tiene efectos secundarios</li> <li>➤ No necesita del uso de ningún dispositivo.</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Requiere de entrenamiento para que la mujer reconozca las diferencias de apariencia en los flujos vaginales</li> <li>➤ Puede incomodar a la mujer que no le gusta tocar las partes íntimas de su cuerpo</li> </ul>

Tabla 1.3

<b>Abstinencia</b>	
Descripción	Tener relaciones sexuales sin coito.
Efectividad	100%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mientras haya relaciones sexuales sin penetración no existe riesgo de un embarazo no deseado ni de enfermedades de transmisión sexual</li> <li>➤ Puede haber ventajas de tipo emocional o social para quien decide posponer las relaciones sexuales hasta ser mayor o más maduro</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si al decidir abstenerse no te informas sobre métodos anticonceptivos, existe el riesgo de tener relaciones sexuales no previstas que resulten en embarazos o contagio de enfermedades de transmisión sexual o VIH-sida</li> </ul>

Tabla 1.4

<b>Método de temperatura basal</b>	
Descripción	La mujer debe tomarse la temperatura todos los días por la mañana antes de levantarse y anotarla (la temperatura basal es la del cuerpo en reposo). Al estar ovulando, la temperatura aumenta medio grado o un grado, y se mantiene así hasta el día de la menstruación. En esos días no debe tenerse relaciones sexuales.
Efectividad	Variable
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No tiene efectos secundarios</li> <li>➤ Excepto por la adquisición de un termómetro especial no tiene costos económicos.</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Requiere motivación y disciplina tomar la temperatura a diario</li> <li>➤ La medición debe ser exacta, pues los datos pueden presentarse a confusión</li> <li>➤ La temperatura puede subir por razones muy distintas la ovulación. Hay mujeres cuya temperatura no aumenta en la ovulación</li> </ul>



## Métodos Anticonceptivos de Barrera

Son aquellos métodos que impiden el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, ya sea formando una barrera mecánica (preservativo, diafragma) o química (óvulos vaginales, jaleas, etc.) o la combinación de ambos.

Tabla 2. Métodos anticonceptivos de barrera.

<b>Condón Masculino</b>	
Descripción	Es una funda de hule muy delgado (látex) que se usa para cubrir el pene durante las relaciones sexuales y no deja entrar el semen a la vagina, la boca o el ano cuando se eyacula.
Efectividad	90-98%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Es seguro si se usa correctamente</li> <li>➤ Es el único método anticonceptivo que protege contra muchas infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-sida</li> <li>➤ Es un método de barrera masculino que le permite al hombre participar en la anticoncepción</li> <li>➤ No requiere receta medica</li> <li>➤ Es económicamente accesible y lo venden en muchos lados</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El hombre o la mujer puede experimentar alergia o irritación debido al latex</li> <li>➤ Requiere de motivación usarlo cada vez que se tengan relaciones sexuales</li> <li>➤ Algunos hombres pueden ver disminuida su sensibilidad durante la penetración</li> <li>➤ Si los condones son viejos o se usan incorrectamente se pueden romper</li> <li>➤ Para que no se zafe, el pene debe estar completamente erecto y ser retirado de la vagina antes de que la erección termine</li> </ul>

Tabla 2.1

<b>Condón Femenino</b>	
Descripción	Es una bolsita que combina las características de un condón femenino y un diafragma. Está hecho de plástico fino (poliuretano), más resistente y liviano que el látex.
Efectividad	90-95%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La mujer puede controlar este método, por ejemplo, cuando no puede convencer a su compañero de usar condón masculino</li> <li>➤ Es de fácil inserción y desecho como un tampón</li> <li>➤ Como el condón masculino, protege contra muchas enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH-sida</li> </ul>

Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuesta un poco mas que un condón masculino</li> <li>➤ Requiere de motivación para usarlo cada vez que se tengan relaciones sexuales</li> </ul>
-------------	---

Tabla 2.2

<b>Diafragma</b>	
Descripción	Capuchón de plástico que se inserta en el fondo del cuello del útero antes del acto sexual para impedir el paso de los espermatozoides hacia el útero.
Efectividad	96-98%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se usa solo cuando tienes relaciones sexuales</li> <li>➤ Adecuado para uso frecuente o esporádico</li> <li>➤ No tiene complicaciones médicas</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se necesita que un medico mida el cuello de tu útero y te asesore para saber como insertarlo debidamente</li> <li>➤ Requiere motivación para usarlo cada vez</li> <li>➤ Debe insertarse en el momento anterior al coito y no removerse hasta después de seis horas</li> <li>➤ Debe usarse junto con un espermicida</li> <li>➤ Puede causar reacciones alérgicas en algunas personas</li> <li>➤ No protege contra enfermedades de transmisión sexual ni el VIH- sida</li> </ul>

Tabla 2.3

<b>Espermicidas</b>	
Descripción	Son sustancias que se aplican en el fondo de la vagina antes del coito. Estas sustancias inmovilizan a los espermatozoides, evitando la fecundación. Los espermicidas tienen distintas presentaciones: jaleas, espumas, cremas, óvulos o tabletas vaginales
Efectividad	85%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Puede combinarse con otros métodos para su efectividad</li> <li>➤ Tienen bajo costo</li> <li>➤ Son accesibles. Se compran y aplican sin necesidad de consulta medica</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si se utilizan solos, su efectividad como anticonceptivos no es muy alta</li> <li>➤ Su aplicación tiempo antes del acto sexual puede ser molesta para algunas personas</li> <li>➤ Puede crear reacciones alérgicas en algunas personas</li> </ul>

## Métodos Anticonceptivos Hormonales

Son aquellos métodos basados en el uso de hormonas sexuales (estrógenos y/o progestágenos), cuyos objetivos finales son impedir que se desarrolle la ovulación en la mujer, y generar condiciones adversas en la vagina, cervix y endometrio que impidan que se llegue a realizar la fecundación (unión del espermatozoide con el óvulo).

Tabla 3. Métodos anticonceptivos hormonales.

<b>Parches</b>	
Descripción	El parche anticonceptivo es cuadrado, de color beige. La parte adhesiva contiene los principios activos que se liberan de forma continua a través del torrente circulatorio. deben de colocarse sobre piel limpia, seca y sin vello en el glúteo, abdomen, exterior del brazo.
Efectividad	99%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fácil de usar</li> <li>➤ Comodidad: se cambia el mismo día de la semana y en cualquier lugar</li> <li>➤ Alta eficacia para evitar el embarazo</li> <li>➤ Múltiples sitios de aplicación, visibles y no visibles</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No protege contra enfermedades de transmisión sexual ni el VIH- sida</li> <li>➤ Aumenta el riesgo de un ataque al corazón</li> <li>➤ Requiere de una receta medica</li> <li>➤ Es un método costoso</li> </ul>

Tabla 3.1

<b>Inyecciones</b>	
Descripción	Consiste en una inyección de forma trimestral si su composición es solo de progestágeno o mensual si su composición es de estrógeno y progestageno
Efectividad	99%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Muy confiable</li> <li>➤ De fácil administración</li> <li>➤ No interfiere con el acto sexual</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No protege contra enfermedades de transmisión sexual</li> <li>➤ Síntomas molestos como (nauseas, acne, aumento de peso, periodos irregulares y depresión)</li> </ul>

Tabla 3.2

<b>Implantes</b>	
Descripción	Consiste en la inserción por parte del medico/a de una o dos varillas bajo la piel del brazo, que gradualmente liberan pequeñas cantidades de hormona. Actúa durante 3 o 5 años dependiendo el tipo de implante, impidiendo la ovulación.
Efectividad	99%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Es fácil y rápido de insertar y retirar</li> <li>➤ No causa molestias</li> <li>➤ Es cómodo</li> <li>➤ No tiene efectos secundarios</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Su costo es caro</li> <li>➤ Se compran con receta medica</li> </ul>

Tabla 3.4

<b>Anillos vaginales</b>	
Descripción	Se trata de un anillo de plástico de 5 cm. de diámetro aproximadamente que debe mantenerse en la vagina durante 3 semanas y retirarse al comienzo de la 4ta semana, durante la cual se producirá la menstruación.
Efectividad	99.7%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Regularidad en el ciclo</li> <li>➤ Disminuye el riesgo del cáncer en el útero</li> <li>➤ Se cambia únicamente una vez al mes</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Posible irritación vaginal</li> <li>➤ No protege contra enfermedades de transmisión sexual</li> <li>➤ Su colocación puede resultar incomoda</li> <li>➤ Pueden presentarse dolor de cabeza</li> </ul>

Tabla 3.5

<b>Píldora anticonceptiva</b>	
Descripción	Es un compuesto de hormonas sintéticas similares a las producidas por las glándulas femeninas (estrógenos y progesterona). Al tomarlas la hipófisis deja de mandar ordenes al ovario para que este produzcan estas hormonas, por lo que el ovario queda en reposo y no hay ovulación, por tanto no puede haber fecundación, lo que hace imposible el embarazo. No protege de infecciones de transmisión sexual.
Efectividad	99%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Es efectiva desde la primera toma</li> <li>➤ Regularidad del ciclo</li> <li>➤ Fácilmente disponible</li> <li>➤ Protección contra cáncer de ovario</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No protege contra enfermedades de transmisión sexual</li> <li>➤ Riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares</li> <li>➤ Aumento de peso</li> <li>➤ Sensibilidad de las mamas</li> </ul>

Tabla 3.6

<b>Píldora de emergencia</b>	
Descripción	Se trata de píldoras hormonales anticonceptivas que la mujer puede usar para prevenir el embarazo hasta 72 horas (tres días) después de la relación sexual de riesgo. No es un método abortivo, pues no tiene la capacidad de interrumpir un embarazo. La píldora sólo actúa cuando el óvulo aún no ha sido fecundado.
Efectividad	98%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Facilidad de adquisición</li> <li>➤ No afecta la fertilidad a largo plazo</li> <li>➤ Puede utilizarse después de haber mantenido relaciones sexuales</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No protege contra infecciones sexuales</li> <li>➤ Debe usarse dentro de las 72hrs posteriores al acto sexual, su eficacia va disminuyendo con el paso del tiempo</li> <li>➤ Efectos secundarios(dolor de cabeza,nauseas,vomito,retencion de líquidos y sangrado irregular)</li> </ul>

Tabla 3.7

<b>DIU (dispositivo intrauterino)</b>	
Descripción	Pequeño aparato de plástico o de cobre, de diferentes formas, que se coloca dentro del útero y evita la unión del espermatozoide con el óvulo.
Efectividad	95-97%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No interfiere en la relación sexual</li> <li>➤ Se inserta solo una vez</li> <li>➤ Protege de manera continua y efectiva por mucho tiempo(puede durar hasta dos años)</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Debe ser colocado por un medico</li> <li>➤ La inserción puede ser dolorosa</li> <li>➤ Puede causar molestias o cólicos especialmente durante la menstruación</li> <li>➤ Puede ser expulsado accidentalmente</li> <li>➤ Puede hacer a la mujer mas propensa a tener inflamación pélvica</li> </ul>

### Métodos Anticonceptivos Quirúrgicos

Es un método que consiste en el bloqueo quirúrgico de los conductos que sacan a las células de la fecundación de su almacenamiento (espermatozoides u óvulos)

Tabla 4. Métodos anticonceptivos Quirúrgicos.

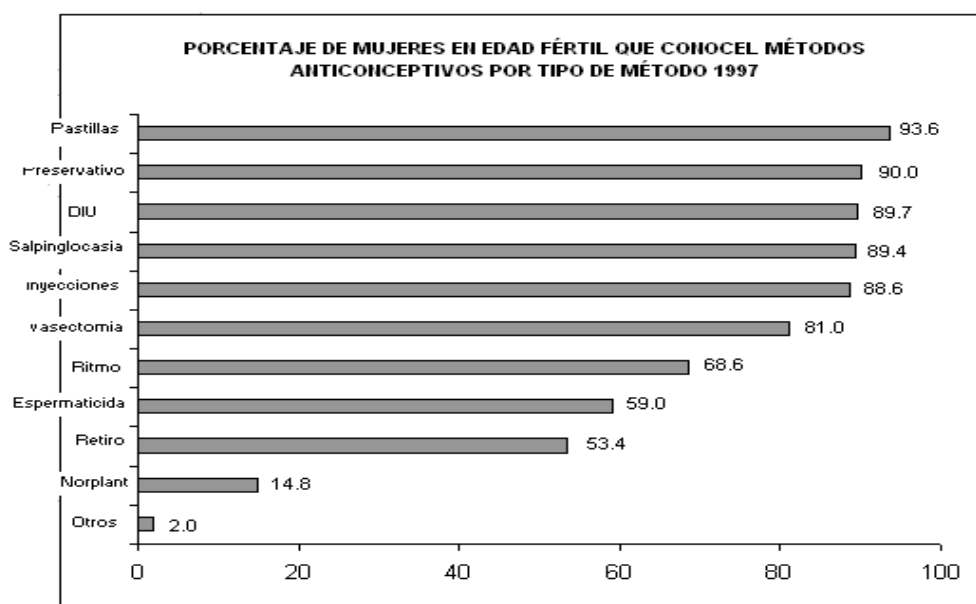
<b>Salpingoclasia</b>	
Descripción	Se trata de una operación muy sencilla, que consiste en cortar las trompas de falopio, de manera que queda cerrado el paso del óvulo impidiendo su unión con los espermatozoides.
Efectividad	99.96%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Disminuye el riesgo del cáncer de ovario</li> <li>➤ Anticoncepción permanente</li> <li>➤ Altamente efectivo</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Procedimiento quirúrgico</li> <li>➤ No protege contra enfermedades de transmisión sexual</li> </ul>

Tabla 4.1

<b>Vasectomía</b>	
Descripción	Es una operación muy sencilla: consiste en seccionar o cortar el tubo que lleva los espermatozoides, desde los testículos donde se forman hasta el pene de manera que el líquido que se emana en la eyaculación no lleve espermatozoides.
Efectividad	99.85%
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Procedimiento seguro y efectivo</li> <li>➤ Control de la natalidad permanente</li> <li>➤ No requiere atención diaria</li> <li>➤ No afecta el placer</li> </ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No protege contra enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH-SIDA</li> <li>➤ Arrepentimiento post-esterilización</li> <li>➤ Procedimiento quirúrgico: riesgo quirúrgico que incluye infección, sangrado y fracaso.</li> </ul>

A continuación se presenta una estadística donde se observan, los métodos mas conocidos en 1997, como son las pastillas y los preservativos, ambos los conocen 9 de cada 10 mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Le sigue el dispositivo intrauterino (DIU), salpingoclasia, las inyecciones y la vasectomía con porcentajes que fluctúan entre 81 y 89.7 %. El Norplant es un método moderno muy poco conocido por la población femenina, ya que solo 15 de cada 100 mujeres en edad fértil lo identifican.

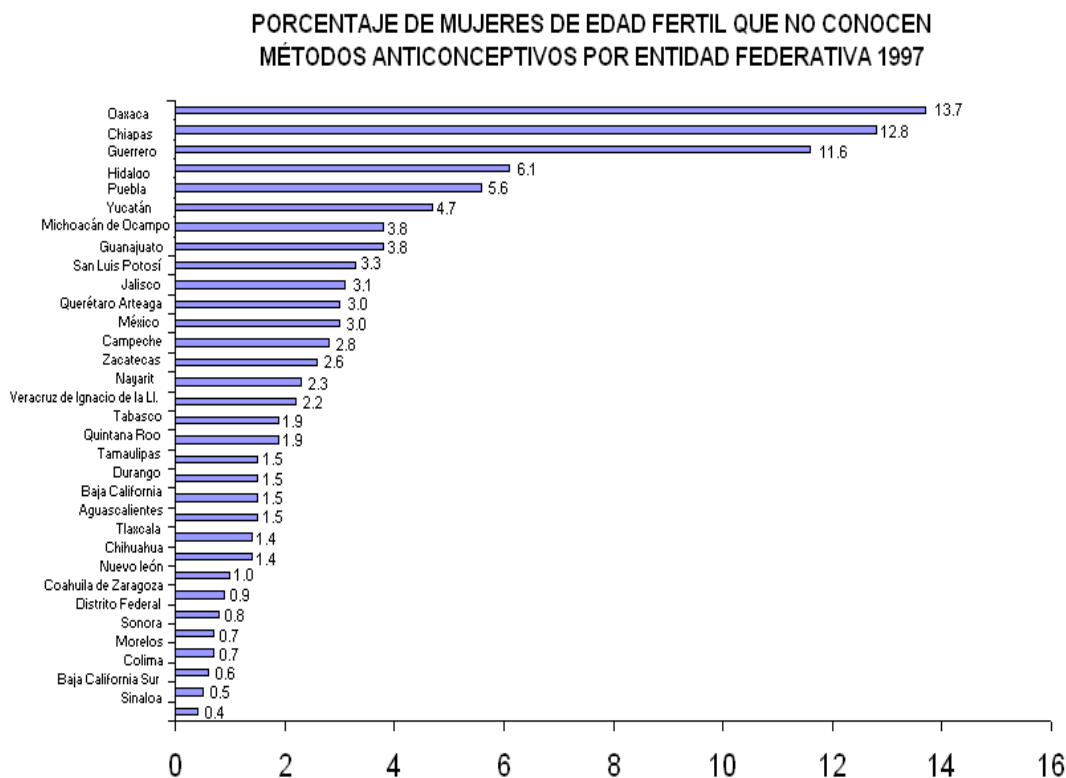
Gráfica 1



Así en los estados donde la población reside en localidades rurales, tales como Oaxaca, Chiapas y Guerrero, el porcentaje de mujeres que desconocen la existencia de métodos anticonceptivos supera al 10% de la población femenina en edad reproductiva (15 a 49 años). En total son ocho las entidades federativas cuyo porcentaje supera el valor mostrado a nivel nacional. (Lamas, 2001).

Por lo contrario, en siete entidades la proporción de mujeres que declaran no haber oído hablar de ningún método de planificación familiar es inferior a uno por ciento, lo cual, revela un conocimiento casi universal de la existencia de métodos de control natal, tal es el caso de Sinaloa, Baja California Sur, Colima, Morelos, Sonora, Distrito Federal y Coahuila de Zaragoza. (Lamas, 2001).

Gráfica 2

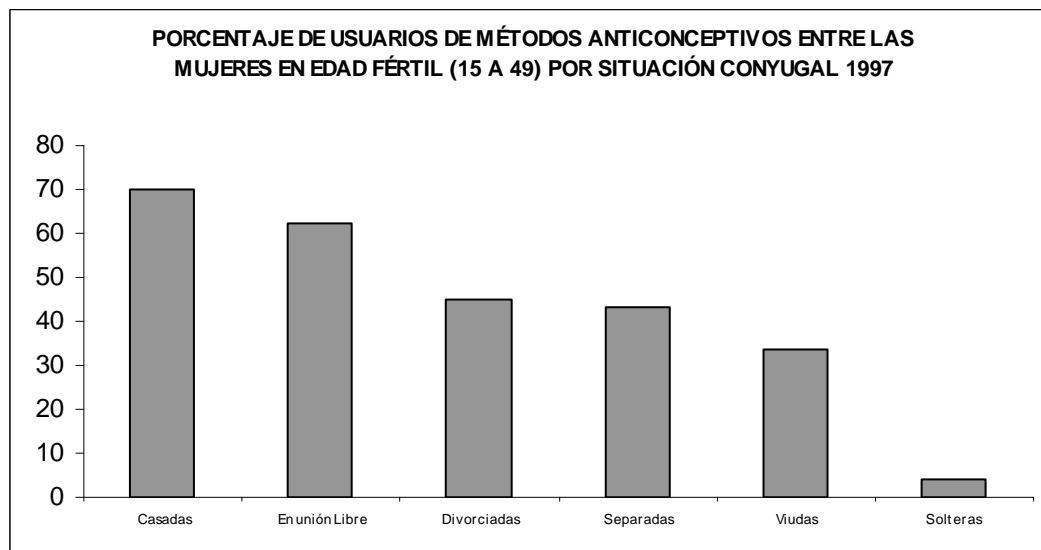




En esta grafica se estima el porcentaje de mujeres que declaran emplear algún método de control natal es notablemente superior en las casadas (70%) en unión libre (62.2%), que entre aquellas que se encuentran divorciadas, separadas o viudas, las cuales tienen una prevalecencia menor a (45%). **(López, 2002).**

Incide el bajo porcentaje de mujeres solteras usuarias de métodos anticonceptivos, ya que solo cuatro de cada cien utilizan algún método para regular su fecundidad. **(López, 2002).**

Gráfica 3



Entre los métodos anticonceptivos que usan las mujeres de 15 a 49 años, la salpingoclasia, método anticonceptivo definitivo, se ubica como el principal medio de control natal (43.9%); le sigue el dispositivo intrauterino (DIU) y las pastillas anticonceptivas con (20.6%) y (10.4%), respectivamente. Estos tres métodos son utilizados por (74.9%) de las usuarias.

Dentro del (25.1%) restante, destacan otros métodos reversibles de control natal, tales como el ritmo, el condón y el retiro, que muestran porcentajes de (7.8, 5.3, y 5.2) respectivamente. Hay que hacer notar que las mujeres de (30 a 49) años de edad usan principalmente métodos definitivos, tres de cada cinco se han sometido a la operación

femenina salpingoclasia mientras que las mujeres mas jóvenes utilizan preferentemente métodos reversibles y solo (15.9 %)han optado por la salpingoclasia. También el uso del dispositivo intrauterino se estiman diferencias por edad: la proporción de usuarias de (15 a 29) años casi triplica al porcentaje mostrado por las mujeres de 30 a 49 años.

Cabe señalar que entre las mujeres mas jóvenes se observa una mayor participación de su pareja en el control de la fecundidad, lo cual se corrobora con un relativo mayor porcentaje de usuarias que declaran el uso de preservativos como medio de control natal.

<b>DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR TIPO DE MÉTODO</b>			
<b>PARA CADA GRUPO DE EDAD 1997</b>			
<b>Método</b>	<b>15-49</b>	<b>15-29</b>	<b>30-49</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Operación femenina	43.9	15.9	5.9
DIU	20.6	35.8	12.3
Pastillas	10.4	15.7	7.6
Ritmo	7.8	8.4	7.5
Preservativo	5.3	7.6	4.1
Retiro	5.2	7.4	4
Inyecciones	4.5	7.7	2.8
Operación masculina	1.9	1.1	2.4
Espermaticidas	0.2	0.1	0.2
Otros	0.2	0.3	0.1

**(Mendoza ,2001)** Menciona que aun en pleno siglo XXI y con tanta información y opciones como las que se describen anteriormente al inicio de este capitulo siguen existiendo embarazos no deseados ni planeados algunas explicaciones de este fenómeno son las siguientes:

- Causas económicas
- Problemas conyugales
- Problemas de salud
- Falta de educación sexual
- Desinterés a la utilización de los métodos anticonceptivos
- Conflictos familiares

#### 1.4 Antecedentes históricos sobre el aborto

El aborto era practicado como una medida para controlar el crecimiento poblacional, en situaciones incestuosas o cuando se creía que el feto presentaba alteraciones

Para algunas culturas como Grecia y Roma el feto era considerado como parte integrante del cuerpo materno, de tal forma que el aborto practicado en defensa de la mujer no era delito, salvo cuando estaba casada porque el marido ejercía un grado de propiedad sobre la mujer y su cuerpo.

Para Sócrates y Platón el aborto dependía de la voluntad de la madre, puesta que era dueña de los productos de su cuerpo, por lo que plantearon que la decisión de abortar podía considerarse como una medida eugenésica y demográfica.

El Código de Hammurabi, las leyes asirías y las hititas también castigaban a la mujer que se provocaba el aborto.

Aristóteles (**citado en Quesada, 1972**) apoyaba la practica del aborto sólo si la mujer tenia un numero determinado de hijos y el incremento de estos ponía a la familia y al Estado en riesgo de poderlos económicamente y educativamente.

En Egipto prevalecía un respeto absoluto por la vida del que iba a nacer y, aunque se tiene poca evidencia escrita sobre el aborto, podemos deducir que ocasionalmente se llevo a practicar. Ejemplo de ello, era que si la mujer sentenciada a la pena de muerte estaba preñada, no era ejecutada hasta después del alumbramiento.

Los asirios empalaban en estacas a las mujeres que trataban de abortar. En tanto que el Talamud (**citado en Cerón, 2007**), obra que recoge leyes y tradiciones judías, enseña que el feto no es una persona y, por consiguiente, carece de derechos.

Los hebreos consideraban la práctica del aborto un crimen. El antiguo testamento dice: “No habrá en tu país mujer que aborte ni mujer estéril”

Los aztecas utilizaron hierbas para facilitar la expulsión del feto tanto en el aborto como en el parto, por lo que mediante la ingesta de infusiones eran provocadas las contracciones.

Tertuliano habla de una aguja de bronce que habría sido utilizada por él y por Asclepiades y otros para provocar el aborto, conocida con el nombre de embriosphacto. **(Castañeda, 2003)**

Desde los orígenes, el cristianismo se opuso al aborto, en gran medida por “el poco valor que le daban a la vida del feto y del infante en el mundo pagano”. **(Quesada, 1972, p.42)**

Por su parte, San Agustín (354-430), estaba seguro de que dicho fenómeno no se presentaba sino hasta un tiempo después de la concepción, y sostenía en consecuencia: “Según la ley, el acto de aborto no se considera homicidio, porque aún no se puede decir que haya un alma viva en un cuerpo que carece de sensación, ya que todavía no se ha formado la carne y no esta dotada de sentidos.” (Castañeda, 2003).

Santo Tomás de Aquino (1127- 1174) creía que la “hominización tardía” –el ingreso del alma al cuerpo con retraso del producto de la concepción, y decía que “el aborto en las primeras etapas no es homicidio pues esta “la hominización” ocurre 40 días después de la concepción en varones, y 80 días después en las mujeres” en un cuerpo que carece de sensación, ya que todavía no se ha formado la carne y no esta dotada de sentidos.” **(Castañeda, 2003).**

En sí, San Agustín **(citado en Ceron, 2007)** consideraba que el aborto en etapas tempranas era permisible y que era pecado solo si pretendía ocultar la fornicación y el placer.

Otros teólogos y obispos pensaban que el ingreso del alma en el cuerpo no tenía lugar sino hasta el pataleo, es decir, el inicio del movimiento fetal cerca del final del cuarto mes. Algunos de estos teólogos asumían que el feto adquiría gradualmente el alma y la hominización en algún momento entre la concepción y el pataleo. Cuando el papa Pío IX en el año de 1869 declaró que se castigaba el aborto en cualquier momento del embarazo con pena de excomunión al considerarlo un homicidio, y es la posición que sostiene la jerarquía de la Iglesia hasta la actualidad. **(Castañeda, 2001)**.

Empezaremos por definir el concepto de religión, desde el punto de vista de diferentes autores.

Durkheim define la Religión: como un sistema unificado de creencias y practicas relativas a las cosas sagradas, es decir, cosas colocadas aparte y prohibidas, creencias y practicas que unen en una sola comunidad moral llamada iglesia a todos aquellos que se adhieren a ellas. **(Piñero, 2003)**.

El Código de Ley Canónica de 1917 castiga con la excomunión a la mujer que cometa un aborto y a quien le ayude. Solo la propaganda ha hecho creer que esa prohibición y las enseñanzas contra el aborto son una declaración de infalibilidad papal; la misma propaganda ha hecho creer que la excomunión se aplica sin atenuantes y de manera automática. En el código de Derecho Canónico revisado por el Concilio Vaticano II se establecen atenuantes que exculpan de la pena de excomunión a la gran mayoría de las mujeres que abortan. **(Castañeda, 2003)**.

Taylor (citado en Piñero. 2003) define religión como la creencia en seres espirituales.

Sin embargo, García (1995) agrega que esta definición es corta ya que a pesar de que incluye a toda religión primitiva, no se aplica a los confucionistas para quien la religión es un modo de vida.

Como podemos considerar, las opiniones y posturas acerca del aborto son diversas por lo que a lo largo de la historia han surgido la religión y grupos que retoman este tema tan polémico.

El movimiento de Defensa de la Vida cuenta con el respaldo de la iglesia católica y de otros grupos religiosos que castigan el aborto con pena de excomunión ya que es considerado un homicidio y sus simpatizantes defienden 4 axiomas principales:

- Todos los seres humanos, incluso el feto que se haya dentro del vientre de la madre, reciben directamente de dios el don de la vida
- Los seres humanos no tienen derecho a quitarle la vida a otros seres inocentes
- La vida humana comienza en el momento desde la concepción
- El aborto, en cualquier, fase de la gestación equivale a quitarle la vida a un ser inocente

La iglesia, además, prohibió explícitamente el uso de métodos anticonceptivos, con excepción del ritmo o de la abstinencia periódica, y restringe la educación sexual al ámbito familiar. **(Castañeda, 2003).**

### **Cifras de aborto en México**

A pesar de las restricciones legales y mortales que existían en México respecto al aborto hasta antes de la despenalización, este no dejaba de ser una realidad, y una realidad que reviste proporciones alarmantes. Debido a que la clandestinidad obligatoria en que se practicaba, es difícil obtener datos exactos sobre el número de mujeres que recurren a él. Se calcula que actualmente hay un aborto intencionado por cada cinco embarazos, lo que da un total de 600 a 700 mil abortos anuales. **(Domínguez, 1976)**

Aunque estas cifras son inciertas (es muy difícil que las estadísticas oficiales puedan tomar en cuenta los abortos realizados en clínicas privadas y todos los que, aun que hechos en pésimas condiciones, no requieren de una hospitalización posterior), es evidente que el aborto representa un grave problema desde muchos puntos de vista. Es fundamental el aspecto de la salud pública: se perjudica una parte mayoritaria de la población al poner en peligro el bienestar, y en muchas ocasiones la vida, de miles de mujeres; esto no ha sido enfrentado directamente por las políticas de salud y de población que se sustentan públicamente. **(Domínguez, 1976)**

Hay otras cifras disponibles que contribuyen a darnos una idea de la magnitud del problema. Por ejemplo puesto que la proporción de abortos asciende a 21 por cada 100 nacimientos, esto equivale 533,100 abortos anuales en México. **(Vicente 2003)**

**CONAPO, (1998)** afirma que “existe evidencia de un subregistro de la mortalidad materna y de una incorrecta asignación de ciertas causas de defunción, en particular del aborto” y que esta es la cuarta causa de muerte de mujeres en edad reproductiva de nuestro país. **(Vicente 2003)**

Por las características especiales de la estructura socioeconómica de México, que auspicia una tendencia creciente hacia la urbanización (cuyo incremento es del 5.4 % anual), la incidencia del aborto parece ser mayor en las zonas urbanas y semiurbanas que en las rurales. Pero debe advertirse que como los recursos hospitalarios y médicos del país se concentran también en las zonas mas urbanizadas, es casi imposible encontrar datos sobre la magnitud del problema en el campo. Además en las áreas rurales siguen prevaleciendo patrones tradicionales de conducta que favorecen la procreación de familias numerosas, y los hijos generalmente representan una carga menor que en la ciudad, pues colaboran en el trabajo agrícola. Podría esperarse entonces que, de no tomarse ciertas medidas preventivas el aborto inducido ira en aumento paralelamente al incremento de la urbanización y del crecimiento total de la población, cuya tasa del 3.5 % anual coloca a México como uno de los países de más fuerte explosión demográfica. **(Domínguez, 1976)**

Los avances científicos y tecnológicos han logrado disminuir los factores que provocaban una muerte temprana, y podría ser que esto hubiera favorecido indirectamente una mayor incidencia del aborto provocado. (Domínguez, 1976)

Los datos oficiales hasta 1970, que se encontraron sobre el aborto en México no distinguen entre los naturales y los provocados. Además, incluyen sobre todo los casos de aborto que se atienden en instituciones públicas, y en menor proporción los que operan en clínicas particulares. Los demás, es decir los que practican comadronas, parteras, yerberas o los que se hacen las propias mujeres, no se registran, por razones obvias. (Domínguez, 1976)

Un resumen de los datos proporcionados por la Memoria Estadística 1971, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y por las Estadísticas de Servicios Médicos y de Salud de la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio, de 1973.(Domínguez, 1976)

#### **ESTIMACIONES DEL NÚMERO DE ABORTOS EN MEXICO, DISTRITO FEDERAL.**

FUENTE	AÑO	NUMERO DE ABORTOS
Instituto Alan Guttmacher	1995	533,100
Dr. Raúl López García	2000	850,000
Conapo	2005	102,000

El aborto en México parece tener mayor incidencia en las zonas urbanizadas. Por ejemplo, el IMSS, la institución que absorbe el mayor número de caso, atendió casi la mitad de ellas (34 200) en sus instalaciones del Valle de México. (Domínguez, 1976)

Como podemos considerar, las opiniones y posturas acerca del aborto son diversas por lo que a lo largo de la historia han surgido grupos que retoman este tema tan polémico.



El grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) inicio la campaña por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, al considerar que muchos países estaban trabajando mas por la despenalización que por la legalización pues entendían la despenalización “como la inclusión de nuevas causas permitidas para practicar el aborto en los códigos penales respectivos o como la desaparición del delito del aborto y su tratamiento en las leyes de la salud”.**(Pincus y Wihandler, 2000)**

## 1.5 Métodos Abortivos

El aborto es la interrupción voluntaria del embarazo. **(Sau, 1981)**

La **Real Academia Española (1992)** indica etimológicamente el término aborto a la privación del nacimiento y dicha palabra proviene de "AB" que significa privativo y "ORTUS" nacimiento antes de tiempo, expulsión del feto antes de que sea viable, mal parto.

La interrupción del embarazo, que puede darse por causas naturales, accidentales o provocadas. **(GIRE, 2004)**

El aborto es la interrupción del embarazo, ya sea premeditada o producto de un proceso natural. **(Scott, 2006)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la terminación de un embarazo antes de que el feto sea viable.

Desde el marco legal: es la interrupción del embarazo en cualquier época de la gestación antes de que el feto llegue a su término.

Desde el marco obstétrico: es la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable, es decir capaz de vivir fuera de la cavidad uterina en forma independiente. Se consideran 20 semanas para que el producto sea viable o que cuente con 500 gr. de peso.

Desde el marco religioso católico: La "terminación inducida del embarazo asesinando a un bebé", desde la fecundación.

Desde la antigüedad han existido distintas formas de interrumpir un embarazo en nuestro país, dentro de los métodos recomendados por mujeres hierberas, comadronas ubicadas dentro del mercado de Sonora del Distrito Federal. Es la combinación de hierbas tales como; la ruda, el marrubio, bledo, yerbaniz, zopatle y stefeatle, las cuales se hierven en 1 lt. de agua y se tiene que tomar durante la mañana recientemente algunas hierberas han sumado a esta combinación el uso de cytotec que ellas mismas recomiendan.

Los ungüentos también han sido utilizados para facilitar la expulsión del feto provocando fuertes contracción. Los tallos de laminara eran pequeños cilindros de madera hidrosopica que en el momento de introducirlos al cervix aumentaban su volumen con la humedad, ocasionando en el útero contracciones que desencadenaban en abortos.

### TIPOS DE ABORTO

- Por succión (1-3 meses): Se introduce en la vagina un tubo de cristal, metal o plástico unido a una botella, cuya presión se reduce mediante una bomba de succión lo cual provoca la aspiración del feto. La aspiración suele durar cerca de tres minutos, el tubo utilizado es transparente para vigilar la perfección de la operación, e incluso algunos tubos contienen cuchillas para deshacer a este ser a medida que es extraído.
- Por envenenamiento salino (4-7 meses): Se extrae el líquido amniótico dentro de la bolsa que protege al bebé. Se introduce una larga aguja a través del abdomen de la madre, hasta la bolsa amniótica y se inyecta en su lugar una solución que le producirá la muerte aproximadamente 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia en el cerebro y otros órganos. Luego de unas horas, la madre comienza el “parto” y da a luz un bebé muerto o moribundo. Este método se utiliza después de 16 semanas de embarazo.
- Por dilatación y curetaje (4-8 meses): En este método se utiliza una cureta o cuchillo provisto de una cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz.

Durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo el bebé es ya demasiado grande para extraerlo por succión; entonces se utiliza el método llamado por dilatación y curetaje. La cureta se emplea para desmembrar el bebé, sacándose luego en pedazos con ayuda de fórceps. Este es el método más usual.

- Por operación cesárea (6-9 meses): Este método es exactamente igual que un parto por cesárea hasta que se corta el cordón umbilical, salvo que en vez de cuidar al niño extraído se le deja morir. La cesárea no tiene el objeto de salvar al bebé sino de matarlo.
- Píldora abortiva<sup>2</sup> Existen una presentaciones en el mercado llamada RU 486 la cual se describe a continuación:

#### RU-486

La RU-486 fue creada en 1980 por los laboratorios franceses Roussel-Uclaf. Desde entonces se iniciaron pruebas clínicas en distintos países en distintos países y hacia 1984 se encontró que la efectividad del fármaco ascendía notablemente al utilizarse en combinación con prostaglandinas. Sobre esta base se multiplicaron los estudios con miles de mujeres en países de Europa y Asia.

En 1994 el Population Council inicio pruebas en Estados Unidos con excelentes resultados. En Europa más de 620,000 mujeres han utilizado con éxito la RU-486.

---

<sup>2</sup> Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)

Los primeros países en aprobar la RU-486 fueron Francia y China en 1988; les siguieron Inglaterra en 1991 y Suecia en 1992. Actualmente esta disponible en Inglaterra, Suecia, China, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia los Países Bajos Estados Unidos, Francia, Luxemburgo, España, Israel, Noruega, y Nueva Zelanda. En México este fármaco no esta a la venta. Sin embargo en el 2003, la ONU y la OEA hicieron a México la recomendación de evaluar “la conveniencia de revisar la legislación que penaliza el aborto y que se evalué la posibilidad de autorizar el uso de la RU-486, tan pronto este disponible ya que es económico y de uso fácil”

La píldora RU-486 permite a las mujeres interrumpir su embarazo dentro de las primeras nueve semanas de la gestación sin necesidad de hospitalización ni anestesia. Es un método seguro y de alta efectividad existen estudios que demuestran que el 95% de los abortos inducidos por este método han sido exitosos.

La RU-486 contiene una sustancia hormonal llamada mifepristona que provoca el aborto al bloquear la acción de la progesterona, que es la hormona encargada de garantizar el desarrollo el desarrollo del embarazo después de la fecundación. La mifepristona se administra en combinación con una dosis de prostaglandinas. Ambas sustancias interrumpen el desarrollo de la placenta y estimulan las contracciones uterinas. Como resultado de ello se producen el sangrado y la salida del tejido embrionario.

#### Efectos colaterales de la RU-486

Los efectos colaterales más comunes son similares a los de un aborto espontáneo, el sangrado, en ocasiones abundante, dura de seis a 16 días. Este periodo es mas largo que con el legrado y el método de aspiración manual, en los cuales dura de 7 a 9 días. También es frecuente sentir cólicos, dolores de cabeza, nauseas, mareos, fatiga de corta duración y, a veces, padecer diarrea.

## CYTOTEC

Este medicamento esta indicado para prevención de las úlceras gástricas, lesiones hemorragias y erosiones, reduce complicaciones gastrointestinales graves en pacientes con artritis reumatoide, pero hoy en día es utilizado y recomendado como tratamiento abortivo.

La manera más eficaz de utilizar Cytotec es vía vaginal, la dosis es de 4 pastillas de 200mcg. Cada una, estas se tienen que aplicar con diferencia de 24 horas, en total dos dosis. Hay casos en los que se aplica una tercera dosis, esto es en casos de embarazos de más de 7 semanas. Se introducen lo más profundo que puedas vaginalmente.

Los efectos secundarios son los siguientes: cólicos después de 2 a 5 horas de introducirse Cytotec, fatiga, nauseas, sangrado vaginal, diarrea, mareos, dolor abdominal. El tratamiento con Cytotec/Misoprostol tiene un promedio de efectividad de un 90 a 95%.

## 1.6 Muerte Materna

En este capítulo revisaremos estadísticas que muestran altos porcentajes de mujeres que mueren al practicarse un aborto en malas condiciones lo cual se ha considerado un problema de salud pública. El problema es grave no solo por la tragedia que significa para las familias las comunidades y el país, la mortalidad materna es considerada intencionalmente uno de los indicadores más claros de las desigualdades de género, pues se trata de muertes prevenibles y evitables.

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. **(Foucault, 2002).**

Según la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, el aborto es un problema de salud pública al ser la tercera causa de muerte en la ciudad y la quinta en el país. **(Foucault, 2002).**

En México 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.<sup>1</sup>

Las muertes asociadas con el embarazo están prácticamente erradicadas como un problema de salud pública entre grupos de población con acceso a condiciones de vida adecuadas y a servicios de salud con calidad.

Díaz de León M. F., Gasman Mortalidad Materna IPAS México 2003.

En el 5 Informe de Gobierno, la Secretaria de Salud reporto la siguiente información

AÑO	MORTALIDAD MATERNA
1990	89.0
1995	83.2
2000	72.6
2001	70.8
2003	63.9
2005	85.3
2007	77.6
2008	84.6

\*Por cada 100,000 nacimientos, n.d no disponible.<sup>2</sup>

La tendencia de disminución como cifra de nacional no es una realidad en algunos estados del país: por el contrario, la tendencia va en aumento; tales son los casos de Durango y Baja California. Por otro lado, el contraste entre los estados del norte y del sur es profundo. Por ejemplo, el estado de Nuevo León tiene actualmente la tasa más baja de mortalidad materna en el país: 15.9 mientras que la más alta la tiene Chiapas con: 103.2. **(Conapo, 2005)**.

La magnitud del problema es mayor si tomamos en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud, por cada muerte materna, alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después del parto.

<sup>2</sup> 5 Informe de Gobierno. Presidencia de la Republica. México 1 Septiembre del 2008.



## Causas directas

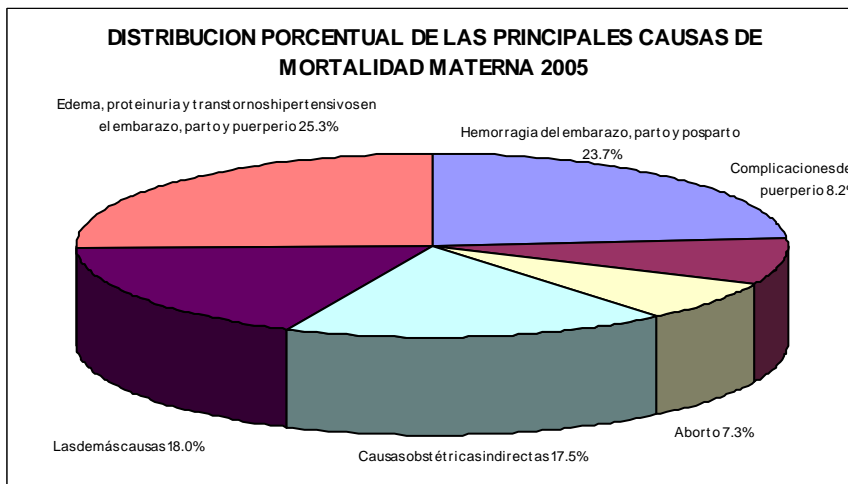
Las muertes maternas son prevenibles y curables, si son atendidas de manera oportuna y adecuada. Según datos oficiales, entre 75% y 85 % de las defunciones maternas son absolutamente previsibles.

Las causas de mortalidad materna pueden dividirse como sigue:

- Hemorragias: Después de la interrupción del embarazo es normal que haya sangrado, pero un sangrado mas abundante que el de un periodo menstrual, o que persista mas allá de 3 o 4 semanas.
- Aborto: si han ingerido hierbas, medicamentos o drogas para provocarse el aborto lo cual puede provocar intoxicación, envenenamiento y daños orgánicos.
- Complicaciones en el puerperio.
- Causas obstétricas indirectas: Es decir, aquellas que se presentan o se complican en presencia del embarazo anemia, hepatitis, diabetes y algunas enfermedades de transmisión sexual.
- Edema, proteinuria y toxemia (o hipertensión).

A continuación en la siguiente grafica se observan las causas derivadas de la mortalidad materna en México.

**Grafica 2. Causas de mortalidad materna.**



Estas causas son problemas médicos que podrían ser prevenidos y tratados si fueran detectados oportunamente en consultas prenatales adecuadas así como a través de servicios obstétricos de emergencia y el respeto a las decisiones de las mujeres sobre su cuerpo.

Según **(Martha Alanis, 2001)** Refiere que la despenalización del aborto es necesaria ya que el aborto inseguro es un grave problema de salud pública por su magnitud, debido a que en la mayor parte de nuestros países la legislación es restrictiva y aún en los casos permitidos por la ley los servicios no son accesibles. Se calcula que por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (15-49 años) se practican 30 abortos inseguros y se estiman por año 4 millones de abortos inseguros en la región de América Latina y El Caribe.

El 21 % de las muertes relacionadas con el embarazo, parto o posparto tienen como causa las complicaciones del aborto inseguro (OMS). Anualmente mueren 6.000 mujeres por complicaciones de aborto practicados en condiciones de riesgo. Se calcula también que por día, por lo menos 2191 mujeres y adolescentes son hospitalizadas en la región debido al aborto inseguro. Una parte importante de la prevención de los abortos inseguros consiste en la prevención del embarazo no deseado.

Las consecuencias secundarias más frecuentes de los abortos clandestinos son las infecciones y las hemorragias. Se calcula que, de las mujeres que recurren en México al aborto, una tercera parte requiere hospitalización por complicaciones de infección y que estas determinan una alta proporción de la mortalidad materna, aunque no se tienen datos globales. Es decir, uno de cada tres abortos presenta complicaciones serias, y esto tomando en cuenta únicamente los casos en que las mujeres tienen derecho a los servicios de seguridad social. Indudablemente, hay un gran número de muertes que no se registran en ningún hospital, en y cuando ocurren en otra parte, los certificados de defunción no atribuyen al aborto la causa de la muerte. **(Domínguez, 1976).**

Los datos más sorprendentes de esta encuesta son los motivos que llevaron a las mujeres a abortar. **(Taracena, 2003):**

## Gráfica 2. Motivos por los cuales mujeres deciden abortar



Además de las diferencias de edad, religión, escolaridad y razones para abortar, lo que distingue a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo son las opciones que tienen para hacerlo. En este sentido, las diferencias socioeconómicas cobran mucha importancia, debido a que las mujeres con mayores ingresos pueden obtener abortos seguros y las mujeres pobres acuden a personas no capacitadas o se lo inducen ellas mismas, poniendo en riesgo la salud y la vida. **(Taracena, 2003).**

Es importante subrayar dos factores que inciden en la prevención de la mortalidad materna. El éxito de la atención prenatal tal como mecanismo para detectar oportunamente casos de alto riesgo y, por tanto, prevenir la muerte materna depende de manera significativa de la efectividad del número de consultas, el momento en que estas se llevan a cabo, de la etapa de gestación en que se inician y la calidad de la atención brindada, que incluye la capacidad técnica del proveedor de los servicios de salud.

Tabla. Muerte materna en México 1991-2007

<b>REGION</b>	<b>ESTADOS</b>
Baja mortalidad	Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila y Nuevo León.
Mediana mortalidad	Durango, Jalisco, Morelos, Nayarit, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Distrito Federal
Alta mortalidad	Colima, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Mexico, Michoacán, Tabasco y Zacatecas.
Muy alta mortalidad	Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Queretaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, y Veracruz.

Lo anterior requiere otorgar atención médica oportuna y de calidad; sin embargo son muestra del enorme esfuerzo que falta por hacer para reducir el número de embarazos no deseados y en los casos donde las circunstancias lo exijan se realicen por personal especializado capaz de detectar y tratar las complicaciones.

## 1.7 Antecedentes y Concepciones de la Psicología

Platón y Aristóteles, como otros filósofos griegos, afrontaron algunas de las cuestiones básicas de la psicología que aún hoy son objeto de estudio: ¿Nacen las personas con ciertas aptitudes y habilidades, y con una determinada personalidad, o se forman como consecuencia de la experiencia? ¿Cómo llega el individuo a conocer el mundo que le rodea? ¿Ciertos pensamientos son innatos o son todos adquiridos?

Tales cuestiones fueron debatidas durante siglos, pero la psicología científica como tal no se inicia hasta el siglo XVII con los trabajos del filósofo racionalista francés René Descartes y el empiristas británicos John Locke.

Descartes afirmaba que el cuerpo humano era como una maquinaria de relojería, pero que cada mente (o alma) era independiente y única. Mantenía que la mente tiene ciertas ideas innatas, cruciales para organizar la experiencia que los individuos tienen del mundo.

John Locke por su parte creía que toda la información sobre el mundo físico pasa a través de los sentidos, y que las ideas correctas pueden y deben ser verificadas con la información sensorial de la que proceden. Mencionando tres grandes ámbitos de la realidad son:

- El \*yo del que tenemos certeza intuitiva ( pienso, luego existo)
- Dios, del que tenemos certeza demostrativa (puede demostrarse a partir del principio de causalidad)
- Objetos físicos, de los que tenemos certeza sensitiva (nuestras sensaciones de objetos exteriores son producidas, causadas por ellos). Mientras dios es la causa ultima de nuestra existencia. Los objetos fisicos provocan nuestras sensaciones.

La corriente más influyente se desarrolló siguiendo el punto de vista de Locke. Sin embargo, ciertos psicólogos europeos que han estudiado la percepción sostendrían varios siglos después la idea cartesiana de que parte de la organización mental es innata. Esta concepción aún juega un papel importante en las recientes teorías de la percepción y la cognición (pensamiento y razonamiento).

A continuación abordaremos los términos antes mencionados :

El objeto de la psicología es estudiar los procesos mentales conscientes pero atendiendo a las propiedades funcionales, que sirven para adaptarnos y resolver los problemas del medio. La mente sería la variable mediadora entre el ambiente y las necesidades.

El pensamiento es el resultado del esfuerzo por sobrevivir en las circunstancias prácticas de la vida.

**Dewey (1975)** distingue 5 etapas en el pensamiento:

- La mente debe ser capaz de hacerte reconocer donde hay un problema.
- Se debe definir las características formales del problema a resolver.
- Intento de formulación de soluciones alternativas al problema.
- Se debe activar procesos superiores que permitan ver las diferentes posibilidades de solución.
- Evaluar si la solución seleccionada resuelve el problema o no.

El razonamiento es uno de los procesos de pensamiento que más interés ha generado. La habilidad para razonar es una habilidad específica del ser humano, sin ella no existirían leyes, ciencia (**Foucault, 2002**)

La Psicología tiene como objetivo estudiar cuáles son las estrategias que usan los sujetos para generar o elaborar una conclusión (razonar, cuando realizan una inferencia). Independientemente de si la conclusión a la que llegan es o no válida.

**Erickson (1978)** establece una diferenciación entre la lógica del razonamiento y la psicología del razonamiento:

- Lógica del razonamiento: interesada en el resultado final del mismo, no en el proceso de razonamiento.
- Psicología del razonamiento: interesada en ambos, el resultado o producto del razonamiento (determinar si una conclusión es válida o no) y el proceso de razonamiento (cómo llega el sujeto a esa conclusión); especialmente, en el proceso del razonamiento.

El concepto de cognición (del latín: cognoscere, "conocer") hace referencia a la facultad de los seres de procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar y considerar ciertos aspectos. Los procesos cognitivos pueden ser naturales o artificiales, conscientes o inconscientes.



## 1.8 Consecuencias psicológicas del aborto

En la actualidad hablar del aborto es abordar temas divisivos y polémicos ya que es un acto que va en contra de la ley, de los valores y de las costumbres morales de la mayoría de la población mexicana con lo cual en muchas ocasiones el que una mujer que aborte no pueda elaborar un duelo sano

Por su parte, dice Scott (2006), el aborto es una intervención quirúrgica o química dirigida a interrumpir y dar fin al embarazo, esto implica dolor psicológico, aflicción y duelo.

El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, así mismo es necesario un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. **(Chávez, 2006, p. 20)**

Autores como **(Kubler-Ross, 1969)** define al duelo como consecuencia de la pérdida de algo significativo para la persona: un ser humano, un animal, una cosa, una relación, una actividad, etcétera.

Las complicaciones, establece **Aray (1968)**, desencadenan o están acompañadas simultáneamente por duelos en el área del cuerpo, “sentimientos de culpa relacionados con el maltrato a que se ha expuesto la persona y angustias relacionadas con toda el área de la procreación de la creatividad y de la esfera de la ilusión, ya que en los dominios del inconsciente, las consideraciones alrededor de la convivencia o inconveniencia no son lo dominante, ahí es la pulsión, una necesidad que busca una satisfacción. **(p. 3).**

El aborto provoca un impacto serio de la personalidad, se potencia cuando se agregan lesiones psicosomáticas en los genitales “Es algo bien conocido que tal división artificial es inexistente en la realidad, porque tales complicaciones van siempre acompañadas de ansiedad, temores, angustia de castración, de muerte, de mutilación es decir, de un

considerable estrés emocional por la participación de órganos tan altamente valorados narcisistamente como son los genitales”. (Aray, 1968, Pág. 2)

El DSM-IV habla del duelo en los siguientes términos. Esta categoría diagnóstica que puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. La duración y expresión de un duelo “normal” varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales, como parte de la reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión. (DSM- IV-TR, 1995).

Algunos autores describen las etapas de duelo de la siguiente manera:

AUTOR	AÑO	ETAPAS DE DUELO
Elisabeth Kubler-Ross	1969	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Negación y aislamiento</li> <li>➤ Ira</li> <li>➤ Pacto</li> <li>➤ Depresión</li> <li>➤ Aceptación</li> </ul>
John Bowlby	1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fase de embotamiento de la sensibilidad</li> <li>➤ Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida</li> <li>➤ Fase de la desorganización y desesperanza</li> <li>➤ Reorganización</li> </ul>
Nancy O'Connor	1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Etapa de la ruptura de antiguos hábitos</li> <li>➤ Etapa de inicio de reconstrucción de la vida</li> <li>➤ Etapa de la búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos</li> <li>➤ Etapa de la terminación o reajuste</li> </ul>
Igor Caruso	1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Catástrofe del Yo</li> <li>➤ Agresión</li> <li>➤ Búsqueda de indiferencia</li> <li>➤ Ideologización</li> <li>➤ Aceptación</li> </ul>
Reyes Zubiria	1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Depresión</li> <li>➤ Rabia</li> <li>➤ Perdón</li> <li>➤ Aceptación</li> </ul>
Isa Fonnegra	2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evitación</li> <li>➤ Confrontación</li> <li>➤ Restablecimiento</li> </ul>
Jorge Bucay	2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Etapa de la incredulidad</li> <li>➤ Etapa de la regresión</li> <li>➤ Etapa de la furia</li> <li>➤ Etapa de la culpa</li> <li>➤ Etapa de desolación</li> </ul>

En la sociedad actual el aborto voluntario es como un duelo encubierto, del cual no se puede hablar, incluso en muchos casos solo la mujer tiene conocimiento del embarazo y del aborto, esto complica la elaboración del duelo, pues es poco factible que ella o el se atrevan a hablar de lo que hicieron. **(Chávez, 2006)**

Cuando la pareja atraviesa por una serie de problemas y se presenta el aborto, este puede convertirse en una arma contra el otro, pueden surgir temores, enojos con consecuencias tremendas en la vida de la pareja, que incluso pueden provocar el rompimiento de la misma.

El duelo por un aborto esta unido a la pérdida del objeto (embrión o feto abortados) es decir una pérdida de las partes del yo corporal y psicológico.

### **Circunstancias que dificultan el proceso de duelo**

1. La ambivalencia corresponde a la lucha entre el instinto de vida, que tiende a la procreación, a la preservación de la especie, y el instinto de muerte que tiende a la destrucción del embarazo.
2. Un embrión o un feto abortados es un doble del paciente es una parte de la personalidad que se muere. Ahí se han proyectado considerables fantasías vitales.
3. La indefensión del embarazo es extrema, cuanto mas indefenso es un objeto aumentan los sentimientos de culpa por el odio hacia el mismo y se establece un círculo vicioso.
4. Lewin (2002) considera el sentimiento de triunfo esta muy relacionado con los estados o defensas maniacas, particularmente con la denigración del objeto interno, característico de la manía.

El proceso de duelo para Freud (1917), se caracteriza por un talante dolor, la pérdida de interés en todo aquello del mundo exterior que nos recuerde el objeto perdido, la incapacidad para escoger un nuevo objeto perdido, la incapacidad para escoger un

nuevo objeto de amor y la imposibilidad para entregarse al trabajo productivo. Lo anterior sucede solo cuando el objeto es de gran importancia para la persona.

**Freud (1917)** llamó melancolía a la manifestación patológica del duelo, donde además del cuadro característico de éste, se agrega la auto-denigración del Yo, y explica la actitud con la cual el ser humano enfrenta la experiencia de muerte y pérdida y que determina la forma en que reaccionamos ante ella. Considera que el inconsciente es incapaz de creer en su propia muerte y por lo tanto esta convencido de su inmortalidad. Aparentemente el ser humano muestra disposición a aceptar su muerte como un hecho natural, pero en realidad se tiende a negarla; así, nuestra actitud hacia la muerte es ambivalente, es decir, por un lado intentamos verla como un proceso natural que acontece a todos los seres vivos, y por el otro, dentro de nuestra realidad, la hacemos a un lado y la separamos de nosotros y de nuestra familia. **(p. 18)**

El manejo y resolución del duelo tiene que ver con cuatro características básicas: apego, separación, pérdida y adaptación. Aunque la mayoría de los seres humanos contamos con los recursos necesarios para procesar adecuadamente las distintas situaciones que involucran una pérdida significativa- de personas, relaciones u objetos-. También en ocasiones se necesita del apoyo de un profesional en el manejo y resolución del duelo.

El convencimiento de que abortar es la opción mas adecuada resulta esencial. Pero lo ideal es que sea el resultado de un proceso de reflexión, durante el cual la mujer pueda decidir sin presiones y con la mayor tranquilidad posible. **(Hernández, 2005)**

Por lo anterior, resulta conveniente retomar ciertas recomendaciones. Numerosas investigaciones han confirmado, por ejemplo, que aunque el aborto no necesariamente afecta de manera negativa a quienes se lo practican y que incluso muchas veces tiene efectos positivos, es necesario brindar atención psicológica a las mujeres que la pidan.

## 1.9 Derechos sexuales reproductivos

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, (Beijing, 1995) establece que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

La salud reproductiva está estrechamente vinculada con los derechos reproductivos y su importancia como concepto integral, radica en que no solamente incorpora a la planificación familiar, sino también a todos los otros aspectos vinculados con la sexualidad y la reproducción.

En México, la salud reproductiva fue adoptada como prioridad en la atención de la salud desde 1995, con la creación del Programa Nacional de Planificación Familiar y Salud Reproductiva 1995-2000.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el esparcimiento de los nacimientos. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. **(Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Párrafo No. 7.3).**

En México, los derechos reproductivos están consagrados en el Artículo 4º de la Constitución Mexicana dice: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos".

La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.<sup>3</sup>

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa<sup>4</sup>. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Con lo que respecta a la infancia, los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.<sup>5</sup> Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar.

estos derechos. El estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos. El estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

## DERECHOS SEXUALES

1. Yo decido libremente sobre mi cuerpo y mi sexualidad.

---

<sup>3</sup> (Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 03 de febrero de 1983) <http://info4.juridicas.unam.mx>.

<sup>4</sup> (Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 28 de junio de 1999) <http://info4.juridicas.unam.mx>

<sup>5</sup> (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 07 de abril del 2000) <http://info4.juridicas.unam.mx>

2. Tengo derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.
3. Puedo manifestar públicamente mis afectos.
4. Solo yo puedo decidir con quien compartir mi vida y mi sexualidad.
5. Todos deben respetar mi intimidad y mi vida privada.
6. Tengo derecho a vivir libre de violencia sexual.
7. Mi derecho a la libertad reproductiva.
8. Debemos tener igualdad de oportunidades y equidad.
9. Tengo derecho a vivir libre de toda discriminación.
10. Debo tener acceso a información completa, científica y laica sobre la sexualidad.
11. Tengo derecho a una educación sexual.
12. Tengo derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
13. Puedo participar en las políticas públicas sobre sexualidad

## 1.10 Leyes sobre el aborto

Desde 1931 en el Distrito Federal no se castiga el aborto si se produce accidentalmente y cuando el embarazo es producto de una violación o pone en riesgo la vida de la mujer. Esta legislación estuvo vigente durante casi setenta años, a pesar de lo cual no se garantizaron servicios de aborto legal en las instancias públicas de salud: es decir, no existió voluntad para generar políticas de gobierno al respecto. Parece poco probable que la mujer, que en esa época no tenía siquiera derecho a al voto, hubiera tenido injerencia alguna en la elaboración de estas leyes o en su debate al congreso. Por ello, en ausencia de la parte más interesada, es difícil que los hombres tuvieran presentes los derechos de la mujer, y no solo los del ser en potencia. La legislación de 1931. **(Domínguez, 1976)**

El año 2000 marca el inicio de cambios tendientes a fortalecer el derecho de las mujeres al aborto. **(Maorenzic, 2004)**

El 18 de Agosto del 2000 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), compuesta por mayoría del partido de la Revolución Democrática (PRD), aprobó modificaciones y adiciones en materia de aborto al Código Penal y al Código de procedimientos Penales, luego de que Rosario Robles, entonces Jefa de Gobierno del DF, presentara una iniciativa sobre el tema. Tres fueron las causas que se agregaron para no castigar el aborto: 1) cuando el producto presente malformaciones congénitas o genéticas graves; 2) cuando, de no provocarse el aborto, esté en riesgo la salud de la mujer; 3) cuando el embarazo sea resultado de una inseminación no consentida. Además en caso de violación e inseminación artificial no consentida, se estableció que el Ministerio Público (MP) sería el encargado de autorizar el aborto, una precisión importante dadas las lagunas que hasta ese momento existían al respecto. Es importante destacar que con estas reformas se dio una respuesta positiva a la solicitud que desde 1999 había presentado-ante la ALDF- la campaña “Acceso a la justicia para las Mujeres”. Dicha solicitud coincidía con resultados de encuestas especializadas. **(Maorenzic, 2004)**



Parte de la reforma del 2000 fue impugnada por un grupo de asambleístas de los partidos Acción Nacional (PAN) y Verde Ecologista de México (PVEM), quienes presentaron una Acción de Inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). Teniendo en cuenta la importancia jurídica y política de las sentencias de la SCJN resolvió que los aspectos que habían sido impugnados no eran inconstitucionales. El máximo órgano de justicia de México rarificó así la reforma penal del 2002. **(Maorenzic, 2004)**

A partir de esta sentencia, la Secretaria de Salud y la Procuraduría General de Justicia del DF emitieron diversos documentos para regular los procedimientos, servicios y obligaciones de los funcionarios públicos involucrados en la realización de abortos legales. La Secretaria de Salud capitalina elaboró, además, el Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas, de observancia obligatoria para su personal.

#### Artículos que legislan al aborto hasta antes del 2007

En México, el aborto es un delito; la legislación que lo rige se encuentra inscrita en el Código Penal del Distrito Federal y Territorios Federales, Expedido durante el gobierno de Pascual Ortiz Rubio en 1931, y en los códigos estatales expedidos subsecuentemente, casi todos dentro del mismo modelo. Los antecedentes históricos de la legislación sobre el aborto deben buscarse en los códigos de 1871 y de 1929. No deja de sorprender que, a pesar de la gran diferencia entre México de 1871 y el de 1931, esta legislación sea prácticamente igual en los tres códigos; solo que hay uno que otro cambio formal. **(Domínguez, 1976)**

“Artículo 329: Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.”

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

“Artículo 331: Si el aborto lo causare un medico, cirujano, comadrona o partera, además de las sanciones que le corresponden conforme al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.”

“Artículo 332: Se impondrá de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias mencionadas: 1) que no tenga mala fama; 2) que haya logrado ocultar su embarazo; 3) que sea fruto de una unión ilegítima. Faltando una de las circunstancias mencionadas, se aplicaran de uno a cinco años de prisión.”

Este artículo, que refleja que la única atenuante considerada como válida para la ley mexicana es el aborto efectuado para evitar la deshonra de la mujer y la familia, se ha conservado casi intacto al paso de los años. Está fundado en una concepción de la honra que data del medievo y que es a todas luces inoperante en nuestros días: aquella que equipara el honor y la buena fama con una determinada conducta sexual, propia solo para la mujer casada. El inciso 2) de este artículo (que haya logrado ocultar su embarazo) no solo justifica la hipocresía, sino que implica que el honor es una mera cuestión de apariencia: se salva si la mujer oculta su “deshonra”. Algunos autores justifican este artículo afirmando que el honor concurre una motivación superior al deber de no delinquir y, por lo tanto, no es posible exigir otra conducta. Tal concepción de la honra lleva a casos difíciles de creer.

En el Código del Distrito Federal y Territorios Federales existe un artículo el (327) sobre el infanticidio honoris causa, en el que se otorga una menor sanción a la madre que mate a su hijo si concurren las siguientes circunstancias: que no tenga mala fama, que haya ocultado su embarazo que el nacimiento del infante haya sido ocultado y no se hubiere inscrito en el registro civil y que el infante no sea legítimo.

“Artículo 333: No es punible el aborto causando solo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.”

“Artículo 334: No se aplicara sanción cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del medico que la asista, oyendo este el

dictamen de otro medico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.”(Domínguez, 1976)

La legislación mexicana con respecto al aborto equipara la existencia de la mujer con la del cigoto microscópico, al considerar el aborto como un delito contra la vida. Sin embargo, cabria preguntarse si el óvulo fertilizado o el embrión son realmente seres humanos, o lo son en potencia, si es lícito igualar sus derechos con los de una mujer. Numerosos científicos coinciden en que existe una distinción entre “vida humana” y “ser humano”: “El óvulo humano fertilizado con el patrón completo de cromosomas humanos y el código genético humano, es vida humana, sin ser necesariamente un ser humano”. “Un óvulo fertilizado apenas es algo mas que el proyecto de un ser humano. En el proceso de su desarrollo el proyecto se va incorporando gradualmente a la estructura del homo sapiens”. (Domínguez, 1976)

#### Artículos modificados a partir del 2007

La reforma que despenaliza el aborto en el Distrito Federal

El 24 de abril de 2007 se aprobó en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, una reforma legal que proporciona a las mujeres garantía de derechos y servicios de salud, en el marco de lo establecido en el Artículo 4 de nuestra Constitución. Se reformaron los artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal y se adicionaron algunas disposiciones a la ley de Salud de la Ciudad de México, Mediante un decreto publicado el 26 de abril en la Gaceta Oficial del Gobierno del Distrito Federal (GDF en adelante).

La reforma al Código Penal y a la Ley de salud del DF fortalece la laicidad del Estado, condición indispensable para que las mujeres puedan ejercer su derecho a decidir haciendo uso de su libertad de conciencia. En este sentido:

- Protege a las mujeres que son obligadas a interrumpir su embarazo sin su consentimiento expreso.
- Garantiza que las solicitudes de ILE sean atendidas

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

Artículo 16 Bis 6 .....las instituciones públicas de salud del gobierno del distrito federal atenderán las solicitudes de interrupción del embarazo a las mujeres solicitantes aún cuando cuenten con algún otro servicio de salud público o privado.

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

### **CRONOLOGIA DE LA DESPENALIZACION DEL ABORTO EN MEXICO.**

1931	Se aprobó el Código Penal del Distrito Federal, en el que se incluyó la despenalización del aborto en casos de violación, cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer y cuando el aborto es producto de una imprudencia de la mujer.
1936	Ante la Convención de Unificación Penal, celebrada en el Distrito Federal, la médica cirujana Matilde Rodríguez Cabo leyó la ponencia "El aborto por causas sociales y económicas", donde se pedía derogar los artículos que prohíben esa práctica. La autora del escrito fue la Dra. Ofelia Domínguez Navarro. En junio se publicó el trabajo de la Dra. Ofelia Domínguez Navarro en la revista <i>Futuro</i> , dirigida por Vicente Lombardo Toledano, quien, aunque no secundaba sus propuestas, avaló la necesidad de tratar el tema.
1974	Se reformó la Constitución para incluir, en su artículo 4º, el

	derecho de toda persona a “decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.
1976	La Coalición de Mujeres Feministas (CMF) presentó una propuesta para despenalizar el aborto en la Cámara de Diputados. No hubo respuesta. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) creó el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México (GIEA), constituido por especialistas y ministros de culto. Recomendó suprimir toda sanción penal a las mujeres que, por voluntad expresa, decidan hacerse un aborto, lo mismo que al personal que lo practique. Pidió el dictado de normas sanitarias para que el servicio se preste en óptimas condiciones.
1977	La CMF volvió a presentar, a la Cámara de Diputados, la iniciativa de ley a favor del aborto voluntario. No hubo respuesta.
1979	Se creó el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM) que buscó, junto con la CMF, trabajar a favor del proyecto de despenalización presentado en 1977. La CMF y el FNALIDM elaboraron el Proyecto de Ley sobre Maternidad Voluntaria que el Partido Comunista Mexicano presentó ante la Cámara de Diputados. Se declaró el 10 de mayo como “Día de la maternidad libre y voluntaria”.
1982	CONAPO planteó, en el Anteproyecto de plan de acción para la integración de la mujer al desarrollo, que “es necesario normar y no sólo despenalizar lo referente al aborto; es la ilegalidad del servicio el que le da su carácter de clandestino, y lo que trae riesgos”.
1983	El Presidente Miguel De la Madrid intentó modificar el Código Penal para reformar las disposición relativa al aborto y al

	adulterio. Ante la fuerte reacción de la jerarquía de la Iglesia Católica y grupos conservadores, la iniciativa fue archivada.
1989	Se cerraron tres clínicas donde se practicaban abortos, se detuvo violentamente al personal y a las mujeres que acababan de abortar. Se publicó el primer desplegado a favor de la despenalización del aborto. La Procuraduría de Justicia del DF y la Secretaría de Salud (SSA) establecieron las bases para el Programa de Servicios Legales y de Salud en el DF que permitió que las embarazadas por violación puedan abortar legalmente en cuatro hospitales de la Ciudad de México.
1990	Se fundó la Coordinadora Feminista del Distrito Federal (CFDF), que retomó los objetivos de la CMF: por la libertad sexual, contra la violencia a las mujeres y por la despenalización del aborto. El Congreso de Chiapas aprobó ampliar las causas por las que el aborto no sería castigado: a solicitud de la pareja, con el fin de planificación familiar, a petición de una madre soltera o por razones económicas. La jerarquía de la Iglesia Católica y el Partido Acción Nacional (PAN) rechazaron la reforma y diversas organizaciones civiles se movilizaron a favor. La reforma penal fue congelada.
1991	Congelar la ley del aborto en Chiapas produjo en el DF un debate entre los partidos políticos. Sindicatos, organizaciones de mujeres, de feministas y de salud, y partidos políticos formaron el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto. El presidente Carlos Salinas de Gortari envió a la Cámara de Diputados una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud para permitir el aborto por razones económicas. El PAN consiguió que se rechazara.
1998	El 28 de mayo, “Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres”, a través de un desplegado promovido por GIRE, personalidades de la cultura y la ciencia —entre ellas Octavio

	<p>Paz— solicitaron la modernización del Código Penal del DF para incluir las causas por las que no se castiga el aborto en otros estados de la república.</p>
1999	<p>Más de 40 organizaciones civiles agrupadas en la campaña “Acceso a la Justicia para las Mujeres” presentaron propuestas de reformas al Código Penal; entre ellas, ampliar las excepciones por las que se permite el aborto en el DF. La propuesta no fue aprobada. En Mexicali fue violada Paulina, adolescente a quien las autoridades estatales le impidieron que aborte. El caso adquirió repercusión nacional e internacional. A la fecha, continúa el proceso penal a los funcionarios públicos involucrados.</p>
2000	<p>El Congreso del estado de Guanajuato aprobó un nuevo Código Penal en el que se volvía a penalizar el aborto en casos de violación. Hubo reacciones en contra en todo el país. El gobernador de Guanajuato vetó dicho Código y quedó sin efecto el retroceso.</p> <p><b>14 de agosto:</b> la Jefa de Gobierno del DF, Rosario Robles, envió una propuesta a la Asamblea Legislativa (ALDF) para modificar la legislación penal en materia de aborto, aumentar algunas causas de despenalización y establecer mecanismos claros para acceder al aborto por violación y por inseminación artificial no consentida.</p> <p><b>18 de agosto:</b> la ALDF aprobó la propuesta de Robles. Se aumentaron tres causas para abortar legalmente en la capital del país: por inseminación artificial no consentida, por grave daño a la salud de la mujer y cuando el producto presenta malformaciones congénitas o genéticas graves. También se obligó a los médicos a dar información precisa sobre el</p>

	<p>procedimiento y las consecuencias del aborto.</p> <p><b>25 de septiembre:</b> asambleístas del PAN y del Partido Verde Ecologista de México (PVEM) presentaron una Acción de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), contra las reformas aprobadas. Argumentaron que era inconstitucional permitir el aborto por malformaciones congénitas o genéticas graves del producto y que el Ministerio Público pudiera autorizar el aborto en casos de violación. Fue la primera vez que la SCJN enfrentó una controversia relativa al aborto.</p>
2001	<p>En Los Mochis, una adolescente violada y embarazada por su padre fue sometida a un aborto legal en un hospital estatal.</p>
2002	<p><b>29 y 30 de enero:</b> la SCJN declaró la constitucionalidad de las reformas penales cuestionadas por asambleístas del PAN y del PVEM. En esta ocasión, el presidente de la Corte, Genaro Góngora Pimentel, manifestó: “¡Qué bien, por el bien de las mujeres!” La sentencia es irrevocable.</p> <p><b>23 de abril:</b> La Secretaría de Salud (SSDF) publicó la Circular que establece los lineamientos para organizar y prestar en el DF los servicios de salud (en instituciones públicas, privadas y sociales) relacionados con el aborto legal.</p> <p><b>11 de julio:</b> la Procuraduría General de Justicia del DF publicó el Acuerdo que establece los lineamientos para los Agentes del Ministerio Público, para autorizar el aborto cuando éste es resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida.</p> <p><b>25 de agosto:</b> la titular de la SSDF afirmó que desde la vigencia de la Circular se han practicado tres abortos por</p>



	<p>violación en el DF, y que las modificaciones legales no significaron abortos masivos ni incrementos considerables en el número de solicitudes para practicarlos.</p>
2003	<p><b>13 de octubre:</b> Se aprueba una reforma al Código Penal de Veracruz en donde se disminuye la sanción al delito de aborto cuando hay consentimiento de la mujer. Las penas aumentan cuando falta el consentimiento de la mujer y cuando hay violencia física o moral. La reforma añade además la inseminación artificial no consentida y la malformación genética como dos nuevos supuestos de aborto permitidos por la ley.</p> <p><b>26 de diciembre:</b> Se aprueban en la ALDF reformas en el tema de aborto al Nuevo Código Penal (CPDF) y adiciones a la Ley de Salud para el Distrito Federal (LSDF).</p> <p>La nueva legislación penal incrementa el castigo para quien hiciera abortar a una mujer sin su consentimiento y establece un castigo mayor cuando hay violencia física o psicológica (Artículo 145 del CPDF). Las reformas a la LSDF establecen que en los casos permitidos por la ley, las instituciones públicas de salud en el DF deberán realizar la interrupción del embarazo gratuitamente, en condiciones de calidad y en un plazo no mayor de cinco días a partir de la solicitud de la mujer (Artículo 16 Bis 6). Se regula también la objeción de conciencia de los médicos para que la mujer que solicite un aborto legal tenga garantizado ese servicio. La reforma estipula que la Secretaría de Salud del DF deberá contar permanentemente con personal no objetor.</p>
2004	<p><b>27 de enero:</b> Las reformas del 2003 se publican en la <i>Gaceta Oficial del Distrito Federal</i> y entran en vigor al día siguiente.</p>

	<p><b>2 de diciembre:</b> Se aprueba una nueva Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur, la cual establece un plazo para proceder a la interrupción del embarazo cuando haya sido autorizado por el Ministerio Público bajo condiciones de gratuidad y calidad. Obliga, de igual manera, a los servicios de salud del estado a suministrar anticoncepción de emergencia, en las siguientes 72 horas de sucedida una relación sexual no protegida, efectuada o no mediante violencia.</p> <p><b>31 de diciembre:</b> Se publica en el <i>Boletín Oficial del Estado</i> la nueva Ley de Salud para el estado de Baja California Sur.</p>
2005	<p><b>1 de marzo:</b> El Congreso Estatal de Baja California Sur aprueba nuevos códigos: Penal y de Procedimientos Penales. El nuevo Código Penal de Baja California Sur establece una de las penas más bajas en la práctica de un aborto para la República Mexicana: de dos meses a dos años. Asimismo, se agrega una nueva causal de no punibilidad: cuando la salud de la mujer sufra grave afectación si no es practicado el aborto. También se reglamentó el aborto legal por violación o inseminación artificial en el Código de Procedimientos Penales. En éste, se señala la facultad del Ministerio Público de autorizar en un término de 24 horas el aborto cuando se cumplen cinco requisitos.</p> <p><b>20 de marzo:</b> Se publica en el <i>Boletín Oficial del Estado</i> el nuevo Código Penal y de Procedimientos Penales para el estado de Baja California Sur.</p> <p><b>20 de septiembre:</b> Entran en vigencia el nuevo Código Penal y de Procedimientos Penales para el estado de Baja California Sur.</p>

2006	<p><b>15 de noviembre:</b> La Secretaría de Salud del DF publica, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, los nuevos <i>Lineamientos Generales de Organización de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal</i>, sustituyendo a los Lineamientos publicados el 23 de abril de 2002.</p> <p><b>29 de diciembre:</b> Se publica el nuevo Código Penal para el Estado de Chihuahua donde se incluye una nueva excluyente de responsabilidad penal para el aborto: en casos de inseminación artificial no consentida y se suprime el castigo por aborto imprudencial o culposo.</p>
2007	<p><b>Marzo:</b> En el Distrito Federal se discute ampliamente, en la sociedad y en los medios de comunicación, una iniciativa para la despenalización del aborto, sin restricción alguna, en las primeras doce semanas de gestación.</p> <p>El PRD presenta sendas iniciativas en la Cámara de Diputados y en la Cámara de Senadores con la finalidad de despenalizar el aborto voluntario en las primeras semanas de gestación. Ambas propuestas buscan la modificación del Código Penal Federal.</p> <p><b>24 de abril:</b> En un hecho histórico, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprueba la ley que despenaliza el aborto hasta la semana 12 de gestación. Esta ley incluye mecanismos para la impartición de servicios de salud adecuados y mejora los mecanismos para la protección a una maternidad libre, informada y responsable.</p> <p><b>26 de abril:</b> A dos días de la aprobación de la despenalización</p>

del aborto en la ALDF, se publica en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el "Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal" con las modificaciones relacionadas al aborto y servicios de salud.

**4 de mayo:** La Secretaría de Salud del DF publica, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, los nuevos Lineamientos Generales de Organización de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, reformando, adicionando y derogando diversos puntos de la Circular GDF/SSDF/01/06 publicada el 15 de noviembre de 2006. Estos Lineamientos reglamentan la prestación de servicios para la interrupción del embarazo hasta la 12a semana de acuerdo con lo publicado el 26 de abril en la Gaceta Oficial del DF.

## EL ABORTO EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

ESTADO	POR VIOLACION	IMPRUDENCIAL O CULPOSO	PELIGRO DE MUERTE	EUGENESICO	GRAVE DAÑO A LA SALUD	OTRAS CAUSAS
AGUASCALIENTES	+	+	+			
BAJA CALIFORNIA	+ (A)	+	+			+ (B)
BAJA CALIFORNIA SUR	+ (A)	+	+	+		+ (B)
CAMPECHE	+	+	+			
COAHUILA	+ (A)	+	+	+		
COLIMA	+ (A)	+	+	+		+ (B)
CHIAPAS	+ (A)		+	+		
CHIHUAHUA	+ (A)	+	+			+ (B)
DISTRITO FEDERAL	+	+		+	+	+ (B)
DURANGO	+	+	+			
GUANAJUATO	+	+				
GUERRERO	+	+		+		+ (B)
HIDALGO	+ (A)	+			+	
JALISCO	+	+	+		+	
MEXICO	+	+	+	+		
MICHOACAN	+	+	+		+	
MORELOS	+	+	+	+	+	+ (B)
NAYARIT	+	+	+		+	
NUEVO LEON	+		+		+	
OAXACA	+ (A)	+	+	+		
PUEBLA	+	+	+	+		
QUERETARO	+	+				
QUNTANA ROO	+ (A)	+	+	+		
SAN LUIS POTOSI	+	+	+			
SINALOA	+	+	+			
SONORA	+	+	+			
TABASCO	+		+			+ (B)
TAMAULIPAS	+	+	+		+	
TLAXCALA	+	+	+		+	
VERACRUZ	+ (A)	+	+	+		
YUCATAN	+	+	+	+		+ (C)
ZACATECAS	+	+	+		+	
TOTAL	32	29	27	13	10	9

(A) En estos casos la ley contempla plazos para la interrupción del embarazo, los cuales varían; algunos códigos señalan "dentro de los tres meses, contados a partir de la violación", otros dicen "dentro de los 90 días de gestación" y algunos más indican dentro de los "tres primeros meses" de gestación.

(B) Inseminación artificial no consentida

(C) Económicas, cuando la mujer tenga al menos tres hijos.

Los estados sombreados con azul modificaron su legislación en agosto de 2000.

+ Esta causal si esta considerada en el Código Penal del Estado.

## CAPITULO II METODOLOGIA

### 2.1 Planteamiento del problema de investigación

Analizar la información, percepción y creencias que tienen las mujeres psicólogas, religiosas, abogadas y médicas en cuanto al tema del aborto posterior a su despenalización en el Distrito Federal

### 2.2 Objetivos

#### Objetivo General

- El aborto: un estudio comparativo que analiza, observa y visualiza la percepción, creencias e información que tienen las mujeres psicólogas, religiosas, abogadas y médica posterior a su despenalización en el Distrito Federal.

#### Objetivos Específicos

- Identificar y comparar la percepción y creencias de cada grupo de mujeres psicólogas, religiosas, abogadas y médicas.
- Identificar y comparar la información de cada grupo de mujeres psicólogas, religiosas, abogadas y médicas.

### 2.3 Hipótesis

H<sub>i</sub> Si existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción y creencias que tienen las abogadas, psicólogas, médicas y religiosas respecto a la despenalización del aborto.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción y creencias que tienen las abogadas, psicólogas, médicas y religiosas acerca a la despenalización del aborto.

Hj. Si existen diferencias estadísticamente significativas entre la información que tienen las abogadas, psicólogas, médicas y religiosas.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la información que tienen las abogadas, psicólogas, médicas y religiosas.

## 2.4 Tipo de variables y definiciones

Variable Independiente

VI: Aborto

Variable Dependiente

VD: Información

VD: Percepción

VD: Creencias

## 2.5 Definiciones Conceptuales

VI: Aborto.- Es la interrupción del embarazo, ya sea premeditada o producto de un proceso natural. **(Scott, 2006)**

**Información.-** Es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno. **(Cosacov, 2004).**

**Percepción.-** La percepción es la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información. **(Bruno, 1986).**

**Creencias.-** Impulso subjetivo que ejerce una idea sobre los actos de razón y que mantiene su firmeza. **(Hume, 1972).**

#### Definiciones Operacionales

VI: Aborto: Se analizo mediante un cuestionario el cual les fue proporcionado a mujeres (religiosas, medicas, abogadas y psicólogas), en una edad entre los 25 y 60 años de edad en el Distrito Federal. (ANEXO 1)

VD: Información, percepción y Creencias: En esta investigación se compararán los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS.

#### 2.6 Tipo de investigación

Esta investigación es transversal o transeccional ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento específico.

#### 2.7 Muestra

La aplicación de los 60 cuestionarios quedo conformada de la siguiente manera 15 psicólogas, 15 médicas, 15 religiosas y 15 abogadas tomando en cuenta los criterios de inclusión.

#### 2.8 Criterios de inclusión.

- Sexo femenino.
- Mujeres de 25 a 60 años.
- Que desearan participar en la investigación.
- Que se encontraran laborando.
- Que vivieran en la zona metropolitana.
- Que fueran tituladas en el caso de las religiosas que estuvieran en alguna congregación.



#### Criterios de exclusión.

- Hombres.
- Mujeres menores de 25 y mayores de 60.
- No profesionistas.
- Que vivieran fuera de la zona metropolitana.

#### 2.9 Material

- Lápices y gomas.
- Cuestionario.

#### 2.10 Instrumento

- I. “Cuestionario” Elaborado por Diana Yazmín Duran García, con una validación por jueces.
- II. Este cuestionario incluye datos generales como: edad, sexo, estado civil, religión y último grado de estudios.
- III. Consta de 20 reactivos que están conformados mediante una escala tipo likert, con las siguientes opciones de respuestas “totalmente de acuerdo, de acuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo”.
- IV. Contiene 5 frases en las cuales marcara una V si considera que la frase es verdadera o la letra F si considera que la frase es falsa.
- V. Se concluyo al final con 3 preguntas abiertas.

#### 2.11 Procedimiento

La aplicación del cuestionario se realizo de manera individual dentro de las siguientes instalaciones Hospital 20 de Noviembre, Centro de Atención Psicológica, Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal y Casa Hogar Niñas.

Para la aplicación del cuestionario se les invitó a las mujeres a participar en el, se les explicó que en dicho cuestionario se analizaba la información, percepción y creencias que tienen con respecto al tema del aborto en el Distrito Federal.

Una vez que aceptó cada una de las mujeres se les entregó el cuestionario (anexo 1) goma y lápiz, Posteriormente se pidió que anotaran los datos que se les solicitaban en la parte superior y se les dijo que para cualquier duda o aclaración estaría presente. Conforme fueron concluyendo el cuestionario fue entregado, al igual que el lápiz y la goma, agradeciéndoles individualmente su cooperación y disponibilidad.

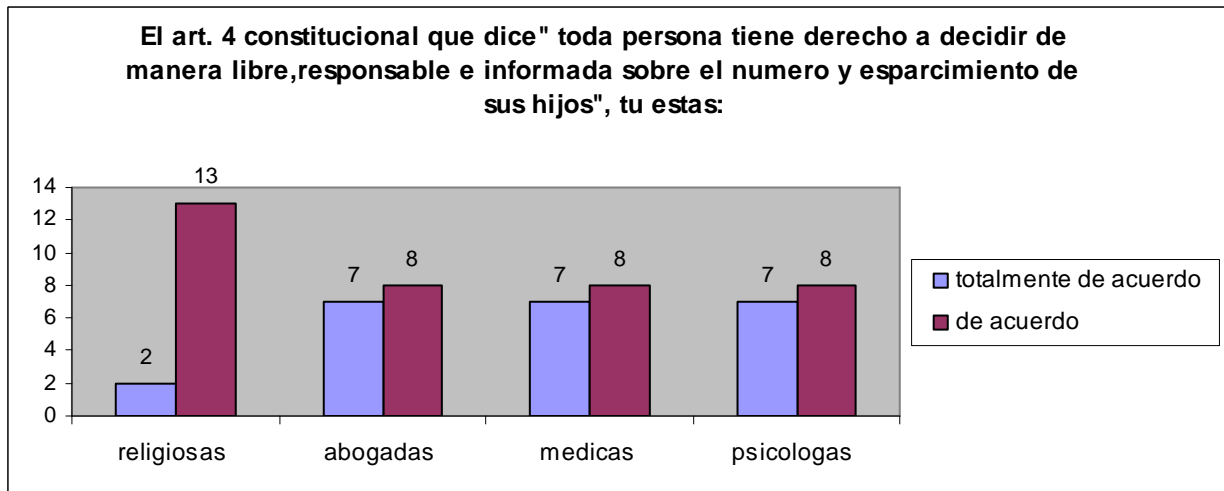
Por ultimo se analizaron los resultados mediante un programa estadístico SPSS donde se analiza si los grupos de mujeres difieren entre si de manera significativa respecto a los resultados arrojados. A lo cual se elaboraron las conclusiones y sugerencias.

## CAPITULO III. RESULTADOS

### 3.1 Resultados

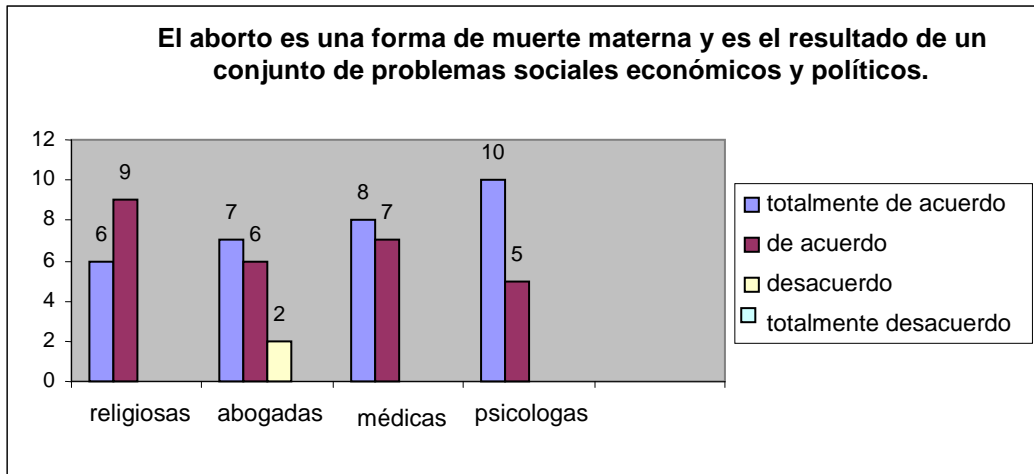
Este capítulo tiene como propósito presentar y describir los resultados obtenidos en la investigación sobre “El aborto: percepción, creencias e información de mujeres profesionistas posterior a su despenalización” conformada por mujeres Psicólogas, Religiosas, Médicas y Abogadas. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa SPSS para su posterior descripción.

Gráfica 1



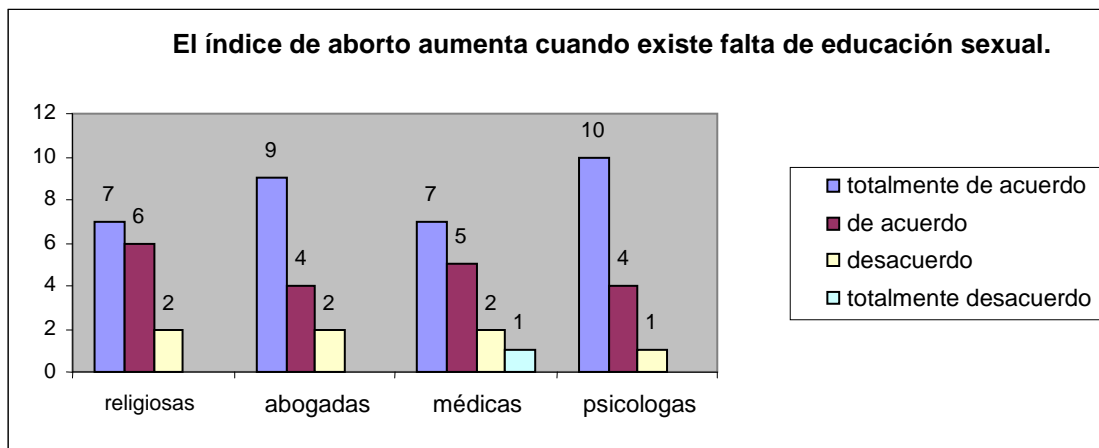
Como se observa en la gráfica 1, en el grupo de mujeres religiosas 13 están de acuerdo con la pregunta y solo dos están totalmente de acuerdo en comparación con el grupo de mujeres abogadas, médicas, y psicólogas de las que 7 están de totalmente de acuerdo y 8 están de acuerdo, se observa que ninguno de los grupos eligieron las respuestas totalmente desacuerdo, ni desacuerdo.

Gráfica 2



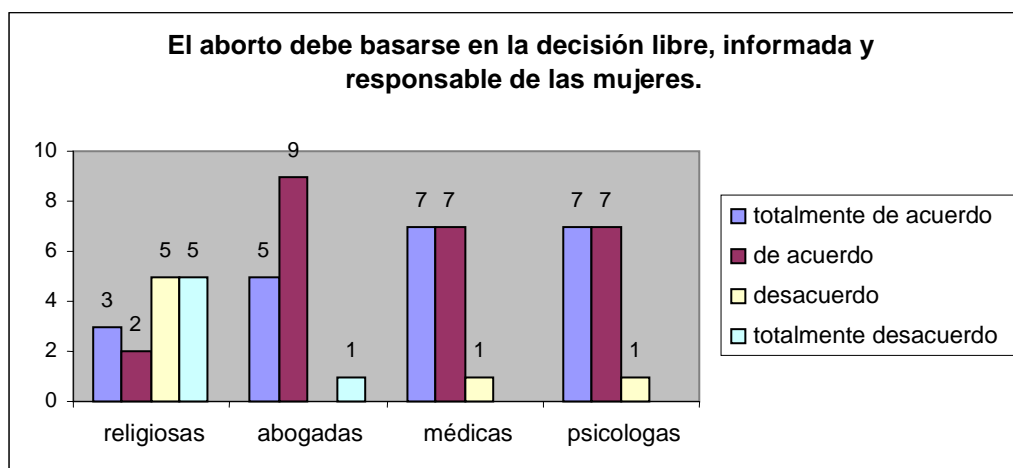
En esta gráfica demuestra que 10 de las psicólogas están totalmente de acuerdo seguidas por 8 médicas y posteriormente por las abogadas por otro lado 2 abogadas están en desacuerdo.

Gráfica 3



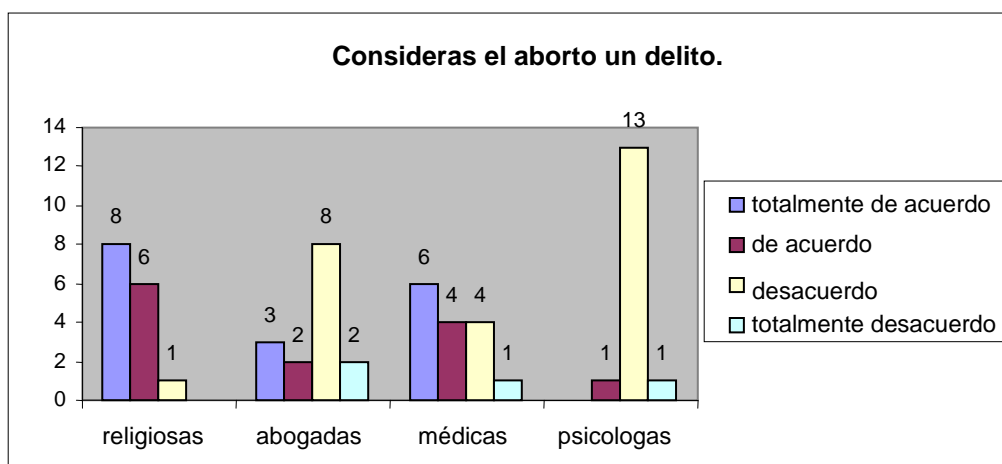
En esta gráfica podemos observar la comparación de los grupos en las que se refleja que en el grupo de las psicólogas 10 están totalmente de acuerdo, seguidas por las abogadas con 9 y después por las religiosas y médicas con 7. Otro dato importante de resaltar es que en el caso de las médicas una de ellas esta totalmente en desacuerdo.

Gráfica 4



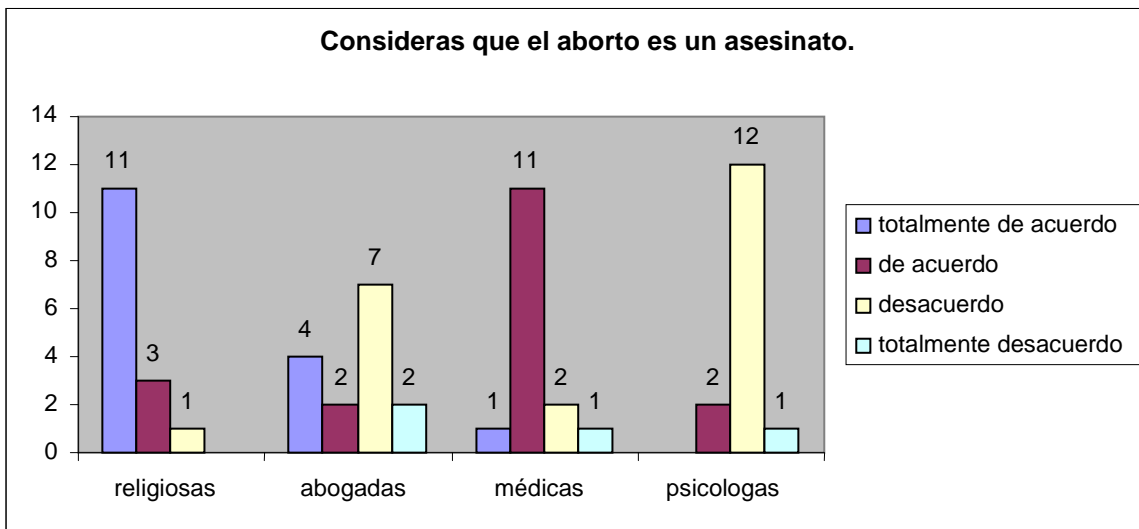
En la gráfica nos muestra como los grupos de las psicólogas, médicas y abogadas están de acuerdo y totalmente de acuerdo con que el aborto debe basarse en una decisión libre, informada y responsable de las mujeres en comparación con las religiosas que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Gráfica 5



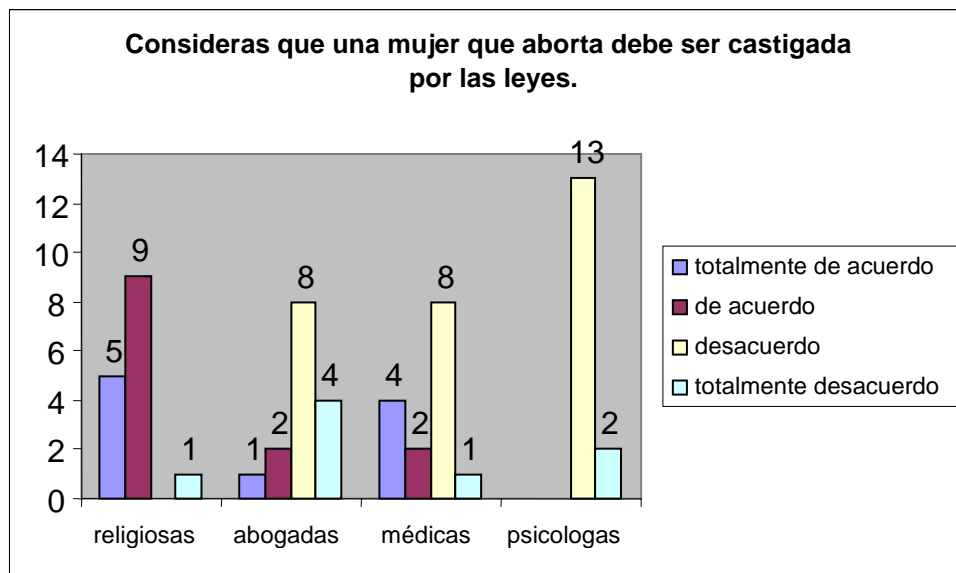
En esta gráfica se muestra como las psicólogas 13 están en desacuerdo con que el aborto es un delito en comparación con las religiosas y las médicas que consideran que es un delito (8 y 6 respectivamente).

Gráfica 6



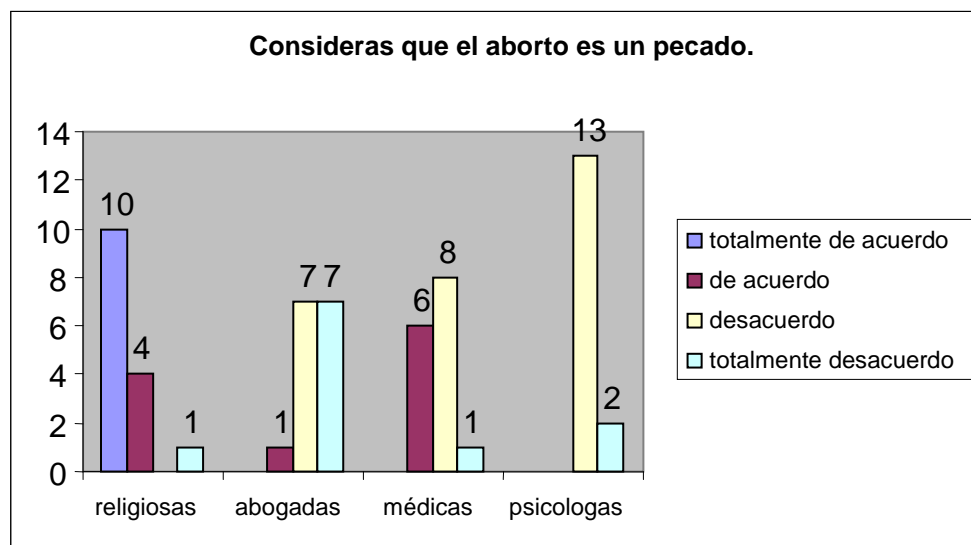
En esta gráfica se muestra como las psicólogas están en desacuerdo con que el aborto es un asesinato en comparación con las religiosas (11 están totalmente de acuerdo) y las médicas (11 de acuerdo) que consideran que es un asesinato, en el caso de las abogadas 7 están en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo.

Gráfica 7



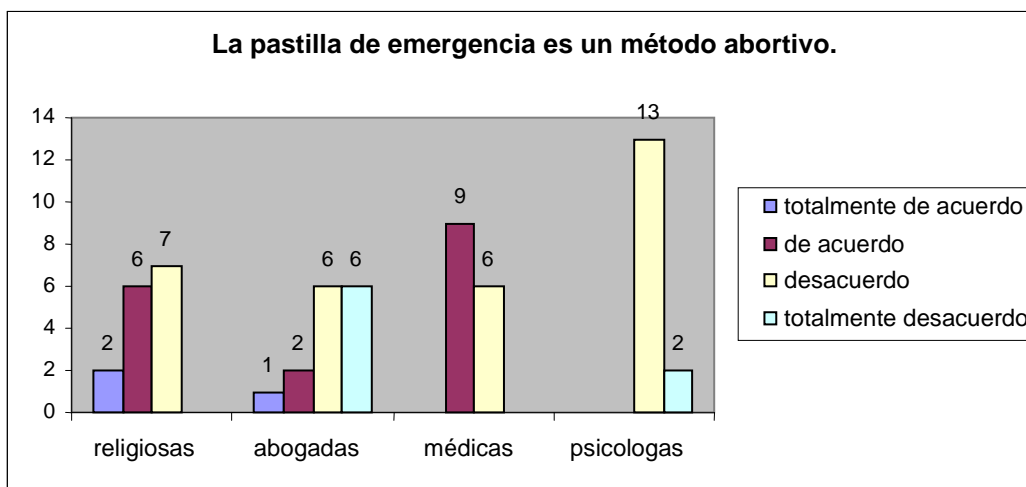
En esta gráfica se muestra como las psicólogas están en desacuerdo con que una mujer que aborta debe ser castigada por las leyes seguidas por las abogadas y las médicas con 8, en comparación con las religiosas donde 9 están de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

Gráfica 8



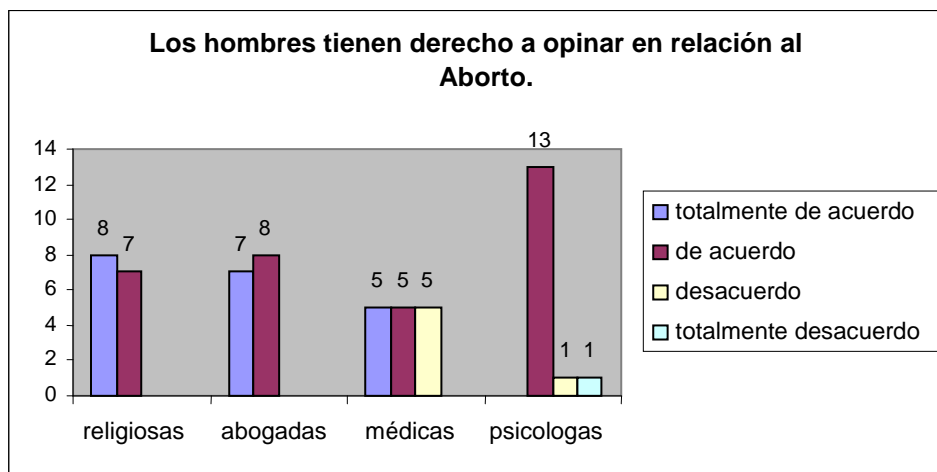
En la gráfica se muestra como en el grupo de las psicólogas 13 están en desacuerdo con que el aborto es un pecado, seguidas por las médicas y las abogadas (8 y 7 respectivamente) en comparación con las religiosas quienes están totalmente de acuerdo y de acuerdo 10 y 4 respectivamente).

Gráfica 9



En la gráfica se muestra como las psicólogas están en desacuerdo con que la pastilla de emergencia es un método abortivo seguidas por las religiosas y las médicas y abogadas (7,6 respectivamente). Por otro lado las médicas y las religiosas consideran que la pastilla de emergencia es un método abortivo (9 y 6 respectivamente).

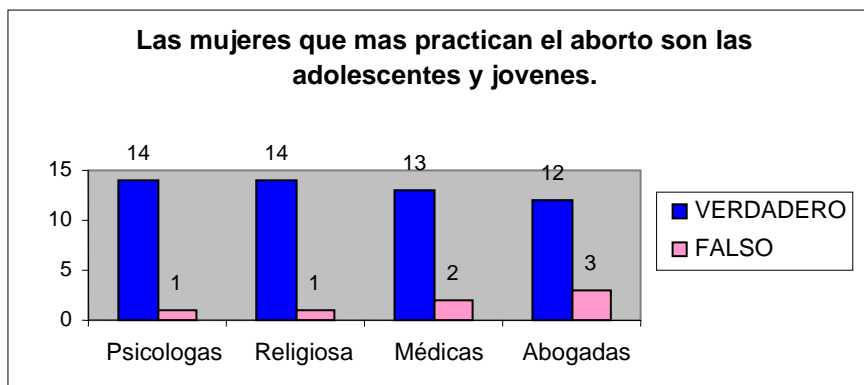
Gráfica 10





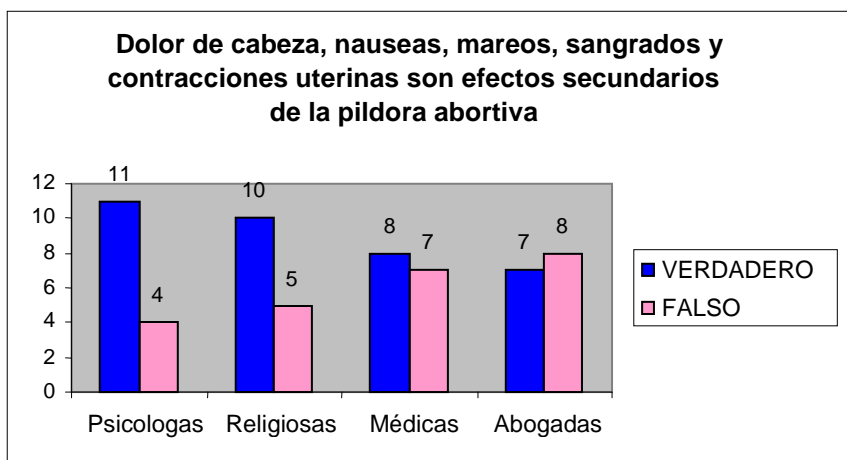
En esta gráfica se muestra como los cuatro grupos; psicólogas, abogadas, religiosas y las médicas consideran que los hombres tienen derecho opinar con respecto al aborto.

Gráfica 11



En esta gráfica 11 se observan los cuatro grupos de mujeres donde 14 psicólogas, 14 religiosas, 13 médicas y 12 abogadas consideran verdadero que las mujeres que mas practican un aborto son las adolescentes y jóvenes. Solo 1 psicóloga, 1 religiosa, 2 médicas y 3 abogadas opinan lo contrario.

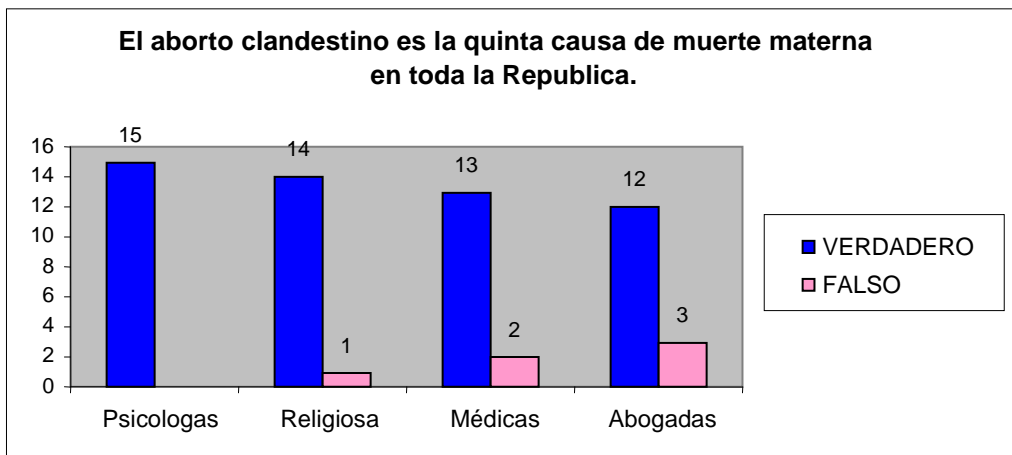
Gráfica 12



En esta gráfica se observan los cuatro grupos de mujeres donde 11 psicólogas, 10 religiosas, 8 médicas y 7 abogadas consideran verdadero que los síntomas como dolor de cabeza, nauseas, mareos, sangrados y contracciones uterinas son efectos

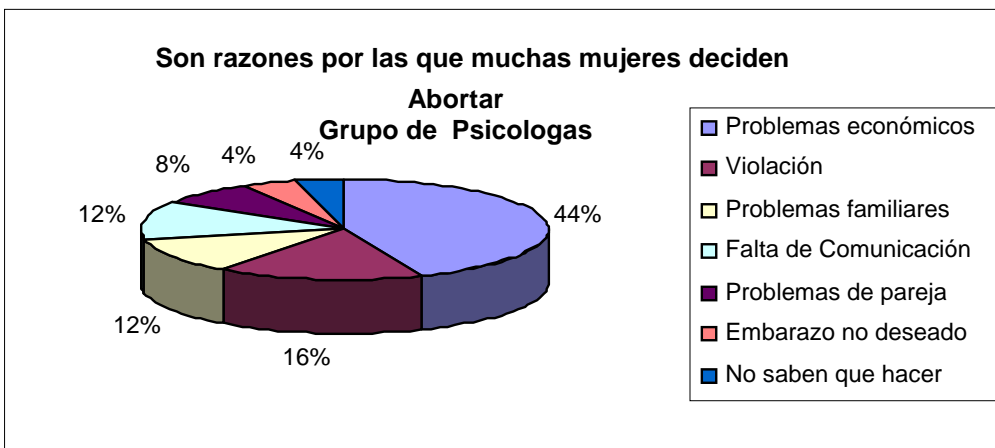
secundarios de la píldora abortiva y solo 4 psicólogas, 5 religiosas. 7 médicas y 8 abogadas opinan lo contrario.

Gráfica 13



En esta gráfica se observan los cuatro grupos de mujeres donde 15 psicólogas, 14 religiosas, 13 médicas y 12 abogadas consideran verdadero que el aborto clandestino es la quinta causa de muerte materna en toda la República y solo 1 religiosas, 2 médicas y 3 abogadas opinan lo contrario.

Gráfica 14



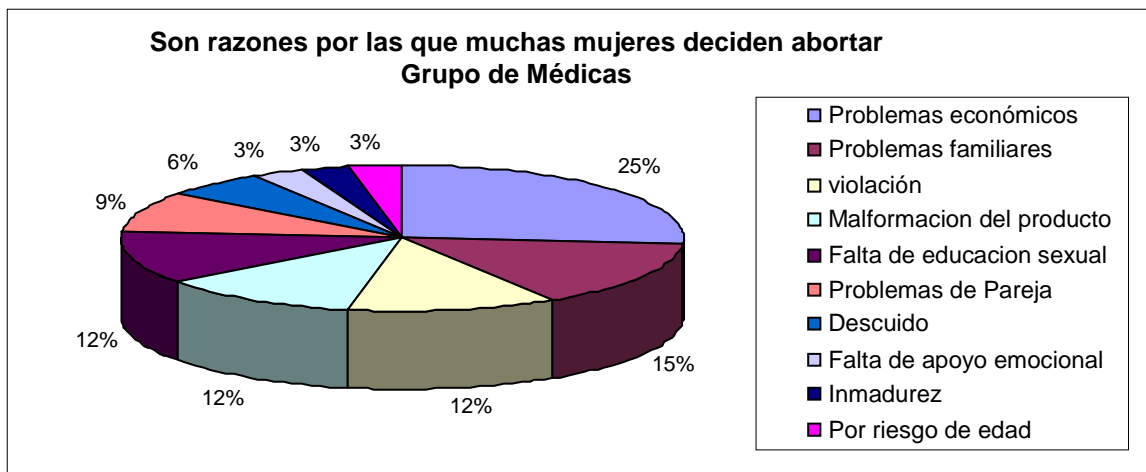
La gráfica 14. Muestra las razones por las cuales muchas mujeres deciden abortar en el grupo de las mujeres psicólogas fueron las siguientes: 44% problemas económicos, 16% violación, 12 %problemas familiares, 12% falta de comunicación, 8% problemas de pareja, 4% embarazo no deseado y 4% no saben que hacer.

Gráfica 15



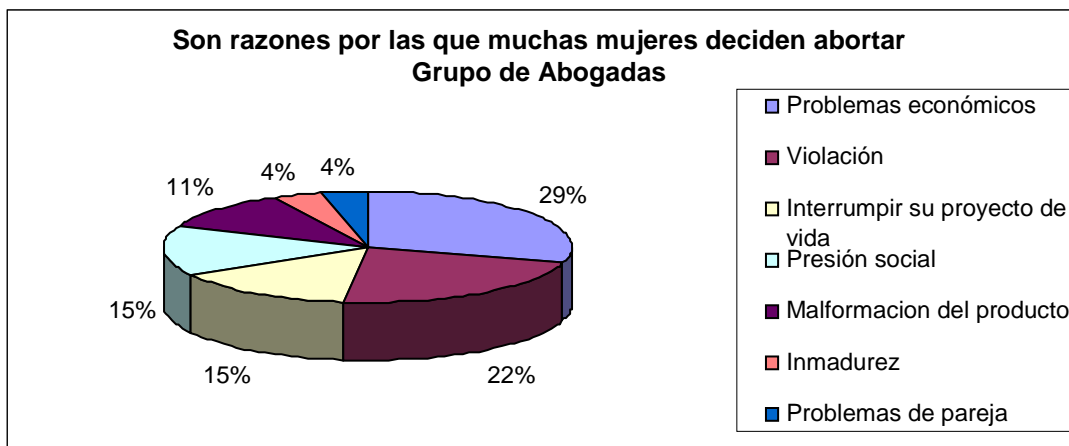
La gráfica 15. Muestra las razones por las cuales muchas mujeres deciden abortar en el grupo de las mujeres religiosas fueron las siguientes: 24% falta de educación sexual, 24% falta de valores, 16% desesperación, 16% irresponsabilidad, 8% problemas económicos, 8% presión social y 4% egoísmo

Gráfica 16



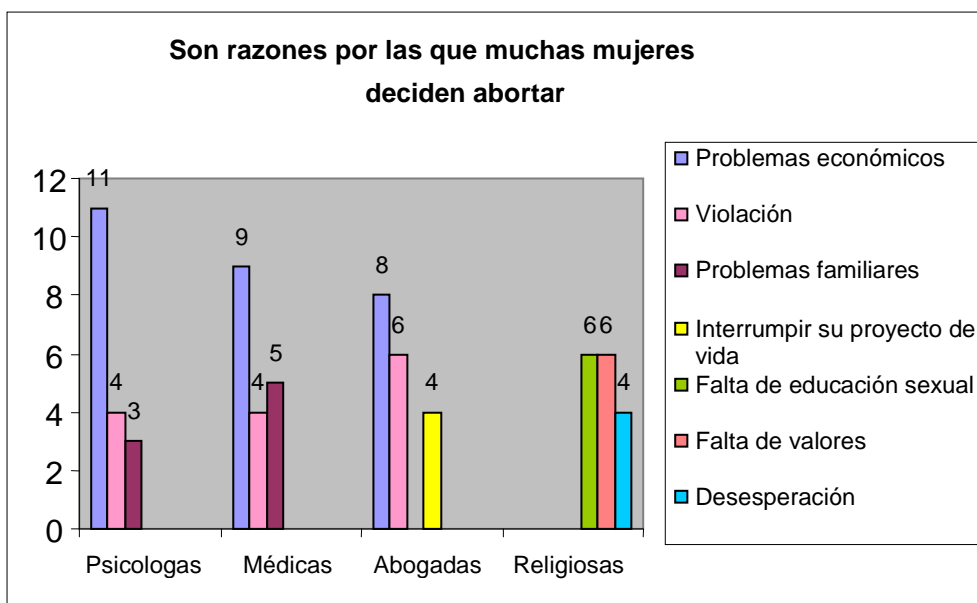
La gráfica 16. Muestra las razones por las cuales muchas mujeres deciden abortar en el grupo de las mujeres médicas fueron las siguientes: 25% problemas económicos, 15% problemas familiares, 12% violación, 12% malformación del producto, 12% falta de educación sexual, 9% problemas de pareja, 6% descuido, 3% falta de apoyo emocional, 3% inmadurez y 3% riesgo de edad.

Gráfica 17



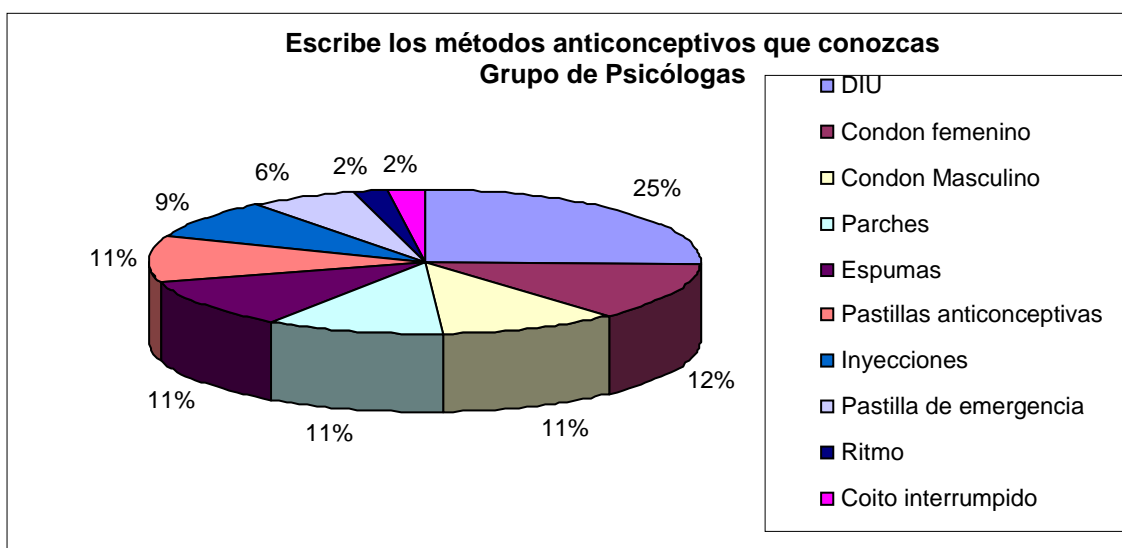
La gráfica 17. Muestra las razones por las cuales muchas mujeres deciden abortar en el grupo de las mujeres abogadas fueron las siguientes: 29% problemas económicos, 22% violación, 15 % interrumpir su proyecto de vida, 15% presión social, 11% malformación del producto, 4% inmadurez y 4% problemas de pareja.

Gráfica 18. Comparación de los grupos.



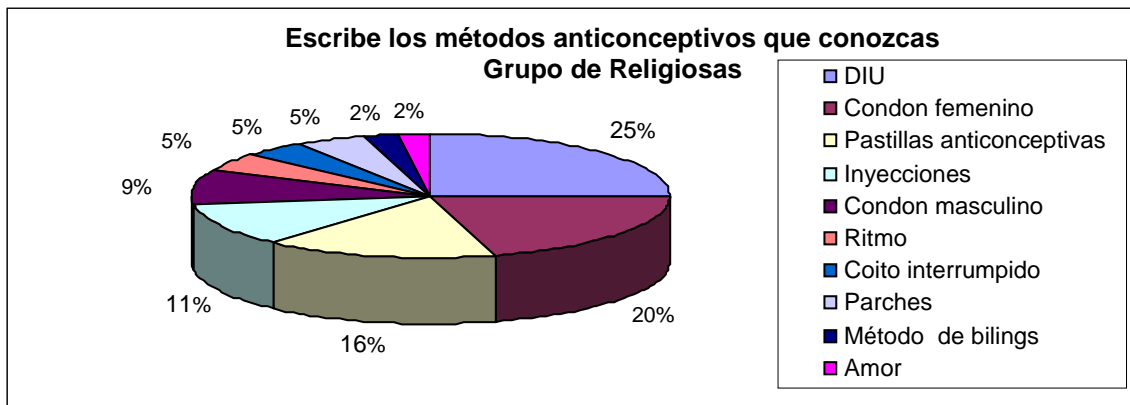
La gráfica 18, muestra una comparación de las tres razones por las cuales muchas mujeres deciden abortar con el puntaje mas alto las mujeres psicólogas y médicas consideran que los problemas familiares, económicos y violación. En el caso de las abogadas coinciden con lo anterior pero incluyen interrumpir su proyecto de vida como una razón mas, las diferencias encontradas en el grupo de las religiosas fueron falta de educación sexual, falta de valores y desesperación con mayor frecuencia.

Gráfica 19



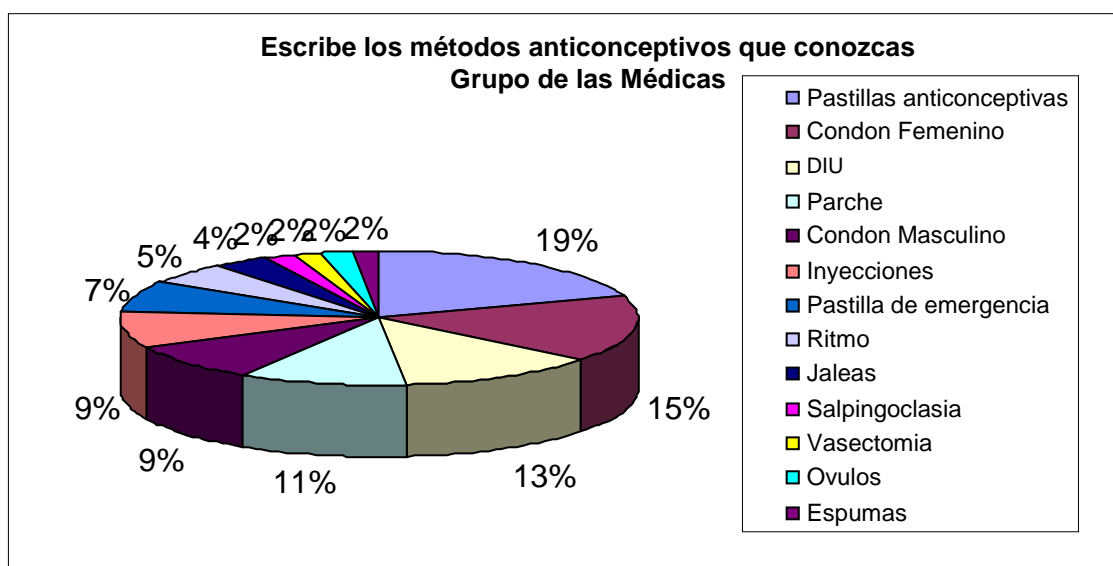
La gráfica 19. Describe los métodos anticonceptivos en el grupo de las Psicólogas los cuales son los siguientes: 25% DIU, 12% condón femenino, 11% condón masculino, 11% parches, 11% espumas, 11% pastillas anticonceptivas, 9% inyecciones, 6% pastilla de emergencia, 2% ritmo y 2% coito interrumpido.

Gráfica 20



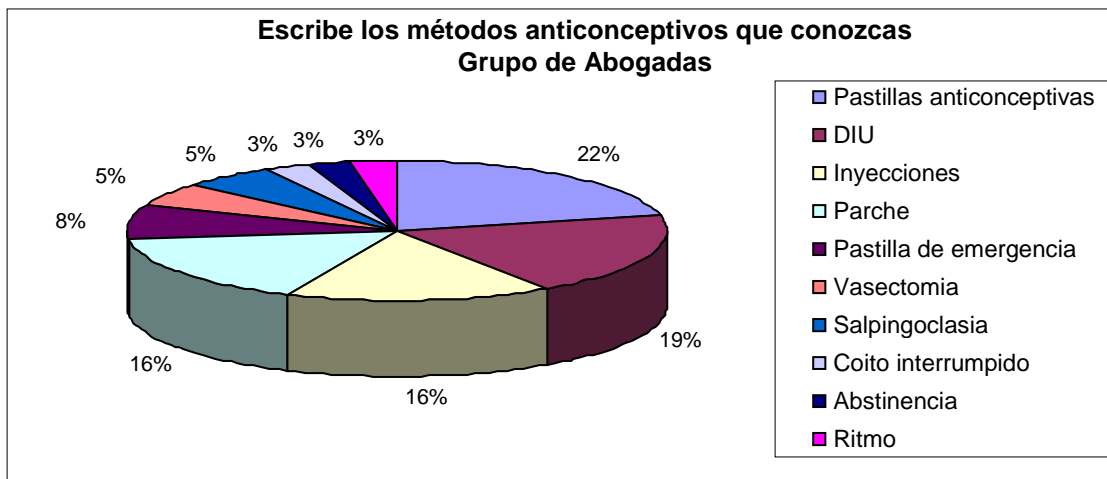
La gráfica 20. Describe los métodos anticonceptivos en el grupo de las Religiosas los cuales son los siguientes: 25% DIU, 20% condón femenino, 16% pastillas anticonceptivas, 11% inyecciones, 9% condón masculino, 5% ritmo, 5% coito interrumpido, 5% pastilla de, 5% parches, 2% método de bilings y 2% amor.

Gráfica 21



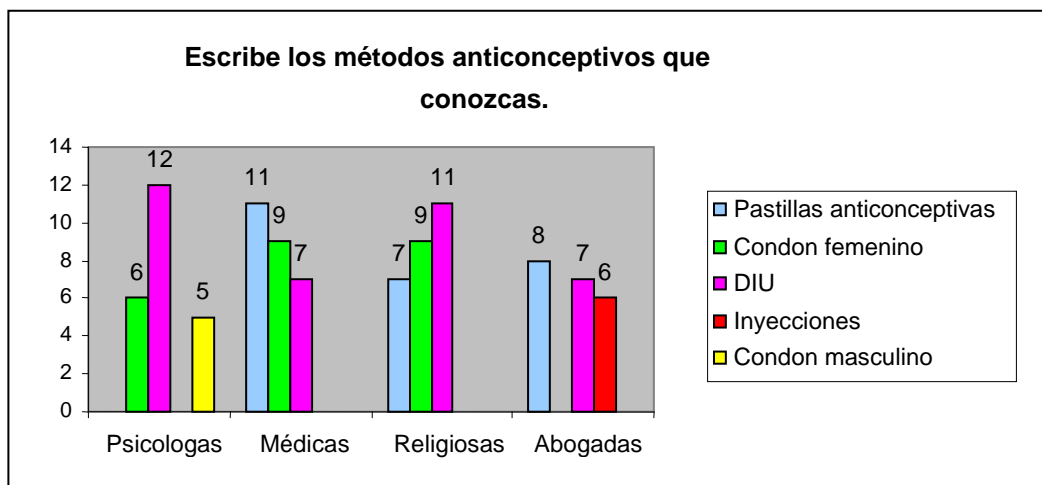
La gráfica 21. Describe los métodos anticonceptivos en el grupo de las Médicas los cuales son los siguientes: 19% pastillas anticonceptivas, 15% condón femenino, 13% DIU, 11% parche, 9% condón masculino, 9% inyecciones, 7% pastilla de emergencia, 5% ritmo, 4% jaleas, 2% salpingoclasia, 2% vasectomía, 2% óvulos y 2% espumas.

Gráfica 22



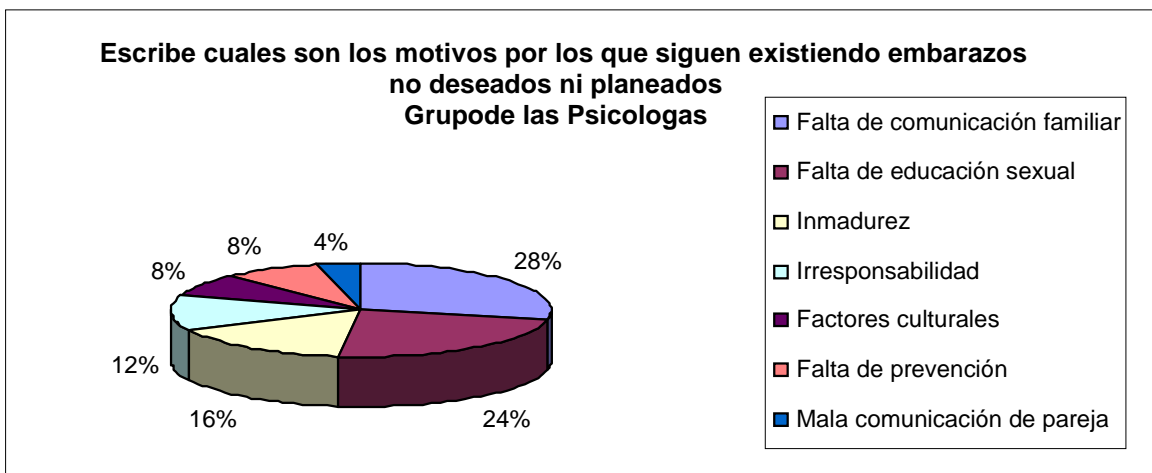
La gráfica 22. Describe los métodos anticonceptivos en el grupo de las Abogadas los cuales son los siguientes: 22% pastillas anticonceptivas, 19% DIU, 16% inyecciones, 16% parche, 8% pastilla de emergencia, 5% vasectomía, 5% salpingoclasia, 3% coito interrumpido, 3% abstinencia y 3% ritmo.

Gráfica 23. Comparación de los grupos



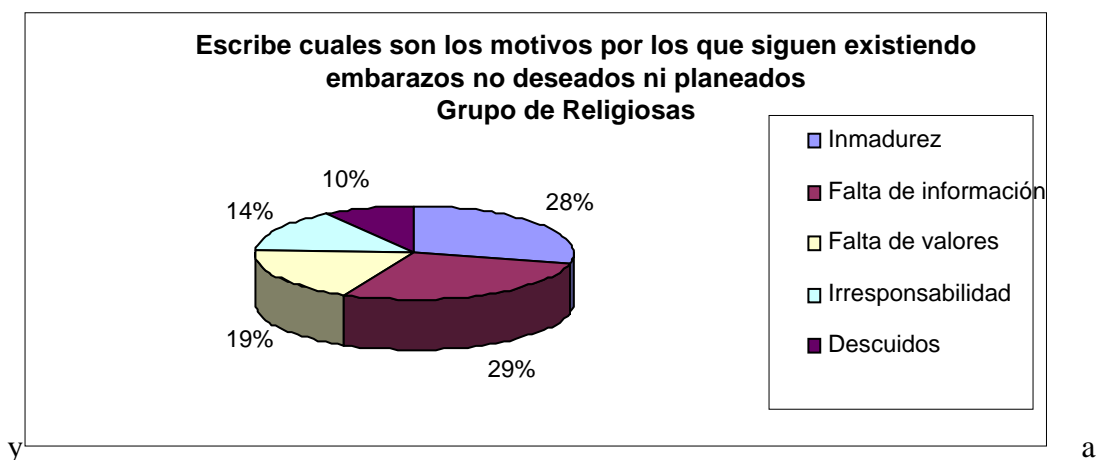
En la gráfica 23. Nos muestra que los métodos anticonceptivos que mas conocen las mujeres son; pastillas anticonceptivas, el condón femenino, el dispositivo intrauterino, las inyecciones y el condón masculino.

Gráfica 24



La gráfica 24. Muestra los motivos por los que siguen existiendo embarazos no deseados ni planeados en el grupo de las psicólogas los cuales son los siguientes: 28% falta de comunicación familiar, 24% falta de educación sexual, 16% inmadurez, 12% irresponsabilidad, 8% factores culturales, 8% falta de prevención y 4% mala comunicación familiar.

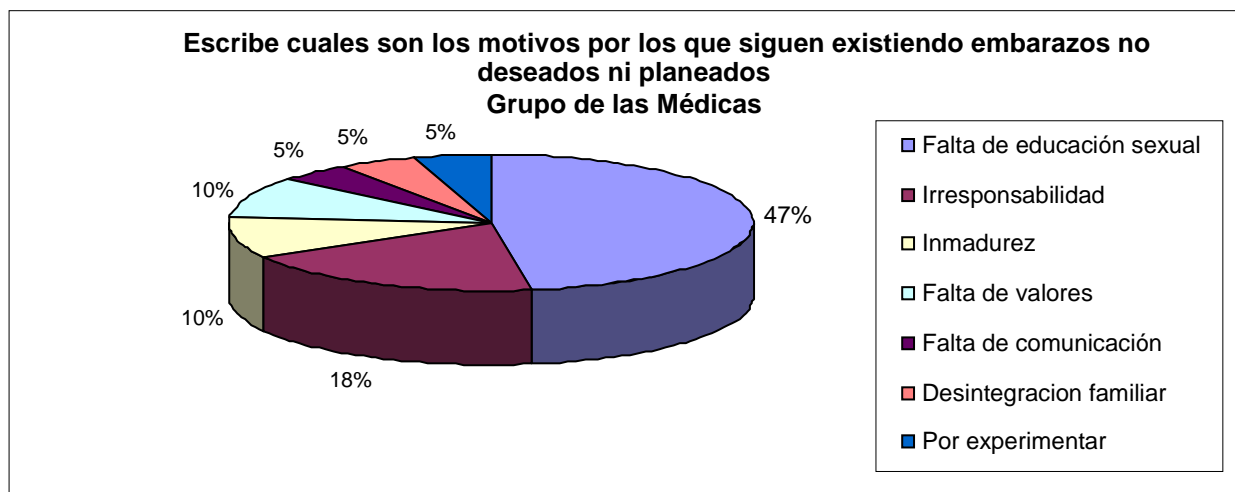
Gráfica 25





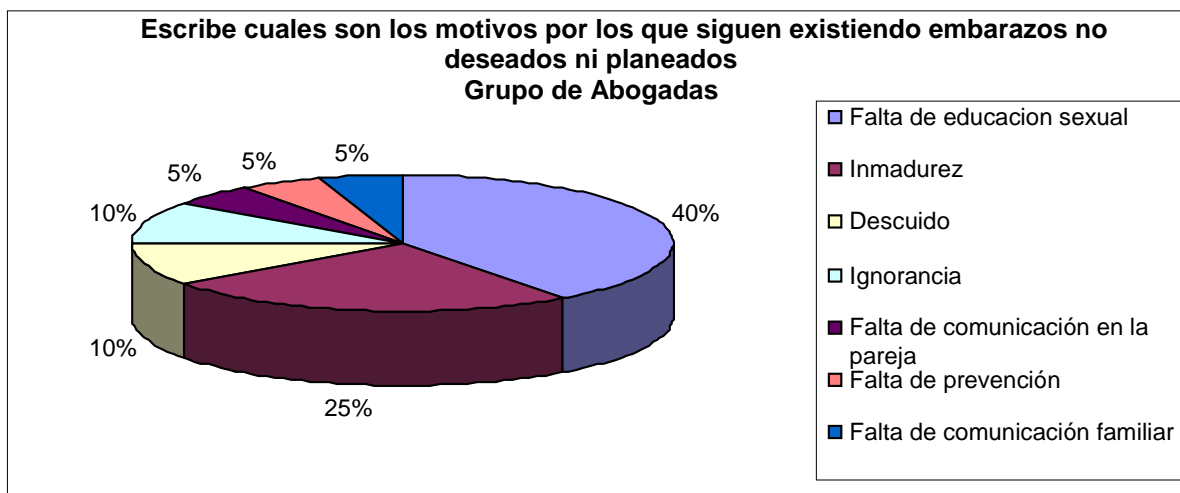
La gráfica 25. Muestra los motivos por los que siguen existiendo embarazos no deseados ni planeados en el grupo de las religiosas los cuales son los siguientes: 29% falta de información, 28% inmadurez, 19% falta de valores, 14% irresponsabilidad y 10% descuidos.

Gráfica 26



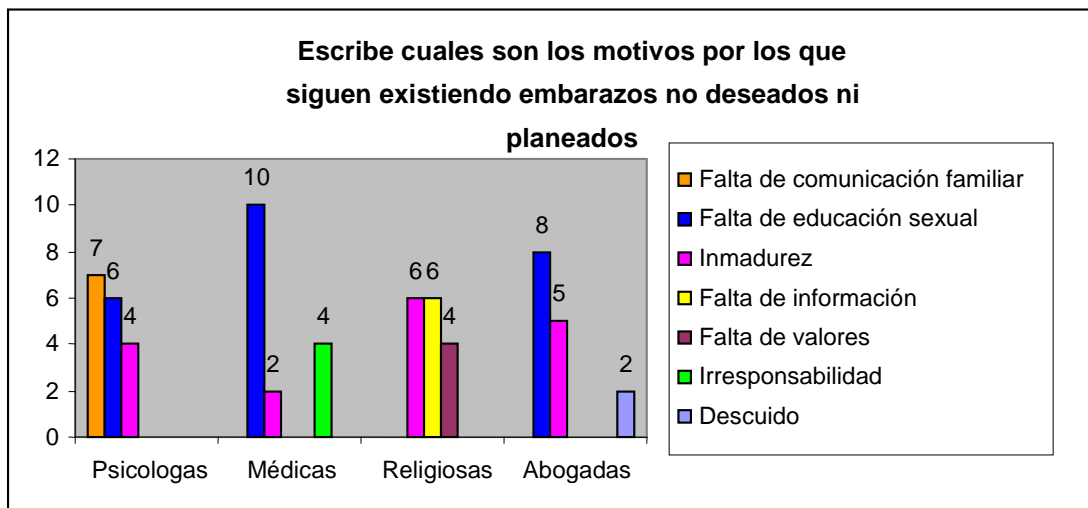
La gráfica 26. Muestra los motivos por los que siguen existiendo embarazos no deseados ni planeados en el grupo de las médicas los cuales son los siguientes: 47% falta de educación sexual, 18% irresponsabilidad, 10% inmadurez, 10% falta de valores, 5% falta de comunicación, 5% desintegración familiar y 5% por experimentar.

Gráfica 27.



La gráfica 27. Muestra los motivos por los que siguen existiendo embarazos no deseados ni planeados en el grupo de las abogadas los cuales son los siguientes: 40% falta de educación sexual, 25% inmadurez, 10% descuido, 10% ignorancia, 5% falta de comunicación en la pareja, 5% falta de prevención y 5% falta de comunicación familiar.

Gráfica 28. Comparación de los grupos



La gráfica 28. refleja cuales son los motivos por los que siguen existiendo embarazos no deseados ni planeados según las mujeres psicólogas falta de comunicación familiar, falta de educación sexual e inmadurez para las médicas falta de educación sexual, irresponsabilidad e inmadurez. Las religiosas opinan que son falta de información, inmadurez y falta de valores y por ultimo son las abogadas que dicen falta de educación sexual, inmadurez y descuido.

En este capítulo se realizó una comparación desde un punto de vista gráfico y estadístico entre el nivel de información, percepción y creencias que tienen las mujeres psicólogas, médicas, religiosas y abogadas en cuanto al tema del aborto y su diversidad de opiniones.

### 3.2 Análisis de resultados

El aborto es una diversidad de opiniones en el que no todo está dicho en esta investigación solo se analizaron algunos aspectos que resaltaban dentro del tema de investigación como información, percepción y creencias que tienen las mujeres de la muestra en relación al tema antes mencionado.

Cabe señalar que en esta investigación se analizó la información de los cuatro grupos de mujeres psicólogas, religiosas, abogadas y médicas además de identificar y comparar la información que tienen los tres grupos lo cual corresponde al objetivo planteado.

Por otro lado los datos que se arrojaron a través del paquete estadístico SPSS, el cual nos indicó las diferencias que existen entre la percepción y creencias que tienen las Abogadas, Psicólogas, Médicas y Religiosas con respecto al aborto.

Así mismo en el caso de la información que tienen las mujeres varía en cada grupo de forma diferente con lo cual se aceptan nuestras Hipótesis Alternas.

Iniciaremos este análisis con la revisión del artículo 4 constitucional en el cual se hace referencia al derecho que tiene toda persona a decidir de manera libre y responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, es importante señalar que es en este artículo constitucional, en el que se sustenta la reforma que despenaliza el aborto en el Distrito Federal; dicho sea de paso los cuatro grupos de mujeres coinciden en este punto, y esto nos habla de un conocimiento que ellas tienen acerca del tema.

Según la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, el aborto es un problema de salud pública. **(Torres, 1980)** al ser la tercera causa de muerte en la ciudad y la quinta en el país. Esto nos indica que existen diversos factores involucrados tales como problemas sociales económicos y políticos a lo que concluyen los cuatro grupos de mujeres.

**Mendoza (2001)**, hace hincapié en que la falta de educación sexual incrementa el índice de abortos así como los embarazos no deseados ni planeados con lo cual las mujeres están de acuerdo

En 1994 se establecieron los Derechos Sexuales y Reproductivos, basados en la libertad, dignidad e igualdad que se vinculan con el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción humana, con lo cual coinciden las mujeres abogadas, médicas y psicólogas no es así en el caso de las religiosas quienes opinan estar en desacuerdo con lo dicho anteriormente.

El aborto dentro del marco legal es siempre considerado un delito, existen causales dentro de las cuales no se penaliza a las mujeres, dichas causales varían en cada estado de la Republica Mexicana (**Ver Pág. 77**). Es en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal donde se aprobó la reforma que despenaliza el aborto únicamente hasta la semana 12 de gestación, donde se incluyen mecanismos para la impartición de servicios de salud adecuados y mejora los mismos para la protección y derecho a una maternidad libre, informada y responsable. A lo que las mujeres psicólogas, médicas y religiosas coinciden y son las religiosas quienes opinan todo lo contrario.

Para mirar al aborto como un asesinato tendría que contextualizarse desde diferentes enfoques, como es desde el marco religioso-católico donde consideran que el aborto realizado en cualquier momento de su fecundación es un asesinato y mientras que para otros puede considerarse asesinato cuando es ya un ser independiente; esto se ve reflejado en los resultados obtenidos ya que se puede observar que son las mujeres religiosas y medicas quienes dicen que el aborto es un asesinato, y son las psicólogas y abogadas quienes opinan de manera distinta.

En la grafica 7. Observamos a las religiosas quienes dicen que una mujer que aborta debe ser castigada por las leyes; en cuanto a las médicas, abogadas y psicólogas se dispersa este criterio, es innegable que existen diversas opiniones sobre este punto lo cual no solo es entre mujeres, sino también entre los estados por ejemplo: en Campeche, Guanajuato y Aguascalientes el aborto simplemente se castiga y no existen causales

bajo las cuales se permita la realización de éste, incluso cuando se encuentre en peligro la vida de la mujer embarazada o el embarazo sea producto de una violación, etc.

**24 de abril de 2007:** En un hecho histórico, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprueba la ley que despenaliza el aborto hasta la semana 12 de gestación. Esta ley incluye mecanismos para la impartición de servicios de salud adecuados y mejora los mecanismos para la protección a una maternidad libre, informada y responsable.

Como podemos apreciar, las opiniones y posturas que se tienen al considerar que el aborto es un pecado, el marco religioso-católico consideraba al aborto en etapas tempranas permisible y que era pecado solo si se pretendía ocultar la fornicación y el placer lo cual se ve reflejado por las mujeres religiosas quienes comparten esta idea, por otra parte son las mujeres psicólogas, abogadas y médicas quienes tienen un punto de vista diferente.

De acuerdo a los resultados obtenidos son las psicólogas y las abogadas las que no consideran la pastilla de emergencia un método abortivo ya que se utilizan, para prevenir el embarazo hasta 72 horas (tres días) después de la relación sexual de riesgo. No es un método abortivo, pues no tiene la capacidad de interrumpir un embarazo. La píldora sólo actúa cuando el óvulo aún no ha sido fecundado. Por otra parte son las mujeres religiosas y medicas las que opinan todo lo contrario.

En la grafica 10. Encontramos que el grupo de las psicólogas, abogadas y religiosas y finalmente las médicas son proclives a tomar en cuenta las opinión de los hombres en cuanto al tema del aborto.

En la grafica 11. La percepción que tienen las mujeres psicólogas religiosas sobre la idea de que son las mujeres adolescentes y jóvenes quienes más practican un aborto es igual, seguidas por las médicas las abogadas, sin embargo se ha observado que no solo ellas lo hacen, también es común verlo en grupos de mujeres mayores que no quieren tener un hijo

Es importante mencionar que dentro de los efectos secundarios de la píldora abortiva encontramos los siguientes: dolor de cabeza, náuseas, mareos, contracciones uterinas y abundantes sangrados a lo que hacen referencia el grupo de las mujeres psicólogas y religiosas seguidas por las médicas y abogadas.

En la gráfica 13. Se muestra como en el grupo de las mujeres psicólogas, religiosas, médicas y abogadas ambas coinciden que el aborto clandestino es la quinta causa de muerte materna en toda la República lo cual se corrobora con las estadísticas véase página 48

Dentro de las principales razones por las cuales muchas mujeres deciden abortar las psicólogas y las medicas refieren problemas económicos, violación y problemas familiares. Las mujeres religiosas hacen hincapié en las razones siguientes: falta de educación sexual, falta de valores y desesperación, por ultimo encontramos que son la abogadas quienes dicen que son problemas económicos violación e interrumpir su proyecto de vida.

Cabe mencionar son que las mujeres psicólogas y religiosas especifican el conocimiento de los métodos anticonceptivos más utilizados son los siguientes: el dispositivo intrauterino DIU, condón femenino y condón masculino para las mujeres médicas señalan pastillas anticonceptivas, condón femenino y el dispositivo intrauterino DIU. Y el restante grupo de mujeres abogadas hacen hincapié en las pastillas anticonceptivas, el dispositivo intrauterino DIU e inyecciones.

Los tres principales motivos que expresaron las mujeres psicólogas, médicas y abogadas por lo que siguen existiendo embarazos no deseados ni planeados son los siguientes: falta de comunicación familiar, falta de educación sexual, descuido, inmadurez e irresponsabilidad, el grupo de las mujeres religiosas indico falta de información, falta de valores e inmadurez. Por otra parte son las médicas

## CAPITULO IV. CONCLUSIONES

El ejercicio de la sexualidad de las mujeres solo podrá entenderse en la medida que decidamos explorar lo que para cada una de ellas significa en su experiencia de vida.

Las experiencias que tenemos durante nuestro crecimiento influyen sobre nuestra percepción, información y creencias hacia la sexualidad y hacia nuestro propio cuerpo.

Esto se ve reforzado en las vivencias posteriores, dicho de otra forma el tipo de escuela, la educación que recibamos, el nivel de estudios, el nivel socioeconómico, el grado escolar, la edad en pocas palabras todos estos factores modifican la visión que se tiene en general sobre diferentes tópicos y en el caso que compete a esta investigación en cuanto al aborto.

Y es dentro de este contexto que al analizar los diversos puntos de vista de las mujeres psicólogas, médicas, religiosas y abogadas podemos observar, las diferencias y similitudes entre los grupos de mujeres revisadas en esta investigación.

Es importante resaltar que la mujeres medicas y las psicólogas al ser profesionales del área de la salud, su mirada es muy similar en las respuestas ya que es bajo un enfoque biomédico lo cual esta enfocado a la experiencia de cada una de ellas dentro de su profesión y están en mayor contacto con la población y con mayor posibilidad de informarse sobre el tema y su impacto.

Por otra parte son las mujeres religiosas quienes se alejan más de la visión de las mujeres psicólogas y las médicas establecen una idea basada en creencias y valores religiosos con una carga más de tipo moral acorde a su formación espiritual.

En el caso de las mujeres abogadas su opinión esta mas apoyada en normas y reglas que imperan en la comunidad, haciendo referencia a que este grupo difícilmente integran otros factores que no sean los legales a efecto de decidir sobre el aborto.

Tendría que quedar claro, que la reflexión acerca de diferentes situaciones en las personas, es de vital importancia, para la psicología ya que los seres humanos entendemos el mundo a través de lo que percibimos, conocemos, creemos, pensamos, lo cual sin lugar a duda tendrá una repercusión en nuestro comportamiento, actitudes, emociones, implicando en ello las diferentes Decisiones, etc.

En el caso de la información que se da a las personas sería importante que esta siempre esté dentro de un marco laico y científico y sustentada en los derechos humanos que sea simplificada de tal forma que toda persona que requiera de la información sobre sexualidad pueda conocerla, entenderla y aplicarla en su vida cotidiana cuando la necesite; en el caso de la aplicación será importante que las personas no solo sepan que existen sino que además tengan las herramientas necesarias para acceder a ellas

Que el individuo no ha tenido un desarrollo integral en forma biosicosocial, nuestras mujeres requieren tener definido su proyecto de vida, sus valores y creencias deben ser fortalecidas y respetadas por sí mismas.

Debe establecerse una retroalimentación o reingeniería emocional, cognitivo, conductual y social para tener mayor conocimiento, crecimiento y madurez sin perder de vista el apoyo que se genere en la familia por medio de la comunicación en forma recíproca y biunívoca.

Otra parte importante sería no perder la utilización del aborto por las siguientes cuestiones (malformación del producto, violación, peligro de salud o de muerte).



## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Podemos sugerir que se amplíe a un mayor número de mujeres para así poder comparar las ideas, creencias e información que tienen y poder hacer mejores diseños de prevención que incluya la suficiente información, tanto en calidad como en calidez para que ellas tengan acceso.

Será importante hacer un análisis mas profundo sobre las creencias, que tienen las mujeres y que no les permite tomar decisiones más adecuadas y menos riesgosas como el aborto.

Existen otras técnicas que podrían enriquecer con mayor información este trabajo tales como la entrevista profunda, historias de vida, etc.

Seria interesante incluir en esta investigación el punto de vista de mujeres que se han practicado previamente un aborto y los motivos por los cuales tomaron esa decisión.

Conocer el punto de vista de mujeres no profesionistas en relación al tema que se presenta en esta investigación.

Saber la opinión que tienen mujeres con hijos en relación al aborto.

Todas estas poblaciones y mas nos pondrían dar una visión mas general del tema.

# **A N E X O S**

## ANEXOS

### Anexo 1 CUESTIONARIO

El siguiente cuestionario tiene como finalidad obtener datos sobre el tema del aborto para ser utilizados dentro de la tesis "El aborto: percepción, creencias e información de mujeres profesionistas posterior a su despenalización".

A continuación se presentan una serie de datos importantes que le solicitamos llenar.

Edo. Civil: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Numero de Hijos: _____
Religión: _____
Preferencia Sexual: _____
Fecha: _____

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y subraye la respuesta que considere adecuada, recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas.

1.-El aborto es una de las causas de muerte materna en México y muestra un exceso de riesgo predominante.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
2.-La mortalidad materna sigue siendo uno de los grandes problemas de salud en muchos países del mundo y un indicador de desigualdad social.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
3.- El aborto es una forma de muerte materna y es el resultado de un conjunto de problemas sociales económicos y políticos.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
4.-Consideras el aborto un delito.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5.-Con respecto al artículo 4 constitucional que dice: "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y esparcimiento de sus hijos", tu estas:			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
6.- Consideras que el aborto es un asesinato.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

7.- Consideras que una mujer que aborta debe ser castigada por las leyes.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
8.- Con respecto al artículo 144 del Código Penal del Distrito federal que dice: "Aborto es la interrupción del embarazo después de la segunda semana de gestación", tu estas:			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
9.-En relación con la despenalización del aborto en el Distrito Federal garantiza que las solicitudes de (ILE) interrupción legal del embarazo sean atendidas en los centros de salud del GDF de forma gratuita, tu estas:			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
10.- Consideras que el aborto es un pecado.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11.- Consideras que la práctica del aborto debería ser una causa de excomunión.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12.- Consideras el aborto un problema de salud pública.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
13.- El aborto debe basarse en la decisión libre, informada y responsable de las mujeres.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
14.- El aborto es un tema exclusivo de las mujeres.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
15. – El índice de aborto aumenta cuando existe falta de educación sexual.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
16.- La pastilla de emergencia es un método abortivo.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
17.- El aborto es un derecho a la libertad reproductiva de las mujeres.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
18.-Las mujeres pueden decidir libremente la interrupción de un embarazo en los casos permitidos por la ley.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
19.-Consideras la maternidad como un deber.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
20.-Los hombres tienen derecho a opinar en relación al aborto.			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

**INSTRUCCIONES:** En el siguiente apartado hay una serie de reactivos en los cuales deberás marcar con una X la letra “V” si consideras que la frase es verdadera o la letra “F” si consideras que la frase es falsa.

- F** **V** Las mujeres que mas practican el aborto son las adolescentes y jóvenes
- F** **V** Se llama fecundación a la unión del óvulo con el espermatozoide.
- F** **V** Dolor de cabeza, nauseas, mareos, sangrados y contracciones uterinas son efectos secundarios de la píldora abortiva.
- F** **V** Son pocas las mujeres solteras que utilizan un método anticonceptivo.
- F** **V** El aborto clandestino es la quinta causa de muerte materna en toda la República.

1. ¿Son razones por las que muchas mujeres deciden abortar?

---

---

---

---

---

2. ¿Escribe los métodos anticonceptivos que conozcas?

---

---

---

---

---

3. ¿Escribe cuáles son los motivos por los que siguen existiendo embarazos no deseados ni planeados?

---

---

---

---

---

## **Cronología del caso de Paulina**

En la presente cronología se asientan los hechos mas significativos en torno al caso Paulina a partir del nacimiento de su hijo: su vida; en el proceso penal contra su violador: la causa contra los funcionarios que le negaron el derecho a interrumpir el embarazo, proceso lleno de ineficiencias y dilaciones que han impedido hasta hoy la correcta integración de la indagatoria; las recomendaciones que sobre el caso emitieron las comisiones de derechos humanos en el ámbito local y federal, cuyo menosprecio y desatención por parte de las autoridades estatales obligo a recurrir a la (CIDH) dado que Paulina no ha recibido aun la justicia que merece.

Si el conjunto de información parece excesivo o abrumador, es porque se integro el caso en el contexto nacional en que ocurrieron los hechos. En el año 2000 hubo un intenso debate en torno al aborto legal entre las diversas fuerzas políticas del país; los congresos de los estados de México, Guanajuato, Morelos y el Distrito Federal hicieron modificaciones a sus códigos penales, en materia de aborto. En la intensa polémica que se genero en el ámbito nacional, muchos destacaron en el caso Paulina como un ejemplo de la responsable actitud de autoridades emanadas del Partido Acción Nacional ( PAN ), que ignoraban, e incluso, violentaban los derechos reproductivos de las mexicanas.

19 de agosto de 1999

Paulina y su madre, Maria Elena Jacinto Ruiz, acuden con la doctora Sandra Montoya porque Paulina se sentía mal y su periodo menstrual se había retrasado. La doctora les informa que Paulina esta embarazada y que tiene derecho a un aborto; así mismo. Les dice que esta dispuesta a hacerlo con la debida autorización legal. (GIRE, 2000).

3 de septiembre de 1999

La madre de Paulina solicito a la agencia del ministerio público especializada en delitos sexuales que autorice la interrupción del embarazo. La agente del ministerio público, Norma Alicia Velásquez Carmona, autoriza la realización del aborto y gira oficios al director del sector salud y al del hospital general de Mexicali para que le sea practicado el aborto a la menor. En el ministerio público le dicen a la familia que solo las autoridades de salud del estado pueden practicar el aborto. (GIRE, 2000)

10 de septiembre de 1999

La Agente del ministerio público Alicia Velásquez ordena averiguar si Paulina corre peligro de muerte como consecuencia del embarazo o de la realización del aborto, si el producto esta vivo y cual es el tiempo de gestación. (GIRE, 2000).

15 de septiembre de 1999

Los doctores Carlos Acuña Zamora y Francisco Acuña Campa, jefe del servicio medico legal y perito medico legista respectivamente, le envían un oficio a la

agente del ministerio publico que señala: “en cuanto a la practica de un aborto, este implica un cierto riesgo. (GIRE ,2000).

28 de septiembre de 1999

Mediante el oficio numero 1509 el Ministerio Publico solicita al director del hospital general de Mexicali, doctor Ismael Ávila Iñiguez, que de cumplimiento al acuerdo del 20 de septiembre donde se autoriza la interrupción del embarazo de Paulina. (GIRE, 2000).

1 de octubre de 1999

Paulina, acompañada por su madre y su hermano mayor, acude por primera vez al hospital de Mexicali a que se le practique el aborto con la orden del Ministerio Público. La adolescente es dada de alta luego de siete días de internamiento sin que le haya sido practicado el aborto y sin una explicación clara de por que no se realizo el procedimiento. (GIRE, 2000).

5 de octubre de 1999

La Agente del Ministerio Publico dirige un oficio al Director del Hospital General de Mexicali (con numero 1560. sin sellos de despachado o recibido)en el que le informa “que el día de hoy se debe de practicar la interrupción del embarazo que presenta la menor Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, ya que de no cumplirlo se le impondrá un arresto de 36 horas y una multa de 5 días de salario mínimo vigente en el estado por desacato a la autoridad “. (GIRE, 2000).

7 de octubre de 1999

El director del hospital pide por escrito a la Agente del Ministerio Público que turne el caso al doctor Carlos Alberto Astorga Othon, en su calidad de director de la (institución de gobierno encargada de la salud a nivel estatal). Porque considera que es la “autoridad sanitaria para estos efectos”. El director del hospital general recibe un nuevo oficio de la agente del ministerio público para que en un plazo de 48 horas se practique la interrupción del embarazo a Paulina. (GIRE, 2000).

8 de octubre de 1999

En un acuerdo, la agente del ministerio publico señala que la petición del director del hospital de turnar el caso al director “resulta improcedente (...) toda vez que el acuerdo por el cual se autoriza la inhibición o interrupción del embarazo es de cumplimiento obligatorio para el director del nosocomio”. El director del hospital notifica la situación al director Alberto Astorga Othon, director general de lsesulud. (GIRE, 2000).

12 de octubre de 1999

El director del hospital solicita a la agente del ministerio público que se presente la menor en el hospital general y gira a otros médicos para que practiquen el aborto. (GIRE, 2000).

13 de octubre de 1999

Paulina del Carmen vuelve a ingresar al hospital general, donde permanece tres días. Este mismo día, la agente del ministerio público dicta un acuerdo en el que impone un arresto de 36 horas al director del hospital general de Mexicali, doctor Ismael Iñiguez, por desacato a una orden judicial. (GIRE, 2000).

-----  
El doctor Ismael Ávila, director del hospital, fue detenido durante tres horas por desacato a la orden de interrumpir el embarazo de Paulina del Carmen. En ninguno de los documentos consultados queda claro que día se llevo a cabo la detención. (GIRE, 2000).  
-----

14 de octubre de 1999

Dos mujeres que dicen trabajar en el sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF) se presentan en la habitación del hospital donde esta internada Paulina y, en ausencia de su madre, intentan persuadirla de que no se practique el aborto. Estas mujeres manejan un discurso idéntico al de pro vida. Por la tarde, vuelven a la habitación de Paulina, ya con la madre presente, para insistir en el asunto. (GIRE, 2000).

(El hermano mayor de Paulina, Humberto Carrasco, acude al DIF a investigar quienes fueron a ver a Paulina. Ahí le informan que ninguna persona de esa institución acudió al hospital general. La procuraduría de los derechos humanos del estado también investigo en el DIF y se le informo que no había recibido ninguna solicitud para acudir al hospital a ver a la menor. Al ser interrogada sobre la intervención de pro vida en el caso de Paulina, el director de este grupo, Jorge Serrano Limón, no negó que su organización hubiera intervenido para convencer a la niña de que no se practicara el aborto.) (GIRE, 2000).

Cerca de las 20:30 horas, momentos antes de proceder a la interrupción del embarazo, el doctor Ismael Ávila Iñiguez, director del hospital general, se reúne con la madre de Paulina en una sala privada donde le asegura que, de practicarse el aborto la joven podría perder la vida o quedar estéril. La señora María Elena le responde: "Ojala no les pase esto a ustedes y si lo que querían era meterme miedo, ya lo lograron; yo no quiero que mi hija se muera. ¿Por qué no me habían explicado esto desde el principio y hasta ahora me lo dicen?"

A las nueve de la noche la agente del ministerio público levanta una constancia en la que se dice que, estando presente el director del hospital general de Mexicali, la asesora jurídica de Isesalud, lic. Virginia Quiñones, el hermano y la madre de la menor, y la menor misma, se quiso recabar la hoja de responsiva medica para practicar la interrupción del embarazo, pero al haberseles señalado que " que los riesgos que tiene la menor al ser intervenida



quirúrgicamente (...) sería quedar estéril y/o que se le presente una hemorragia masiva que pudiera llegar a perder la vida (sic), a lo que la madre y hermano solicitaron comentarlo con la ofendida (...) transcurridos 15 minutos (...) manifestaron que no era su deseo firmar la hoja (...) después de comentar los riesgos con la menor no es su deseo que se le practique la inhibición del embarazo (...) manifestando el director (...) se le daría de alta a Paulina en el momento que ellos así lo deseen”.

(En un documento de denuncia que la señora Maria de Jacinto Ruiz, madre de Paulina nunca llego a presentar ante el tribunal de lo contencioso administrativo del estado de B.C., afirma que: “(...) después de muchas cosas, el director del hospital general, Doctor Ávila Iñiguez, me convenció, justo en el momento que iban a practicar el aborto, de que me retractara de lo solicitado, pues hasta entonces me hicieron saber que supuestamente: “De practicarle el aborto a mi hija yo sería responsable si ella perdía la vida pues podía desangrarse a consecuencia de una hemorragia o bien podía quedar estéril” (GIRE, 2000)

En el mismo documento, la señora agrega: “puedo afirmar que arrancaron mi desistimiento de la práctica del aborto a mi hija valiéndose de haberme dado información manipulada o malversada, parcial y fatalista por lo que considero que violaron mi derecho a la información y el de mi hija, al igual que su libertad de elegir de manera LIBRE, RESPONSABLE E INFORMADA RESPECTO A SU DERECHO A REPRODUCIRSE, ello con todo el dolo de no permitir la practica del aborto sin considerar siquiera las consecuencias que mi hija y la criatura sufrieran de por vida”). (GIRE, 2000)

15 de octubre de 1999

Comparecen ante el Ministerio Público la señora Maria Elena Jacinto Ruiz y la menor Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, quienes manifiestan el deseo de que no se practique la interrupción del embarazo.

16 de octubre de 1999

El periódico *La voz de la Frontera* publica en primera plana un artículo de Javier Mejía que informa que en el Hospital General de Mexicali se negaron a practicar un aborto por violación. El diario indica que el doctor Ismael Ávila Iñiguez, director del hospital, fue detenido por desacato que justificaba con base a su derecho de objeción de conciencia, ya que sus principios le impedían atender el aborto legal. De acuerdo con la nota, el médico habría dicho que la orden de practicar el aborto era un “abuso de autoridad” y cuestiono el derecho de que el Ministerio Público ordene a los médicos la interrupción de un embarazo, por lo que sugirió que “para evitar enfrentamiento a futuro, se planteara en el Congreso que en el Ministerio Público se cuente con personal especializado para que sean ellos los que practiquen este tipo de procedimientos y así evitar confrontaciones estériles”

La nota contiene además los siguientes datos de interés:

Dice que se realizó una reunión de médicos para analizar el caso y que hubo desacuerdo general con la orden dictada por el Ministerio Público.

Señala que algunas personas del grupo Pro Vida se reunieron con la víctima en el segundo piso del hospital.

Indica que el director del hospital declaró que la interrupción del embarazo podría poner en riesgo la vida de la paciente o provocarle la esterilidad

Asegura que: “la presión de grupos como Pro Vida y la persuasión de los médicos pudieron más que la acción de la encargada de la Agencia Especializada de la Procuraduría General de Justicia del Estado, toda vez que lograron convencer a la mamá de Paulina para desistirse de la práctica del aborto”, y agrega: “Los familiares de la víctima se desistieron anoche de que se practicara la inhibición del embarazo, presentando una carta responsiva a la Procuraduría General de Justicia del Estado, una vez que los médicos del hospital general les expusieron los riesgos mencionados de llevar a cabo dicho procedimiento”.

Señala que la Vocera de la Procuraduría Estatal, Sofía Buerba, afirmó que en esa Procuraduría no se promueve “la cultura de la muerte”, y que el doctor Ávila Iñiguez fue solicitado para comparecer en relación con el asunto y su presencia culminó con el desistimiento por parte de la familia. (GIRE, 2000)

## SEGUNDA PARTE

### La denuncia

25 de octubre de 1999

Las ciudadanas Rebeca Maltos y Silvia Resendiz Flores denuncian ante la Procuraduría de Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California la violación de los derechos Humanos de Paulina.

En su denuncia cuestionan el hecho de que el grupo Pro Vida viola el derecho a la confidencialidad de la menor y el respeto a su decisión. La denuncia es admitida por la Procuraduría el 16 de noviembre de este año. (GIRE, 2000)

14 de noviembre de 1999

El periódico La voz de la Frontera Informativa que el Grupo Alaide Foppa interpuso una queja sobre el caso de Paulina ante la Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Baja California. (GIRE, 2000)

16 de noviembre de 1999

La Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California admite la queja presentada por Rebeca Maltos y Silvia Resendiz Flores. La denuncia fue registrada con el número PDH/MXLI/1219/99/2 y calificada bajo el concepto de “Violación del Derecho de los Menores a que se Proteja su Integridad, Tortura, Insuficiente Protección a Personas, Ejercicio Indebido de la Función Pública, Violación al Derecho a la privacidad y Revelación Ilegal de Información”. (GIRE, 2000)

19 de noviembre de 1999

La Procuraduría de los Derechos Humanos solicita al doctor Ismael Ávila Iñiguez un informe justificado respecto de la presunta violación de los derechos humanos registrada en la queja presentada por Rebeca Maltos y Silvia Resendiz Flores. (GIRE, 2000)

24 de noviembre de 1999

La Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana recibe el informe justificado del director del hospital General de Mexicali, donde este afirma que:

Nunca se negó a practicar el aborto y que giro ordenes para que otros médicos lo hicieran por que él, debido a su especialidad no esta capacitado para hacerlo.

“Efectivamente cuando clínicamente se estaba preparando a la menor, tanto su señora madre que en todo momento estuvo presente y la menor se retractaron de que se practicara la inhibición o interrupción del embarazo sin que para ello existiera presión alguna del personal medico, paramédico, enfermería o Administrativo del hospital General o cualquier persona ajena a dicha institución, desconociendo si algún paciente del mismo hospital platicara o no con la menor y su madre ya que dichas personas no estaban bajo dicha vigilancia para impedirles contacto con otro paciente o familiar presente”.El director del hospital agrega que la decisión de retractarse la tomaron los pariente de Paulina “bajo su mas estricta responsabilidad y no por que el suscrito haya enviado a personas o grupos defensores de la vida a cambiar la opinión de la paciente”. En todo caso se pregunta:” ¿Cómo se entero la

prensa?”La menor nunca fue objeto de maltrato por parte del personal del hospital. (Gire, 2000)

Cabe señalar que en este reporte no menciona la primera ocasión (del 1 al 7 de octubre). En que Paulina estuvo en el hospital a su cargo para solicitar el aborto sin obtenerlo.

2 de diciembre de 1999

Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, Maria Elena Jacinto Ruiz y Humberto Carrasco, declaran ante La Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de California. La declaración de Paulina confirma la presencia, durante el primer internamiento en el hospital, de dos mujeres que dijeron ser del DIF y se presentaron supuestamente para ayudarla pero intentaron persuadirla de que no abortara. Le dijeron que al ser cristiana, el aborto era motivo de excomunión para ella y su familia. En esta declaración Paulina dijo que luego de que los médicos le explicaron a su madre de los riesgos del aborto, ella también opto por desistir. La declaración de la señora María Elena Jacinto Ruiz, Madre de Paulina, indica que el Procurador de Justicia del Estado, licenciado Juan Manuel Salazar Pimentel, le dijo que Paulina debía tener al niño, que había personas que lo podían adoptar e insistió en que se desistiera de la practica del aborto; incluso la llevo personalmente con su sacerdote, quien también la trato de convencer de que se desistiera de realizar el aborto. Este hecho fue confirmado por la declaración de Luisa Sofía Buerba, vocera de la Procuraduría de Justicia del Estado, quien dijo que el procurador “trato de convencer a la menor y a la familia para que no interrumpiera su embarazo”. La declaración de la madre confirma además la

presencia en el hospital de las mujeres que dijeron ser del DIF y de que intentaron persuadirlas de que no se realizara el aborto.

En su declaración Humberto Carrasco. Hermano de la menor, dice que los médicos del Hospital General, Conrado Calderón y otro de apellido Garza, se mostraron en principio dispuestos a practicar el aborto y luego se desistieron. Señala que el Doctor Garza incluso le sugirió ir a Estados Unidos a practicárselo diciendo que ahí cobraban 300 dólares. Carrasco asegura haberla reclamado al director del hospital que no les hubiera advertido de los riesgos desde el inicio y les hubiera hecho pagar medicinas y otros gastos durante la hospitalización. El director respondió que había personas que podían quedarse con el niño al nacer y que ellas pagarían los gastos. (GIRE, 2000).

3 de marzo del 2000

La procuraduría de los derechos humanos y protección

Del estado de Baja California, a cargo del procurador Antonio García Sánchez, emite la recomendación 2/2000 sobre el caso de la menor Paulina del Carmen Ramírez Jacinto.

El documento contiene las cinco recomendaciones siguientes:

1. Que se “indemnice por concepto de daño moral a las víctimas Paulina del Carmen Ramírez Jacinto y a su Madre la C. Maria Elena Jacinto Ruiz por haberseles inhibido el ejercicio de su derecho de interrumpir el embarazo de la menor, resultado de las acciones y omisiones en que incurrieron los funcionarios públicos mencionados en el presente documento”.
2. Que “por medio de la figura jurídica del fideicomiso, sea garantizado el derecho a la atención de la salud, educación, vestido, vivienda, y en general todos los cuidados de la menor Paulina del Carmen Ramírez Jacinto y del niño o niña que esta en vísperas de nacer, hasta el momento en que se encuentren en condiciones de sostenerse por si mismos”.
3. Que “se inicie el procedimiento administrativo y/o penal en que hayan incurrido el lic. Juan Manuel Salazar Pimentel, procurador general de la justicia del estado; Dr. Carlos Astorga Othon, Lic. Juan Manuel García Montaña, Subprocurador de Zona; Lic. Norma Alicia Velásquez Carmona, Agente del Ministerio Público Especializada en Delitos Sexuales y Violencia Intrafamiliar, por las acciones y omisiones en que ocurrieron en el caso de la menor Paulina del Carmen Ramírez Jacinto”.
4. Que se “le liquide por concepto de daños y perjuicios a la menor Paulina del Carmen Ramírez Jacinto y sus Familiares, todos los gastos que sufragaron, en los diversos estudios y análisis que les ordeno el personal medico del Hospital General de Mexicali, con motivo de la interrupción medica del embarazo que por disposición del Ministerio Público se le iba a practicar legalmente.
5. Que “se organice en el Sistema Estatal de Salud, curso de capacitación de Ética Medica, Derecho Sanitario y Derechos Humanos, dirigidos especialmente a los trabajadores de la salud en los diversos centros hospitalarios del sistema; así como al personal de la Institución del Ministerio Público”.(GIRE, 2000)

6 de marzo del 2000

Se envía al Gobernador del Estado de Baja California a la recomendación de la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California respecto del caso de Paulina del Carmen Ramírez Jacinto. (GIRE, 2000)

13 de marzo del 2000

Se da a conocer la respuesta del Gobierno de Baja California a la recomendación de la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California respecto del caso de Paulina del Carmen Ramírez Jacinto. (El oficio tiene el número: DIG/060/2000).

El documento afirma que aunque los médicos del hospital “informaron a los familiares y ofendidos de los riesgos naturales que conlleva la practica del aborto, hecho al que esta obligado todo medico por ética profesional; también es cierto que en el momento en que se designo al personal calificado para la realización del aborto no punible(...) tanto la madre como la menor embarazada manifestaron su deseo de no firmar la responsiva medica ya que después de comentar los riesgos, estas manifestaron su negativa a que se le practique la inhibición del embarazo”.

El documento insiste en que “tanto la Procuraduría General de Justicia del Estado como Isesalud no incurrieron en ninguna acción u omisión en perjuicio de la menor debido a que si no se efectuó la interrupción del embarazo fue como consecuencia de la voluntad de las afectadas, por lo que no existe la obligación de reparación del daño por parte del Gobierno del Estado” (GIRE, 2000).

22 de marzo del 2000

Se realiza una nueva conferencia de prensa en el Distrito Federal organizada por GIRE y el grupo Alaide Foppa para dar a conocer el caso de Paulina a los medios de comunicación que tienen cobertura nacional. (GIRE, 2000)

28 de marzo del 2000

Debido a que la Recomendación de la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California respecto al caso de Paulina no fue aceptada por el gobierno del Estado representantes del Grupo Alaide Foppa y de GIRE llevan el caso a la comisión Nacional de los Derechos Humanos que lo recibe para estudiarlo. Las integrantes de los grupos mencionados quedan en espera de la comisión Nacional de una respuesta al caso. (GIRE, 2000)

29 de marzo del 2000

El gobierno de Baja California presenta un nuevo documento con los “argumentos lógicos jurídicos” que lo llevan a rechazar totalmente la recomendación de la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California respecto al caso de Paulina del Carmen Ramírez Jacinto.

Argumenta que la reparación del daño moral debe ser fijada por un tribunal penal, y que en el caso de Paulina el daño debe ser reparado por el violador, como "sujeto del delito". De esta forma sin afirmarlo de manera explícita, el gobierno del estado desconoce la responsabilidad que las autoridades del hospital pudieran detener el caso.

Respeto del fideicomiso solicitado por la Procuraduría de Derechos Humanos investigar al Personal de Ilesalud por que, aduce, ya hay una averiguación previa (con el numero 488/99-104) por el delito de abuso de autoridad. El Gobierno Estatal añade que la licenciada Alicia Velásquez Carmona, Agente del Ministerio Publico, actuó con apego a la ley al autorizar la interrupción del embarazo.

Respecto a la recomendación de liquidar a la menor por los daños y prejuicios ocasionados, se dice que el monto de la liquidación debe ser determinado por el Juez de lo Penal según lo indica el artículo 43 del código Penal del Estado de Baja California.

Por ultimo, el gobierno del estado considera improcedente la recomendación de impartir cursos de ética médica, derecho sanitario y derechos humanos por que afirma que dichos cursos ya se imparten la carrera de medicina. (GIRE, 2000)

6 y 7 de abril del 2000

Se publica en los diarios la Jornada, El universal y Reforma un desplegado para apoyar la recomendación de la Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Baja California rechazada por el gobernador de esa entidad. El desplegado esta firmado por 32 intelectuales entre los que se encuentran Carlos Fuentes, Elena Poniatowska, Carlos Monsivais, Ángeles, Mastretta y Rolando Cordera. (GIRE, 2000)

10 de abril del 2000

Bajo el titulo "Rape of Mexican Teenager Stirs Abortion Outcry" ("La violación de una adolescente Mexicana re vive la discusión sobre el aborto") se publica en el Periódico the New York times un artículo firmado por Julia Preston que habla del caso de Paulina. (GIRE. 2000)

13 de abril del 2000

Por medio de cesárea. Paulina del Carmen Ramírez Jacinto da a luz a un niño al que nombra Isaac. (GIRE, 2000)

3 de mayo del 2000

En el semanario Mayor de Mexicali aparece una entrevista con Paulina sobre lo sucedido. Ella afirma que: "Mienten quienes dicen que desistí de abortar; lo aceptamos solo cuando nos asustaron, cuando me dijeron que iba a morir por una hemorragia". Y agrega: "Hasta el obispo miente por que yo nunca me desistí, solo aceptamos cuando el director del Hospital me dijo que por una hemorragia que no se pudiera parar me iba a morir, por eso desistí con mi mama, no es que de mi haya salido, que me haya desistido sola. Fue el miedo que nos metieron ellos, por lo que desistí. (GIRE, 2000)

6 de junio del 2000

En New York, durante el encuentro internacional Mujer 2000: igualdad y Equidad de Genero, Desarrollo y Paz para el siglo XXI, Maria Antonieta Alcalde, de la Red de Jóvenes por los derechos sexuales y Reproductivos, en representación de Mexico, expone el caso de Paulina.

31 de julio del 2000

Mayra Topete y Marcela Vaquera, las integrantes de Pro-Vida que visitaron a Paulina en el hospital, no acuden a declarar ante el MP, a pesar de que existe un citatorio para esta fecha. Trasciende que no se tiene datos precisos de donde localizarlas.

15 de agosto del 2000

Rosario Robles, Jefa de Gobierno del Distrito Federal, presenta una iniciativa de ley para reformar el código penal del DF y agregar dos causales despenalizadas del aborto: cuando el embarazo ponga en riesgo la salud de la mujer y cuando el producto presente graves malformaciones. Además, se proponen nuevos procedimientos que garanticen el acceso al aborto por violación.

2001

Socorro Maya declara: "Se cumplió el primer paso que fue el violador, ahora falta que se le haga justicia a Paulina contra quienes le negaron su derecho a abortar". Por ello, se explica, el caso de llevara a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)

2002

En entrevista con El Universal, Paulina dice: "Fui madre porque dios y el gobierno panista de Baja California así lo quisieron". Declara que quiere a su hijo, pero volvería a pedir un aborto: "No me arrepiento. Si me volviera a pasar lo mismo pediría, que no es justo tanto para el niño como para mi, que necesidad tengo de haber dejado mis estudios, que necesidad tengo de estar trabajando".

2003

Se publica en el Diario Oficial de la federación la modificación a la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-SSA2-1993), en la que incluye por primera vez, la se incluye, por primera vez la anticoncepción de emergencia.

## **“INFORME DE LA CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER”**

**BEIJING 4 AL 15 DE SEPTIEMBRE DE 1995**

- Promover los objetivos de igualdad, desarrollo y paz para todas las mujeres del mundo en interés de toda la humanidad.
- Reconocer las aspiraciones de las mujeres del mundo entero, tomando nota de la diversidad de las mujeres sus funciones y circunstancias.
- Adoptar medidas que sean necesarias para eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, y suprimir todos los obstáculos a la igualdad de género y al adelanto y potenciación del papel de la mujer.
- Alentar a los hombres a que participen plenamente en todas las acciones encaminadas a garantizar la igualdad.
- Prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas.
- Garantizar la igualdad de sexo y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación.
- Promover la potenciación del papel de la mujer y el adelanto de la mujer incluido el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia de religión y de creencia, lo que contribuye a la satisfacción de las necesidades morales, éticas, espirituales e intelectuales de las mujeres y los hombres individualmente o en comunidad con otros, por lo que les garantiza la posibilidad de realizar su pleno potencial en la sociedad plasmado su vida de conformidad con sus propias aspiraciones.
- La igualdad de derechos, de oportunidades y de acceso a los recursos, la distribución equitativa entre los hombres y mujeres de las responsabilidades respecto de la familia y una asociación armoniosa entre ellos son indispensables para su bienestar y el de su familia, así como para la consolidación democrática.



## BIBLIOGRAFIA

- Aray, Julio. (1993). Aborto Estudio Psicoanalítico Edit. Hormé, Venezuela. Pág. 395
- Bruno, Frank. J. (1986). Diccionario de Términos Psicológicos Fundamentales. Edit. Paidós. Barcelona. Pág. 310
- Cabrera, Gabriela. (1999). Orientación Educativa Edit. Ángeles. México. Pág. 165
- CIE-10. (2000) Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Edit. Medica Panamericana. España. Pág. 315
- Código penal para el Distrito Federal y Territorios Federales. (2002). Edit. Sista. México. Pág. 171
- Chávez, Beatriz. (2006). Los Duelos en la Familia Edit. MC. México. Pág. 235
- DSM- IV. (1995). Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Edit. Masson. S.V. Pág. 908
- Díaz, Guerrero. (1994). Psicología del Mexicano. Edit. Trillas. México. Pág. 379
- Domínguez, Lilia. (1976). El Aborto en México Edit. Fondo de Cultura Económica. México. Pág. 215
- Durkheim E. (1995). Las formas elementales de la vida religiosa Edit.(Traducción de Ramón Ramos). México. Pág. 210
- Foucault, Michel. (2002) Historia de la Sexualidad Edit. Siglo XXI. México. Pág. 194
- González, Socorro.(1997). Sexología en la Educación Edit. Heposa. México. Pág. 180
- Lamas, Marta.(2001). La Frontera del Derecho a Decidir. Edit. Plaza Janes. México. Pág. 29
- Langer, Ana. (1994). Maternidad sin Riesgos en México Edit. UNAM. México. Pág. 180
- Lozano, Maria. (2006). La Maternidad en Escena Edit. Prensas Universitarias de Zaragoza. España. Pág. 325
- Mazoeric, Monica.( 2003). Anticoncepción de Emergencia y RU486. Edit. GIRE. Mexico
- Mendoza, Olga. (1974). Síntesis de Biología Edit. Trillas, México, Pág. 203

- Papalia, E. Dianne, (2001). Psicología del Desarrollo Edit. Mc Graw Hill. Bogota. Pág. 672
- Piret, Roger, (1997). Psicología Diferencial de los Sexos.Edit. Kapelusz. Buenos Aires. Pág. 141
- Polo, Marco. (2007). Psicoterapia Gestalt en el Manejo y Resolución del Duelo Edit. MC. México. Pág. 159
- Sau, Victoria. (1981). Un Diccionario Ideológico Feminista Edit. Síntesis. Barcelona, Pág. 190
- Taracena,Rosario.(2000) Paulina en el nombre de la ley. Edit.Castillo.México, Pág. 112
- Taboada Leonor, (2000). Nuestros cuerpos, Nuestras Vidas. Edit. Plaza Janes. Barcelona. Pág. 638
- Zunini, G. (1977). Estudios Sobre la Psicología de la Religión Edit. Universitaria. Buenos Aires, Pág. 144

#### PAGINAS DE INTERNET

1. Imágenes([www.reproduccion.com.mx](http://www.reproduccion.com.mx))
2. <http://info4.juridicas.unam.mx>.
3. ([www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx))
4. ([www.larousse.com.mx](http://www.larousse.com.mx))
5. ([www.saludymedicina.com.mx](http://www.saludymedicina.com.mx))
6. ([www.jornada.unam.mx](http://www.jornada.unam.mx))