



*Estoy en el vientre de mi madre.*

*Siento cómo se va formando mi cuerpo.*

*Siento la vida que hay en él y sus movimientos.*

*Pienso en dónde estoy y cuánto tiempo estaré allí.*

*Me pregunto sobre mi padre y mi madre: cómo son, si me quieren y si se sienten felices de esperar mi llegada...*

*(anónimo)*

*Esta tesis la dedico a todos  
aquellos quienes jamás llegaron a  
sentir el calor del sol.*

*Al recuerdo de mis seres más  
queridos, aunque materialmente  
ya no estén conmigo.*

---

*Agradezco a mi familia, por el constante apoyo durante la elaboración de esta tesis.*

*A la Lic. Carmen Camacho, quien con mucha paciencia me orientó en la ejecución de este trabajo.*



---

## INDICE

|   | Pág. |
|---|------|
| Abstracto                                       | 4    |
| I. Introducción                                 | 7    |
| II. Fundamentación                              | 14   |
| III. Planteamiento del problema                 | 15   |
| IV. Diseño teórico                              | 16   |
| 4.1 Objetivo General                            | 16   |
| 4.2 Objetivos específicos                       | 16   |
| V. Planteamiento de la hipótesis                | 17   |
| VI. Definición de variables                     | 18   |
| VII. Operacionalización de variables            | 19   |
| VIII. Marco teórico                             | 22   |
| 8.1 Definición de Aborto                        | 22   |
| 8.1.1 Aborto espontáneo                         | 23   |
| 8.1.2 Aborto provocado                          | 24   |
| 8.2 Antecedentes históricos sobre la sexualidad | 25   |
| 8.3 El ciclo vital de la sociedad Andina'       | 28   |

---

|   |    |
|---|----|
| 8.4 Etiología y Patogenia del Aborto Espontáneo                 | 29 |
| 8.5 El aborto provocado   | 30 |
| 8.5.1 Causas y Métodos  | 30 |
| 8.5.2 Legislación e Indicaciones del Aborto Provocado           | 37 |
| 8.6 Conferencia de la población "EL CAIRO"                      | 43 |
| 8.7 La Iglesia Católica frente al aborto                        | 44 |
| 8.8 Aborto y Cognición  | 51 |
| 8.9 Procesos de aprendizaje social y<br>controles cognoscitivos | 54 |
| 8.10 IV Conferencia Mundial sobre la Mujer                      | 56 |
| 8.10.1 Objetivos de la conferencia                              | 57 |
| 8.10.2 Plataforma de Acción                                     | 58 |
| IX. Diseño metodológico   | 60 |
| 9.1 Definición de la población - Sujetos                        | 61 |
| 9.2 Definición de la muestra                                    | 61 |
| 9.3 Métodos y técnica   | 62 |
| 9.3.1 Métodos   | 62 |
| 9.3.2 Técnicas  | 63 |
| 9.4 Instrumento   | 65 |

---

|      |  |     |     |
|------|--|-----|-----|
| X.   | Resultados                             | 68  |     |
|      | 10.1 Factores demográficos             | 68  |     |
|      | 10.2 Factores académicos               | 75  |     |
|      | 10.3 Factores ocupacionales            | 78  |     |
|      | 10.4 Factores familiares               | 81  | --- |
|      | 10.5 Factores clínicos                 | 90  |     |
|      | 10.6 Factores psicológicos             | 102 |     |
|      | 10.7 Escala de valoración psiquiátrica | 110 |     |
| XI.  | Conclusiones                           | 145 |     |
| XII. | Recomendaciones                        | 153 |     |
|      | Referencias                            | 154 |     |
|      | ANEXOS                                 | 156 |     |

---

## ABSTRACTO

Frecuentemente se observan casos de mujeres que tuvieron complicaciones biológicas y psicológicas, e incluso llegaron a un desenlace fatal a consecuencia de un aborto mal atendido.

No sólo se trata de personas que enfrentan una situación de aborto espontáneo, resultado de diversas circunstancias: levantar objetos pesados, patologías varias, golpes, caídas, etc. , sino también de aquellas mujeres que tomaron la decisión de interrumpir su embarazo, es decir abortar, debido a la imposibilidad de mantener un hijo, temor a ser rechazadas y criticadas por ser solteras, etc.

Esta situación nos motivó para realizar un trabajo sobre los estados afectivos y emocionales en mujeres que sufrieron un aborto; con este propósito, la sala de Ginecología del Hospital de Clínicas Universitario, fue el lugar donde obtuvimos la información en los años 1992 - 1994.

El presente trabajo está basado en encuestas, aplicadas a 90 mujeres internadas en la sala de Ginecología del Hospital de Clínicas Universitario. En él se presentan datos cuantificables e indicadores concretos.

Para esto, fue necesario dividir a las pacientes entre casadas y solteras, primíparas y multíparas, así como también la clasificación de abortos en espontáneos y provocados.

Para el abordaje de la investigación fue necesario plantearse los siguientes cuestionamientos sobre el aborto.

- 
- ¿Cómo se ve afectada emocional y afectivamente la mujer que tuvo un aborto provocado durante el período de hospitalización?

¿Cuáles son las diferencias afectivo emocionales entre las mujeres que tuvieron un aborto provocado y las que abortaron espontáneamente?

Estas consideraciones están claramente relacionadas con los objetivos.

- Explicar integralmente los procesos y las causas fundamentales, por las cuales atraviesa una mujer diagnosticada con aborto incompleto.
- Determinar la edad riesgo para el aborto espontáneo y el provocado.
- Analizar la influencia de la cognición de la mujer en la reacción que se tendrá sobre el aborto durante la hospitalización.
- Conocer los factores principales que llevan a una mujer a optar por un aborto.

Nuestros objetivos están fundamentados en la hipótesis que planteamos:

El aborto espontáneo afecta a la mujer emocional y afectivamente en mayor grado que el **ABORTO PROVOCADO** en el período de hospitalización, debido a las expectativas que las primeras tenían frente al nacimiento de un hijo.

Para su demostración se realizó un estudio de casos, donde se aplicó el método de la evaluación clínica por medio de observaciones, cuestionarios y aplicación de la Escala de Hamilton para la Depresión.

Este estudio nos dio como resultado los siguientes datos: la idea del hijo perdido, afecta en mayor grado a la mujer cuando el aborto es espontáneo, pues la mujer esperaba el nacimiento de su hijo.

Esto se manifiesta en labilidad emocional, depresión, ansiedad y rechazo a la pareja por temor a embarazarse nuevamente y correr el riesgo de pasar por la misma experiencia.

En el caso de un aborto provocado el estado de ánimo no es alterado por el "objeto perdido", sino más bien por la cognición que tiene la mujer sobre el hecho, sea ésta desde la perspectiva religiosa, médica o sociocultural.

Con estos datos quedó comprobada nuestra hipótesis,

En relación a nuestros objetivos concluimos que la edad riesgo en un aborto provocado está entre los 15 y 18 años, siendo en su mayoría solteras y estudiantes que tomaron esta decisión por miedo a la sanción social y la negativa a truncar sus estudios.

El riesgo de aborto espontáneo en las mujeres casadas se da entre los 27 y 30 años, éste está bastante ligado con las duras labores domésticas que deben realizar. La situación económica y familiar es determinante.

Finalmente establecimos que la forma en que se supere un aborto dependerá de la cognición que se tenga sobre el tema, es decir la manera en que se elabora toda la información, sea ésta médica, social o religiosa y la cual es acumulada por la persona a lo largo de su vida.

---

## ESTADOS AFECTIVOS Y EMOCIONALES EN MUJERES QUE SUFRIERON UN ABORTO

### I. INTRODUCCION

Nuestro problema objeto de investigación, está centrado en los estados afectivos y emocionales en mujeres que experimentaron un aborto, sea éste espontáneo o provocado, entendiéndolo como la terminación del embarazo antes de que el feto haya alcanzado su viabilidad, es decir la capacidad de vida extra-uterina independiente.

La Dra. Ruth Maldonado Ballón en su libro Sexualidad y Reproducción Humana: Visión Médica. Tercera Edición, clasifica al aborto en:

#### Aborto Espontáneo

Consiste en la finalización del embarazo en forma involuntaria, antes de que el feto sea viable.

#### Aborto Provocado

Se da cuando se lo realiza intencionalmente, antes de que el feto tenga capacidad de vida extra-uterina independiente.

Toda mujer que en alguna etapa de su vida se enfrenta a una situación de aborto, presentará como Julio Aray menciona en su libro "Aborto". Estudio Psicoanalítico", no sólo una cicatriz uterina, sino también una cicatriz

---

emocional, es cierto que esta cicatriz en la mujer puede no expresarse inmediatamente, pero lo hará con el correr del tiempo.

Muchos factores se encuentran presentes dentro de una situación de aborto, incluyendo las "ventajas económicas" que obtienen individuos inescrupulosos, quienes por conseguir un ingreso extra, se prestan a realizar abortos en forma clandestina y sin las mínimas condiciones de salubridad, exponiendo así a las pacientes, cuya desesperación, en muchos casos, las llevó a pensar en el aborto como una solución a sus problemas.

Los estudios sobre el tema son escasos, aunque datos estadísticos (TORO OCAMPO, Horacio "Estudio de 320 Casos de Aborto Inducido" 1979 - Bailey Patricia "Estudio Hospitalario del Aborto Ilegal en Bolivia" 1988) informan que el número de abortos es alarmante, siendo que miles de ellos son ocultos y no figuran en ninguna estadística.

La idiosincrasia de nuestra población impide que se pueda dar una solución definitiva al problema, pues existe una negación al uso de anticonceptivos, ya que la relación entre fecundidad y femineidad se encuentran íntimamente ligadas, como se comprobó en el trabajo realizado en la sala de Ginecología del Hospital de Clínicas Universitario en los años 1992 y 1994, aplicando las encuestas a 90 mujeres internadas. Para esto deseamos establecer el efecto que provoca en la mujer el aborto espontáneo o inducido y las reacciones que en ella pueden surgir hacia la pareja.

Con este fin utilizamos la Escala de Hamilton para la depresión y realizamos un Estudio de Casos en el lugar sin introducir variables.

En el año 1962, R. Armijo y T. Montreal sorprendieron a los asistentes del Séptimo Congreso de la OPS al revelar la elevada tasa de abortos en la República de Chile, todos estos provocados.

Indicaron que en Santiago, Concepción y Antofagasta, una cuarta parte de las 3.800 mujeres habían tenido por lo menos un aborto, la otra cuarta parte había tenido 3 más. Ordóñez indica que en México la tasa de hospitalización el año 1975 fue del 40 x 100 de mujeres en edad de procrear.

Durante Noviembre de 1979 a Octubre de 1980, en el Hospital de Yucatán, O'Horan de Mérida en México, se llevó a cabo una investigación en la cual se obtuvieron datos de 170 mujeres que habían abortado.

Los resultados demostraron que el 24.1% eran menores de 20 años. El 60% tenía entre 20 y 34 años y el 15% más de 34 años.

Las características socio-económicas fueron similares a las encontradas por Armijo, Montreal y Requena en "The Problem of Induced Abortion in Latin América". Demography 1968, 5:785. Pero la edad de las pacientes aunque similar a la hallada por los anteriores autores, fue menor que la publicada en estudios llevados a cabo en Guatemala, El Salvador y Bangladesh.

El determinar el tipo de aborto fue difícil, pues sólo el 7% aceptó que se trató de un aborto provocado, este porcentaje representa a 12 mujeres y el total fue de 170.

Los datos obtenidos demostraron que a pesar de las campañas de planificación familiar y las facilidades para que las mujeres utilicen un método anticonceptivo no se informa ni motiva adecuadamente la clase socio-económica más necesitada.

Los resultados también indicaron que se debía hacer énfasis en la necesidad de llevar a cabo programas de planificación familiar post-aborto y que los hospitales no debían limitarse a una labor asistencial, sino que era recomendable combinar con una labor informativa y educativa, así como la utilización de medidas anticonceptivas antes de que la paciente egrese del hospital, ya que el tratamiento anticonceptivo iniciado inmediatamente después del aborto ofrece mayor aceptabilidad.

En nuestro país Bolivia, se efectuó una investigación en la ciudad de La Paz con pacientes internadas en el Hospital Obrero, ésta demostró que entre los años 1967 y 1976 hubieron 4.292 abortos, lo que equivalía al 46% de ocupación de camas.

Entre 1978 y 1988 el número de abortos ascendió a 6.325 y la ocupación de camas subió al 50.6%.

Con estos estudios el Ministerio de Prevención Social y Salud Pública calculó que, en los años 70, el tratamiento de las complicaciones por un aborto ilegal acaparó más del 60% de los gastos totales del país en atención gineco-obstétrica.

El año 1977 se investigaron 1.500 mujeres concurrentes a un Servicio de Ginecología y Planificación Familiar de la Asociación Boliviana de Protección a la Familia, donde se encontraron 320 casos de mujeres con aborto provocado.

Los doctores César Peredo y Raúl Prada indican que el porcentaje de abortos en la década de 1978 a 1988 en el hospital Obrero ascendió a 6.325 y la ocupación de camas subió al 50.6%.

Patricia Bailey informa que durante el año 1983 la mortalidad materna en Bolivia fue de 48 x 1.000 nacidos vivos teniendo al 27% como consecuencia de abortos provocados.

A nivel nacional se realizó un estudio hospitalario sobre aborto incompleto. Entre el 1° de Julio de 1983 y el 30 Junio de 1984, se recogieron datos en 11 hospitales urbanos de Bolivia (Cochabamba, La Paz, Oruro, Santa Cruz y Sucre). Un hospital del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, otro de la Caja Nacional de Seguro y dos privados en la ciudad de La Paz. Durante cierto tiempo adiestró a los médicos para llenar los cuestionarios con información sobre: características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, información sobre anticoncepción, etc.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El número total de casos por complicaciones de aborto fue de 4.371 mujeres.

El 28% en La Paz, el 25% en Cochabamba, el 18% en Santa Cruz, el 16% en Oruro y el 13% en Sucre.

Entre los métodos para provocar abortos se obtuvo la siguiente información: 572 (65%) provocaron el aborto acudiendo a una persona con cierto adiestramiento médico. El 5.2% provocaron ellas mismas su aborto y 420 mujeres, es decir el 42% no dieron ninguna información.

El método más común fue la introducción de un cuerpo extraño en el útero (26,4%). El raspado o legrado uterino fue el segundo método más utilizado (22.6%) y la administración de abortivo oral (7.1%) método que ellas mismas lo practicaron.

La introducción de un cuerpo extraño provocó mayores complicaciones que el raspado (fiebre, sangrado, lesiones genitales).

Respecto a la infección no encontraron mayores diferencias. A las 3.347 mujeres se les preguntó: ¿por qué no utilizaron métodos anticonceptivos? Sus razones fueron agrupadas en 4 categorías:

- 1.- Deseaban embazarse
- 2.- No se percataron de la necesidad de protegerse.
- 3.- Desconocían los métodos anticonceptivos.
- 4.- Razones personales.
- 5.- Temor a efectos colaterales.
- 6.- Objeciones del compañero, familiares, religiosas.

---

## II. FUNDAMENTACION

Para realizar este trabajo es preciso plantearse algunas preguntas importantes y necesarias.

1. ¿Cuánto gasta e invierte el Estado boliviano en subsidiar los gastos de una persona que es hospitalizada con diagnóstico de aborto incompleto?
2. ¿Cuál es el porcentaje de vidas que se pierden a causa de un aborto mal realizado?
3. ¿Cuántas mujeres quedan estériles a consecuencia de un aborto provocado?
4. ¿Cuántos recursos humanos se seguirán perdiendo mientras las mujeres continúen optando por un aborto como método para controlar la natalidad?
5. ¿Cómo afecta un aborto en la relación de pareja?

Pretendemos obtener respuesta a estas interrogantes al finalizar nuestra investigación.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población investigada en la sala de Ginecología durante los años 1992-1994 fue internada con el diagnóstico de aborto incompleto.

En algunos casos el aborto fue espontáneo, pero en otros fue la mujer quien tomó la decisión de interrumpir su embarazo, motivada por diferentes causas, éste se llevó a cabo de diversas maneras, dependiendo del grado de instrucción de la persona y de sus recursos económicos.

Por lo anteriormente expuesto se planteó el siguiente problema que debe ser abordado en un contexto social y conceptualizado en un marco teórico dirigido a una realidad concreta.

- a) ¿Qué presiones psíquicas y afectivas presenta una paciente que vivió un aborto?
- b) ¿La decisión de abortar es consecuencia de los estados afectivos que experimentan durante las primeras semanas de embarazo?
- c) ¿Quiénes son las personas más propensas a sufrir un aborto espontáneo?
- d) ¿Cuáles son las determinantes para que una mujer decida poner fin a su embarazo?

## IV. DISEÑO TEORICO

Para realizar este trabajo se plantearon los siguientes objetivos.

### 4.1 Objetivo General

Determinar las consecuencias del aborto en el estado afectivo y emocional de las mujeres, comprendidas entre los 15 y 40 años. Pertenecientes a la clase social media baja.

### 4.2 Objetivos específicos

- Explicar los procesos por los cuales atraviesa una mujer diagnosticada con aborto incompleto.
- Determinar la edad riesgo para el aborto espontáneo y el aborto provocado.
- Conocer las causas principales para que se produzcan los abortos.

Ver la influencia que tiene sobre la reacción de la mujer, el conocimiento que ésta tenga sobre lo que es un aborto provocado o espontáneo.

Establecer cuán importantes son las expectativas frente al nacimiento de un hijo, para que un aborto espontáneo o provocado afecte en mayor o menor grado a la mujer.

## V. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

Las expectativas que tengan las mujeres frente a la llegada de un hijo determinarán la reacción frente al aborto e influirán en su estado afectivo emocional.

Teniendo ellas la posibilidad de decidir sobre el nacimiento o no de un hijo y habiendo optado lo segundo, concluimos que el estado afectivo emocional no se altera a causa de la pérdida, pues ésta fue decidida por la mujer.

En función a lo expuesto planteamos la siguiente hipótesis.

*Hipótesis: El aborto espontáneo afecta a la mujer emocional y afectivamente en mayor grado que el aborto provocado en el período de hospitalización, debido a las expectativas que las primeras tenían frente al nacimiento de un hijo.*

## VI. DEFINICION DE VARIABLES

### 6.1 Variable independientes

- a) Aborto espontáneo
- b) Aborto provocado

### 6.2 Variables dependientes

Efecto emocional afectivo.

### 6.3 Variable mediacional

Expectativas en relación al hijo.

haciendo ver a la persona que las circunstancias en que vive son amenazantes para sí misma.

Cuando es sola y pura, se habla de ansiedad. Pero generalmente la angustia está acompañada por molestias corporales: inquietud motora, opresión torácica, palpitaciones, temblor, sequedad de boca, vómitos, mareos, insomnio, etc.

La angustia es transitoria y explosiva, la ansiedad tiene una predisposición duradera.

La angustia surge de la propia intimidad, vaga y oscura, como algo que pone en peligro la armazón del ser.

### Depresión

Este síndrome se caracteriza por dos síntomas:

la tristeza patológica o vital  
y la desgana.

El deprimido se siente desanimado, pesimista, presa fácil de la desesperanza y la desesperación.

Pierde el interés por las cosas que lo rodean y puede pensar en la muerte como escape a sus problemas.

Suelen formar parte de este síndrome la inapetencia, el cansancio, el estreñimiento y la mengua de la libido. En las cosas graves suele acompañarse de ilusiones, desilusiones y estupor.

### Euforia

Es un estado de excitación psíquica, el cual se encuentra acompañado de un alto tono afectivo.

### Labilidad emocional

Cambio rápido de humor. Alteraciones súbitas y repentinas en las emociones.

La variable mediacional referida a las expectativas frente al hijo es entendida como la esperanza de obtener algo querido y deseado.

## 7.2 Operacionalización de variables

Las variables planteadas muestran una relación lógica que va desde el momento en que la mujer sabe de su embarazo y desea tener al hijo o no, pasando por el momento en que se produce el aborto, sea éste espontáneo o provocado, para concluir en el estado afectivo que presentará la paciente después del hecho, durante la etapa de hospitalización.

Por lo tanto podemos indicar que:

La situación en la que una mujer se encuentre, al momento de producirse un embarazo y las expectativas que ésta tenga, respecto a su vida futura, relacionada con familia, estudios, trabajo y aspectos socioeconómicos, determinarán la reacción que ella tenga en caso de producirse un aborto.

## VIII. MARCO TEORICO

### 8.1 Definición de Aborto

"Aborto es la expulsión del huevo en forma total o parcial, mediata o inmediata después de la muerte".<sup>1</sup>

Según la Dra. Ruth Maldonado "Aborto es la terminación del embarazo antes de que el feto haya alcanzado su viabilidad, o sea la capacidad de vida extra-uterina independiente."<sup>2</sup>

Para la definición de viabilidad, Grelle en el Vade Mécum de Obstetricia 1963, maneja tres criterios:

- a) Criterio cronológico: Según la OMS, la viabilidad se alcanza a las 20 semanas de gestación.
- b) Criterio ponderal: Modernamente se considera que un feto es viable cuando pesa 500 grs. o más, correspondiendo a un feto de 20 semanas.
- c) Criterio de longitud: La viabilidad se daría en fetos que miden más de 16 cms.

- 
1. Robles Miranda, Jaime; "El aborto un problema social", 1986, Sucre - Bolivia. Archivos Bolivianos de Medicina. Pág. 49.
  2. Maldonado Ballón, Ruth; "Sexualidad y Reproducción Humana. Visión Médica", 1982. La Paz-Bolivia. Ed. Gisbert. Pág. 539.

---

El aborto recibe diferentes denominaciones según determinadas circunstancias:

- a) Aborto oculto o químico: Ocurre entre los 10 y 15 días del embarazo.
- b) Aborto precoz u ovular: Sucede en los dos primeros meses de embarazo.
- c) Aborto tardío: Si ocurre entre el tercer y cuarto mes de embarazo.
- d) Aborto habitual: Si produce en dos o más gestaciones.
- e) Aborto retenido o diferido: Cuando el huevo muerto no es expulsado y permanece en la cavidad uterina.

#### 8.1.1 Aborto espontáneo

Se denomina aborto espontáneo a la finalización del embarazo en forma involuntaria.

Es difícil determinar su incidencia, los datos sobre el tema son inseguros debido a los siguientes factores:

- Naturaleza no representativa para su estudio en diversas regiones.

- Falta de diagnóstico.
- Sobreestimación ocasionada por la notificación errónea de amenorrea temporal y aborto provocado como aborto espontáneo.

La cuantificación es imposible, pues la mayoría no tiene asistencia profesional.

La etiología y patología del aborto espontáneo es inversa, entre las principales tenemos: factores genéticos, infecciones físicas y químicas, factores inmunológicos hemoglobinopatías materno fetales, etc.

"Existe un 10% de probabilidades de que un embarazo termine en aborto espontáneo".<sup>3</sup>

### 8.1.2 Aborto provocado

El aborto provocado es llamado también aborto inducido.

Este se refiere a la provocación intencional de la interrupción del embarazo cuando el feto no es viable, es decir cuando no es capaz de vivir fuera del útero en forma independiente.

El aborto provocado se divide en dos con fines didácticos:

---

3. "El Aborto Espontáneo y el Provocado". Crónica OMS, 1971, pág. 22

### *a) Aborto legal*

El aborto es considerado legal cuando se lo acepta en la diferentes legislaciones.

Las indicaciones para un aborto provocado legal son las siguientes:

- Indicaciones eugenésicas.
- Indicaciones éticas.
- Indicaciones sociales.
- Indicaciones médico sociales.
- Aborto a solicitud.

### *b) Aborto ilegal*

El aborto ilegal es aquel que no es aceptado en las diferentes legislaciones y es sancionado según el ordenamiento jurídico en vigencia, con mayor o menor dureza.

## 8.2 Antecedentes históricos sobre la sexualidad

El hombre primitivo consideraba la fecundidad como la necesidad principal de su grupo y creía que los hijos eran fecundados y procreados por el contacto de la mujer con la naturaleza, no así por su acción directa.

La Dra. Nancy Romero Berríos, participante en el Seminario-Taller

lucha contra el aborto efectuado en 1989, indicó que la privación de una sexualidad femenina es el primer paso de la aculturación de la mujer, mientras que el de la apropiación de su producto natural, el hijo, es el primer paso de dominio sobre ella.

En este período el hombre difiere muy bien: procreación y disfrute sexual, procrea con la esposa y goza el sexo con las prostitutas, la materialización del sexo y la degradación de la mujer" <sup>4</sup> Con el surgimiento del Cristianismo se puede ver el vivir en la Edad Media, aquí la iglesia ejercía gran poder sobre la vida del individuo, de su familia y del mundo, era ella quien señalaba las normas de comportamiento y las costumbres a seguir. Entre sus principales características teníamos una clara posición antisexual, las cuales se enfrentaban a pasadas herejías paganas.

El individuo debía dominar sus deseos sexuales, por ser estos considerados impuros, razón por la cual en la actualidad aún la virginidad y pureza son exaltadas.

Siendo el matrimonio uno de los sacramentos más importantes, sólo en él es admisible la procreación, mejor aún si no se encuentra ligada al placer, concluyendo que el acto sexual pasa a ser operación mecánica, cuyo único fin la fabricación de hijos.

San Agustín (354-430) afirmaba: "La mujer que no engendra todos los hijos que pueda tener, es culpable de homicidio".

---

4 Seminario-Taller "Lucha contra el aborto". Auspiciado por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Dirección Nacional de Materno Infantil, Conferencia Episcopal de Bolivia. La Paz-Bolivia, del 20 al 22 de marzo de 1989. Pág. 71.

A lo largo de la historia, el aborto ha sido utilizado como método anticonceptivo por la mujer.

En papiros, que datan de hace tres mil años A. C. y en archivos provenientes de la China y Egipto, aparecen métodos y fórmulas utilizadas como abortivos.

Durante la Inquisición, las mujeres eran enviadas a la hoguera cuando fracasaban en la práctica abortiva a otras mujeres. En los primeros códigos del Derecho Hebreo, se consideraba al aborto como delito. Luego éste es considerado legal e incluso moral y religiosamente asentado cuando el padre era quien así lo disponía.

Para la regulación de nacimientos el aborto era considerado normal en Grecia. Incluso las parteras eran aconsejadas por Hipócrates sobre efectivos métodos abortivos anticonceptivos. Cuando la mujer lo deseaba, Sócrates facilitaba el aborto. Platón proponía que toda mujer mayor a 40 años debía ser obligada a abortar y Aristóteles era partidario de la limitación de los nacimientos.

La mujer era el sujeto penal en el Derecho Romano y quedaba su castigo en manos del marido. El tenía derecho a vengarse o solicitar compensación económica si el que lo realizó fue un tercero.

La mujer recurría al aborto con frecuencia en el Imperio Romano.

Con Cicerón se inicia un período de protección a la familia, promulgó varias leyes que ayudaban a las familias con muchos

hijos. Al finalizar el siglo XVII, Beccaria defiende a la mujer que no deseaba tener un hijo y el año 1882 publica en Francia un ensayo en defensa del aborto.

En relación a la región de América, Fray Bartolomé de las Casas relata que las indígenas utilizaban el aborto para evitar sus hijos corran su misma suerte.

"A lo largo de la historia la mujer fue siempre esclava de su propia naturaleza reproductiva, solamente con la aparición de los métodos anticonceptivos ha podido tener una alternativa frente al aborto"<sup>5</sup>.

Habiéndose producido transformaciones sociales y económicas en la sociedad boliviana, a partir del año 1950, las actitudes frente a la anticoncepción han variado.

### 8.3 El ciclo vital de la sociedad Andina

Observando ya lo referente a la cultura andina, sabemos que varios son los símbolos y ritos que marcan el paso de una etapa a otra en la vida de los individuos.

Entre los momentos señalados tenemos la llegada al mundo, la formación de una nueva familia junto al nuevo rol como miembro de la sociedad y de su comunidad, y finalmente la muerte. General-

---

5 Seminario-Taller "Lucha contra el aborto". Op. Cit. Pág. 73.

mente dentro de la sociedad andina, el nacimiento de un niño es bien recibido, pues incluso en medio de las dificultades de supervivencia, un mayor número de hijos representa para ellos una bendición.

"Dentro de la economía campesina actual los hijos se incorporan en las actividades necesarias para llevar adelante la familia, incluso antes de que lleguen a la edad escolar" .

"En estos casos lo más probable es que se recurra a un aborto o que el niño no llegue a vivir mucho, debido a descuidos más o menos conscientes" <sup>7</sup> .

Se nota con claridad también la preferencia que existe entre los sexos.

Si nace un varón el festejo será grande, más por el contrario cuando nace una niña la gente sólo piensa en el sufrimiento que tendrá en la vida.

#### **8.4 Etiología y Patogenia del Aborto Espontáneo**

Como definimos anteriormente, el aborto espontáneo se refiere a la expulsión del feto en forma involuntaria, antes de que éste haya alcanzado la capacidad de vida extra-uterina independiente.

---

6 ALBO, Xavier - LIBERMANN, Kitula - GODINEZ, Armando - PIFARRE, Francisco. "Para comprender las culturas rurales en Bolivia". 1989. La Paz-Bolivia. Ed. Mec - CIPCA - UNICEF. Pág. 83.

7 ALBO, LIBERMANN, GODINEZ, PIFARRE. Op. Cit. Pág. 83.

Varios son los factores que influyen en este tipo de aborto, sin embargo las principales categorías,son la siguientes:

- Factores genéticos.
- Infecciones.
- Factores inmunológicos.
- Trastornos emocionales.
- Hemoglobinopatías materno-fetales.

## 8.5 El aborto provocado

Entendiendo al aborto provocado como la culminación voluntaria del embarazo antes de que el feto haya alcanzado su viabilidad, indicaremos las causas más frecuentes y los métodos para conseguirlo.

### 8.5.1 Causas y Métodos

"La mayoría de los abortos provocados se dan porque la mujer al momento de sentirse embarazada, no sintió deseos de llevar a término su embarazo"<sup>8</sup>

En una pequeña minoría es necesario culminar con el embarazo. Las razones para solicitar un aborto se determinan según la situación de la mujer interesada, de acuerdo a sus valores y las costumbres de la comunidad en la que vive.

---

8 "El aborto espontáneo y el provocado". Op. Cit. Pág. 31.

---

En el estudio realizado por la OMS sobre ambos tipos de aborto el año 1971, se encontraron las siguientes causas:

- a) Deseo de los cónyuges de limitar su familia.
- b) Motivos económicos.
- c) Vivienda inadecuada.
- d) Menoscabo de la educación.
- e) Formación.
- f) Ingresos de la mujer.
- g) Amenaza al nivel de vida disfrutado o deseado por la mujer y su familia.

En este punto debemos indicar que para algunas sociedades y bajo determinadas circunstancias existen embarazos que son considerados indeseables, para ellos el aborto provocado es permitido y por supuesto no recae ningún tipo de sanción en quien lo acepta ni en quien lo practica.

Este tipo de casos será explicado ampliamente dentro de las consideraciones legales.

Cuando una mujer se encuentra ante un embarazo que pone en riesgo algún aspecto importante de su vida: reconocimiento social, valoración, planes futuros, etc., la primera opción en la que piensa es someterse a un aborto.

Posteriormente se le presentará la necesidad de recurrir al método más seguro y efectivo o en su defecto al que tenga acceso.

A continuación indicaremos los métodos más comunes para realizar un aborto.

El matutino PRESENCIA, en la Revista HOGAR de fecha 20 de Agosto de 1994 publicó un artículo titulado "El Aborto y el Origen de la Vida" - Segunda Parte, de él extractaremos los métodos abortivos de mayor utilización en nuestro medio.

Cabe indicar que la gente que los practica no siempre es profesional ni cuenta con los medios adecuados, y que éstas van desde las más "humanas" hasta las que causan profundo rechazo y repulsión.

#### a) Píldoras Abortivas

Muchos medicamentos fueron utilizados con el propósito de producir un aborto, sin embargo la única que actualmente dio cierto resultado, es la llamada "Píldora Abortiva" (RU-486). Su administración en épocas tempranas de embarazo, antes de la 4<sup>ta</sup> semana, es decir antes de que se produzca la segunda falta de menstruación de la mujer, hace que su preparado hormonal anule la función de la placenta en formación, lo cual produce la muerte del hijo, que siendo embrión necesita la función nutriente de la placenta.

La expulsión debe ser completa, caso contrario se practica el legrado de limpieza.

## b) **Legrado Uterino**

Llamado también "curetaje", es el de uso más frecuente.

Se empieza dilatando el cuello del útero bajo anestesia. Posteriormente se introduce en el útero una especie de cucharilla de bordes cortantes llamada legra o "cureta", la cual trocea bien la placenta y al hijo, al ser paseada de arriba a abajo por toda la cavidad del útero.

Una vez obtenidos los trozos, se extraen con la misma cureta o legra.

Este método suele practicarse en los 3 ó 4 meses de embarazo. Cuando la gestación está más avanzada, este método se torna difícil, pues al ser el feto de mayor tamaño a veces no es posible triturarlo bien y pueden quedar restos grandes en el interior. **Por ejemplo la cabeza**, es debido a esto que el abortador debe asegurarse que todo sea extraído, ya que en caso de quedar algún pequeño resto pueden producirse infecciones debido a un aborto incompleto.

## c) **Aborto por Aspiración**

Para este tipo aborto se dilata el cuello uterino con un aparato especial y adecuado para esta función, por él debe caber un tubo conectado a un potente aspirador.

La fuerza de la succión arrastra al embrión y a la placenta todo deshecho en pequeños trozos.

Algunas veces el útero no queda bien vacío, para evitar esta situación y sus posteriores consecuencias se realiza un legrado.

Este método suele ser utilizado cuando el embarazo es de menos de 10 a 12 semanas.

#### d) Microcesárea

La cesárea es una intervención que se realiza al final del embarazo.

Consiste en extraer al hijo a través de una incisión en el abdomen de su madre, siempre y cuando no logre nacer normal y naturalmente.

Cuando ésta es practicada a las pocas semanas de gestación se la denomina "microcesárea". El procedimiento es el mismo y en él se extrae el feto y a la placenta.

Este método se utilizará a partir de la décimo quinta o décimo sexta semana de embarazo.

Habitualmente se extraen niños vivos, que mueren poco después por ser inviables.

Muchas veces se extrajeron niños vivos viables, pero se les dejó morir sin cuidados, en otros casos se les provoca la muerte por asfixia.

#### **d) Aborto por inducción o contracción**

Con este método se provoca la expulsión del feto y la placenta mediante la administración a la madre, por diversas vías, sustancias (prostaglandinas, Oxitocina) que producen contracciones semejantes a las de un parto, las cuales provocan a su vez dilatación del cuello uterino haciendo que la bolsa en la que está el hijo se desprenda de las paredes del útero.

El niño puede nacer muerto si se asfixia al interior de la madre, a veces nace vivo.

En ocasiones se emplean antes del uso de oxitocitos, unos tallos o dilatadores hidrófilos, colocados en el cuello uterino, los que se hinchan progresivamente y provocan la dilatación uterina.

#### **e) Inyección Intraamniótica**

Este método consiste en inyectar el líquido amniótico, a través del abdomen de la madre, una solución salina hipertónica o una solución úrea.

Estas provocan contracciones similares a las del parto. Dos o tres días después de la inyección, feto y placenta son expulsados.

En ciertos casos es necesario un legrado para asegurarse de que no haya residuo alguno.

Para este método el embarazo debe ser de más de 4 meses. La solución irritante introducida previamente suele envenenar al feto, produciéndole además extensas quemaduras.

Algunas veces, en lugar de soluciones cáusticas, se introducen en el líquido amniótico prostaglandinas, pero los que provocan abortos prefieren las otras soluciones, porque se obtienen fetos muertos con más seguridad, ya que es desagradable que el hijo nazca vivo retorciéndose y que haya que matarlo o dejarlo morir a la vista de todos.

#### f) Métodos caseros

Desde hace miles de años son conocidos métodos abortivos de sumo riesgo para la madre.

Estos son empleados en forma clandestina por la misma mujer o por terceras personas que no presentan reparo alguno en efectuarlas.

Entre los más comunes tenemos:

    Ingesta de matés.

    Introducción de agujas, palillos, ramas, tallos de perejil, etc., vía vaginal.

    Golpes y caídas premeditadas.

### **8.5.2 Legislación e Indicaciones del Aborto Provocado**

Las sanciones hacia el aborto provocado difieren de país a país y éste es castigado como ya lo expresamos con mayor o menor dureza según sea el caso.

En algunos países tanto los abortistas como los pacientes pueden ser encarcelados.

De la Crónica OMS<sup>9</sup> obtenemos los siguientes datos:

- En Costa Rica, Honduras, Chile y Brasil, los médicos pueden alegar que la mujer corría peligro y que fue necesaria esa medida para salvar su vida.
- Datos oficiales indican que en el Brasil se producen cerca de cuatro millones de abortos por año, generando la muerte de 400.000 mujeres cada año.
- Estos casos en su mayoría son resultado de agresión sexual o estupro.
- Colombia y Uruguay proporcionan condenas menores si se demuestra que la mujer corría peligro real.
- En México y la Argentina, la mujer es absuelta si su vida

---

9. Crónica OMS "El aborto espontáneo y provocado", 1991.

estaba en peligro. 160.000 atentados sexuales no deseados y por lo tanto abortos.

- En Guatemala y el Salvador se permite el aborto en casos de violación o deformaciones en el feto.  
Cuba acepta el aborto en los tres primeros meses de embarazo y éste se lo realiza en el Servicio Nacional de Salud.
- El año 1987, la Cámara de Diputados Peruana aprobó un proyecto de ley elaborado por la representante Ilda Urizar, reduciendo la pena a mujeres que abortaron y aumentándolas a quienes practican el aborto y causan la muerte.
- En Bélgica, país donde el aborto es ilegal, los médicos, pacientes y centros de planificación, son constantemente perseguidos por las autoridades.
- Los Comités del Senado de Bélgica están considerando una ley donde se despenalizaría parcialmente el aborto, aunque se enfrentan a una oposición muy fuerte de los grupos anti-aborto.
- En China donde el postulado es un hijo por familia, se practica millones de abortos provocados. Para realizarlos, se inyecta a la mujer un líquido que cuando llega al útero provoca una hemorragia similar a la menstruación en 2 ó 3 días.
- En Bangladesh alrededor de 5.000 mujeres mueren cada año por complicaciones a causa de abortos clandestinos, siendo la

situación bastante grave, pues las que sobreviven sufren infecciones en el tracto genital, cuello uterino y Trompas de Falopio.

- En Canadá, Reino Unido y Estados Unidos donde el aborto es legal, las muertes a causa de abortos provocados, son casi inexistentes.
- Existe menos de un fallecimiento por cada millón de mujeres entre 15 y 44 años.
- El aborto inducido fue declarado ilegal por primera vez durante el siglo XIX, en el Derecho Penal es claro el aumento de abortos e infanticidios cuando las mujeres tratando de controlar su fertilidad recurren a él, también se ve el aumento de actitudes represivas hacia el aborto en dicha época.

En el caso de Bolivia, según el Código Penal, sólo se permite el aborto bajo las siguientes circunstancias: 10

Violación.

- Estupro.
- Incesto.
- Riesgo materno.
- Anomalías en el feto.

En la Crónica de la OMS del año 1971, sobre el aborto espontáneo y el provocado, encontramos ciertas indica-

ciones válidas para realizar un aborto. Estas son las siguientes:

- **Indicación médica:** El médico decide proceder al aborto, pues el embarazo pone en riesgo de la madre.
  
- **Indicación eugenésica:** Debido a que el feto posee alguna deficiencia mental o defecto físico transmitido hereditariamente.

Esto incluye lesiones intrauterinas fármacos, radiaciones y virosis.

- **Indicación humanitaria:** Denominada también ética o jurídica. Se refiere a la culminación de un embarazo debido a violación o incesto.
  
- **Indicación social:** Promueve el bienestar social de la mujer y su familia, más que el físico y mental.

De acuerdo al ordenamiento jurídico en actual vigencia, encontramos que en el Código Penal en el Título VIII, Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal, en su capítulo II ABORTO del Art. 263 a; 269 prescribe:

Art. 263 (Aborto) - El que causare la muerte de un feto en el seno materno o provocare su expulsión prematura, será sancionado:

1. Con privación de libertad de dos a seis años, si el aborto fuere practicado sin el consentimiento de la mujer o si ésta fuere menor de 16 años.
2. Con privación de libertad de uno a tres años, si fuere practicado con el consentimiento de la mujer.
3. Con reclusión de uno a tres años, a la mujer que hubiere prestado su consentimiento.

La tentativa de la mujer no es punible.

Art. 264 (Aborto seguido de lesión o muerte)

Cuando el aborto con el consentimiento de la mujer fuere seguido de lesión, la pena será de privación de libertad de uno a cuatro años; y si sobreviene la muerte, la sanción será agravada en una mitad.

Cuando el aborto no consentido resultare una lesión, se impondrá al autor la pena de privación de libertad de uno a siete años, si ocurriere la muerte, se aplicará la de privación de libertad de dos a nueve años.

Art. 265 (Aborto honoris causa) - Si el delito fuere cometido para salvar el honor de la mujer, sea por ella misma o por terceros, con consentimiento de aquella, se impondrá reclusión de seis meses a dos años, agravándose la sanción en un tercio, si sobreviviere.

Art. 266 - (Aborto Impune) - Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, raptó no seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.

Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios.

En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso.

Art. 267 (Aborto preterintencional) - El que mediante violencia diere lugar al aborto sin intención de causarlo, pero siéndole notorio el embarazo o costándole éste, será sancionado con reclusión de tres meses a tres años.

Art. 268 (Aborto culposo) - El que por culpa causare el aborto, incurrirá en prestación de trabajo hasta un año.

Art. 269 (Práctica habitual) - El que se dedicare habitualmente a la práctica del aborto, incurrirá en privación de libertad de uno a seis años.

El sujeto activo puede ser un médico, una matrona o un "amateur".

## 8.6 Conferencia de población "EL CAIRO"

Alrededor de 20.000 personas de más de 180 países asistieron a la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo en la ciudad de El Cairo, la que se llevó a cabo del 4 al 13 de septiembre de 1994.

Entre los problemas tratados estuvieron los relacionados a la pobreza, igualdad y desarrollo en el mundo.

Respecto al tema que nos ocupa se llegaron a propuestas consensuadas.<sup>11</sup>

En lugar de utilizar el término legal, al referirse a los abortos terapéuticos o permitidos por embarazos resultantes de violaciones, se convino en referirse como "casos que no están contra la ley".

La posición boliviana resaltó los principios del desarrollo de la salud reproductiva como una práctica integral de salud que expresa el derecho de los individuos a disfrutar plenamente de su potencial biológico, mental y social, reconociendo la planificación familiar como un derecho humano fundamental.

La mujer logró ser reconocida como individuo en el Foro Internacional, aquí salieron a la luz los abusos y brutalidades de que son objeto en muchas partes del mundo.

---

11. INFORME - Delegación Boliviana de la Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing - China, 4 al 15 de septiembre, 1995.

El Vaticano dio su consenso parcial a la Declaración de El Cairo, pero mantuvo un NO enérgico al aborto, a la anticoncepción, las relaciones sexuales pre y extra matrimoniales y al uso de preservativos, incluso como medio de prevención contra el SIDA.

La Santa Sede compartió las conclusiones de la Conferencia en lo referido al progreso de la mujer en el matrimonio y a la prohibición de coerciones por motivos demográficos.

### 8.7 La Iglesia Católica Frente al Aborto

Para desarrollar este punto es importante remitirnos a la CARTA ENCÍCLICA DEL SUMO PONTÍFICE JUAN PABLO II, en la que plantea claramente su posición frente al aborto.<sup>12</sup>

"Mi, embrión Tus ojos lo veían" (Sal 139/138, 16). Varios son los delitos que el hombre puede cometer a lo largo de su vida, sin embargo para la Iglesia Católica, el aborto tiene características que lo hacen particularmente grave.

El Concilio Vaticano II lo define, junto con el infanticidio, como "crímenes nefandos", es decir como crímenes indignos e infames.

Sin embargo se observa que en la actualidad, la percepción de su gravedad se ha ido debilitando en la conciencia de muchos. La

---

12. Carta Encíclica del Sumo Pontífice Juan Pablo II. Edit Salesiana. Lima, 1995

aceptación del aborto en las costumbres e incluso en la misma ley es señal evidente de una peligrosa crisis del sentido moral, que es cada vez más incapaz de distinguir entre el bien y el mal, incluso cuando está en juego el derecho fundamental de la vida.

En el caso del aborto se percibe la difusión de una terminología ambigua, como la de "interrupción del embarazo", que tiende a ocultar su verdadera naturaleza y atenuar su gravedad en la opinión pública.

Quizás este mismo fenómeno lingüístico sea síntoma de un malestar de las conciencias. Pero ninguna palabra puede cambiar la realidad de las cosas: el aborto procurado es la eliminación deliberada y directa, como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va desde la concepción al nacimiento.

La gravedad moral del aborto procurado se manifiesta en toda su verdad, si se reconoce que se trata de un homicidio y particularmente si se consideran las circunstancias específicas que lo califican. A quien se elimina es un ser humano que comienza a vivir, es decir, lo más inocente que se pueda imaginar: jamás podrá ser considerado un agresor, y menos aún un agresor injusto. Es débil, inerte, hasta el punto de estar privado incluso de aquella mínima forma de defensa que constituye la fuerza implorante de los gemidos y del llanto del recién nacido. Se halla totalmente confiado en la protección y el cuidado de la mujer que lo lleva en su seno. Sin embargo, a veces, es justamente ella, la madre, quien decide y pide su eliminación.

En muchos casos la opción del aborto es dolorosa para la madre, cuando la decisión no se la toma por razones egoístas o de conveniencia, sino porque se desea preservar algunos bienes importantes, como la propia salud o un nivel de vida digno para los demás miembros de la familia.

Sin embargo, para la Iglesia Católica estas y otras razones semejantes, aún siendo graves y dramáticas, jamás pueden justificar la eliminación deliberada de un ser humano inocente.

Muchas veces en la decisión sobre la muerte de un niño aún no nacido, además de la madre intervienen otras personas.

Ante todo puede ser culpable el padre del niño, no sólo cuando induce expresamente a la mujer al aborto, sino también cuando favorece de modo indirecto esta decisión, al dejarla sola frente al embarazo.

No se puede olvidar que las presiones a veces provienen de un contexto más amplio de familiares y amigos. Frecuentemente la mujer se encuentra sometida a exigencias tan fuertes que se siente psicológicamente obligada a ceder al aborto: no hay duda de que en este caso, la responsabilidad moral afecta particularmente a quienes directa o indirectamente la han forzado a abortar.

Son responsables también los médicos y el personal sanitario cuando ponen al servicio de la muerte la competencia adquirida para promover la vida.

La responsabilidad también recae sobre los legisladores que han promovido y aprobado leyes que amparan el aborto y en la medida en que haya dependido de ellos, los administradores de las estructuras sanitarias utilizadas para realizar abortos.

Una responsabilidad no menos grave afecta a quienes difundieron una mentalidad de permisivismo sexual y de menosprecio a la maternidad, como a quienes debieron haber asegurado y no lo hicieron, políticas familiares y sociales válidas en apoyo de las familias, especialmente de las numerosas o con particulares dificultades económicas y educativas.

Tampoco se puede minimizar la complicidad que llegan a tener las instituciones internacionales, fundaciones y asociaciones que luchan porque se legalice el aborto en todo el mundo.

Por lo tanto se puede afirmar que el aborto no sólo es de responsabilidad directa de las personas concretas, va más allá y asume una dimensión fuertemente social.

*... es una herida gravísima causada a la sociedad y a su cultura por quienes deberían ser constructores y defensores".*<sup>13</sup>

El Papa Juan Pablo II, escribió una Carta a las Familias, en la cual decía: "nos encontramos ante una enorme amenaza contra la vida: no sólo la de cada individuo, sino también de toda la civilización".

13. Carta Encíclica del Sumo Pontífice Juan Pablo II. Op. Cit. pg. 107.



Refería el estar ante lo que puede definirse como una "estructura de pecado" contra la vida humana aún no nacida.

Se intenta justificar el aborto sosteniendo que el fruto de la concepción, al menos hasta un cierto número de días, no puede ser todavía considerado una vida humana.

En realidad desde el momento en que el óvulo es fecundado se inaugura una nueva vida que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. "Jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde entonces".<sup>14</sup>

"El ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción, y por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida".

La vida humana es sagrada e inviolable y aunque en la Sagrada Escritura no se menciona el aborto voluntario, el mandamiento "NO MATARAS", se extiende hacia él.

El hombre desde el seno materno, pertenece a Dios y en el pequeño embrión aún sin forma, él entreve al adulto del mañana, cuyos días están contados y cuya vocación está escrita en el "Libro de la Vida". (cf. Sal. 139 /138, 1. 13-16).

---

14. Carta Encíclica del Sumo Pontífice Juan Pablo II. C.E. Op. Cit. pg. 108.

La Tradición Cristiana como señala la Declaración emitida al respecto por la congregación para la Doctrina de la Fe, es clara y unánime al considerar por siempre al aborto como un desorden moral grave.

Desde que entró en contacto con el mundo greco-romano, en el que la práctica del aborto estaba muy difundida, la primera comunidad cristiana se opuso radicalmente con su doctrina y praxis, como demuestra la citada Didaché (No matarás al hijo en el seno de su madre, ni quitarás la vida al recién nacido).

Entre los escritores eclesiásticos del área griega, Atenágoras recuerda que los cristianos consideran como homicidas a las mujeres que recurren a medicinas abortivas, porque los niños aún en el seno de la madre, son ya objeto de la providencia de Dios.

Tertuliano entre los latinos afirma que: "Es un homicidio anticipado impedir el nacimiento, poco importa que se suprima el alma ya nacida o que se la haga desaparecer en el nacimiento. Es ya un hombre aquel que lo será".

Pío XI en la Encíclica *Casti Connubii* rechazó las pretendidas justificaciones del aborto. Excluyó todo aborto directo, es decir a todo acto que tienda directamente a destruir la vida humana aún no nacida, "tanto si tal destrucción se entiende como fin o sólo como medio para el fin". Juan XXIII reafirmó que la vida humana es sagrada porque "desde que aflora, ella implica directamente la acción creadora de Dios".

El Concilio Vaticano II, condenó con gran severidad el aborto: "se ha

de proteger la vida con el máximo cuidado desde la concepción, tanto el aborto como el infanticidio son crímenes nefandos".

La disciplina canónica de la Iglesia, desde los primeros siglos ha castigado con sanciones penales a quienes se manchaban con el aborto y su praxis.

El Código del Derecho Canónico para el aborto la pena de excomunión, tanto para quien se sometía como para quien lo practicaba. Por supuesto están incluidos los cómplices sin cuya cooperación el delito no se hubiera cometido.

Para la Iglesia la pena de excomunión tiene como fin hacer plenamente conscientes de la gravedad de un cierto pecado y favorecer a una adecuada conversión y penitencia.

Los Obispos aunque dispersos por el mundo concordaron con esta doctrina... "el aborto directo, es decir querido como fin como medio, es siempre un desorden moral grave, en cuanto eliminación deliberada de un ser humano inocente".<sup>15</sup>

La carta Encíclica concluye que:

Ninguna circunstancia, ninguna finalidad, ninguna ley del mundo podrá jamás hacer lícito un acto que es intrínseco, por ser contrario a la Ley de Dios.<sup>16</sup>

---

15, 16. Carta Encíclica del Sumo Pontífice Juan Pablo II. Op. Cit. pg. 113.

## 8.8 Aborto y cognición

Para este punto es importante remitirnos a una parte de los procesos cognitivos, la memoria, ya que esta tiene un papel importante en lo que al aborto se refiere y en el proceso del mismo.

### 8.8.1 Estructuras de la memoria

La memoria es la destreza mental, que permite recordar sucesos o informaciones pasadas.

Las manifestaciones de la memoria van más allá del recuerdo, también son comprensión, expresión verbal, habilidades motrices, procesos atencionales y resolución de problemas.

En todos los procesos mentales utilizamos información antigua, fruto de experiencias pasadas, la información se almacena y recupera.

La memoria se presenta como una sucesión de operaciones: codificación, almacenamiento, retención y recuperación de información.

La codificación se da cuando el flujo de estímulos llega a los receptores es analizado, organizado o transformado.

Esta información codificada se almacena y retiene por un tiempo variable.

La disponibilidad de la información almacenada va desde milisegundos hasta meses o años, ésta puede recuperarse con diversos propósitos.

La memoria tiene lugar en función de 4 pasos básicos:

**La percepción:** El primer paso en este proceso, puede ser involuntaria. El oír o ver algo produce una impresión que queda almacenada.

**Codificación:** Este es el proceso de clasificación de la información. Se necesita que la información esté preparada para su almacenamiento, siendo organizada de alguna forma significativa.

La codificación puede hacerse por letras del alfabeto en palabras, éstas en frases y las frases en ideas.

También se codifica el material por sonido y significado. Sólo la información puede ser recordada.

**Almacenamiento:** Este proceso permite que el material pueda permanecer en la memoria.

**Recuperación:** En esta etapa se extrae la información del almacén.

De acuerdo con esta teoría sobre el funcionamiento de la memoria, tenemos tres tipos de memoria:

**Memoria Sensorial:** Toma instantáneamente lo que ve, oye huele o toca.

Esta a su vez se divide en dos:

- a) **Memoria icónica:** Procede de los órganos de la visión. Desaparece con rapidez.
- b) **Memoria ecoica:** Proviene de nuestros oídos.

- **Memoria a corto plazo:** Esta es la memoria activa que contiene la información que se utiliza en el momento. Su capacidad es reducida.

- **Memoria a largo plazo:** La memoria a largo plazo almacena la información, en este sistema no se almacenan los aspectos superficiales de la información, es más bien una replica semántica de la información.

La memoria a largo plazo por el enorme repertorio de conocimiento que almacena requiere procesos de recuperación de la información no es instantánea, requiere un esfuerzo de concentración a veces considerable.

Elizabeth F. Loftus nos indica lo siguiente: "El cerebro condensa las experiencias a nuestro servicio". Parece borrar las partes aburridas para destacar las interesantes y de indicaciones para su almacenaje.

Aunque existen muchas semejanzas en la manera en que la gente organiza sus recuerdos, cada memoria es también única.

Ello es así porque la memoria es el resultado de una colección de experiencias de la vida de cada uno son diferentes.

### 8.9 Procesos de aprendizaje social y controles cognoscitivos

Para aprender cómo surgen los controles cognoscitivos en un individuo y saber la influencia que tendrán éstos en su comportamiento, nos referiremos en primera instancia al proceso de socialización.

Secord - Backman (1976) entienden la socialización como un proceso interaccional, donde el comportamiento de un individuo se modifica para que se conforme a las expectativas que tienen los miembros del grupo al cual pertenece. De esta manera incluye los procesos por los cuales el niño adquiere gradualmente los comportamientos asociados con una nueva posición en un grupo, una organización o una sociedad.

Los siguientes procesos son los que se dan en la socialización: <sup>17</sup>

- 1) Mecanismos de aprendizaje social, tales como la incitación, identificación y aprendizaje de roles.
- 2) Establecimiento de controles internos o morales y de otros procesos cognoscitivos como el autoconcepto.

---

17. Psicología social. Secord - Backman Mc. Graw Hill U.S.A. 1976.

- 3) El desarrollo de varios patrones de comportamiento sociales, tales como la dependencia, agresión y logro.
- 4) Los efectos de los sistemas sociales de la estructura social en el desarrollo de los comportamientos sociales.

Todos estos procesos de socialización producen cambios profundos en el individuo, los cuales lo acompañarán a lo largo de su vida.

El aprendizaje social elemental lleva a la formación de ciertos hábitos y a la inhibición de otros.

Las normas de comportamiento tienen su origen en las expectativas que otras personas tienen hacia el comportamiento del niño y con el paso del tiempo este niño irá desatrollando expectativas propias en función a su proyecto de vida.

Las expectativas que adopta y que tienen un elemento moral se llaman conciencia.

La conciencia es un sistema de normas que una persona aplica a sus propios actos o a los actos que planea para así llegar a un juicio sobre si son correctos o incorrectos.<sup>18</sup>

Por lo general, los actos que son incorrectos según estas normas producen sentimientos de culpabilidad, los cuales dan origen a varios comportamientos que llevan a reducir los sentimientos de

---

18. Psicología Social. Op. cit. pg. 455 - 481.

culpabilidad. Las acciones en armonía con estas normas suceden sin que el individuo se dé cuenta, o producen sentimientos positivos hacia el yo.

Cuando las normas funcionan de la manera descrita se denominan controles internos o controles cognoscitivos.<sup>18</sup>

### **8.10 IV Conferencia Mundial sobre la Mujer**

En el mes de septiembre de 1995, 190 países miembros de las Naciones Unidas, asistieron a la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer, entre ellos se contó con la presencia de Bolivia.

La delegación boliviana se encontró presidida por la Primera Dama de la Nación, nuestro comité estuvo integrado por el Ministro de Relación Exteriores y Culto y el Ministro de Desarrollo Humano, con la coordinación técnica de la Subsecretaria de Asuntos de Género.

Bolivia coordinó su participación en el marco del grupo de los 77 países no alineados, debido a que el Grupo Latinoamericano no logró constituirse.

Dentro del grupo en el cual participamos, se concensuaron la mayoría de los temas de la Plataforma de Acción, sin embargo sobre Salud y Derechos Humanos no se logró consenso, quedando así un espacio

---

18. Psicología Social. Op. cit. pg. 455 - 481.

para que cada país asumiera su posición individual e intentara negociaciones con otros países.

### **8.10.1 Objetivos de la conferencia**

El objetivo central de la Conferencia fue la adopción de una Plataforma de Acción como programa encaminado a crear condiciones necesarias para el fortalecimiento de la mujer en la sociedad, en un marco de igualdad, desarrollo y paz.

El planteamiento y adopción de la Plataforma de Acción parte de que la igualdad entre hombre y mujer es una cuestión estratégica para garantizar los Derechos Humanos y que la igualdad constituye una condición para el logro de la justicia.

- a) Reafirmar el principio establecido en el Programa de Acción de Viena respecto a que los Derechos Humanos de las mujeres y niñas son parte inalienable, integral e indivisible de los Derechos Humanos Universales, para que las mujeres logren a lo largo de su vida el pleno disfrute de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales.
- b) Resaltar que las mujeres comparten problemas comunes que se pueden resolver junto a los hombres para alcanzar la igualdad de género en todo el mundo. Reconociendo la diversidad de situaciones y condiciones en que se

encuentran las mujeres así como también las situaciones adversas que las afectan particularmente.

- c) Solicitar la adopción de medidas inmediatas y concertadas para crear un mundo pacífico, justo, humano y equitativo basado en los Derechos Humanos y las libertades fundamentales.

Igualdad para todas las personas independientemente de su edad y situación de vida.

- d) Obtener el empeño decidido de los gobiernos, las organizaciones internacionales y las instituciones a todos los niveles, y movilizar recursos suficientes a nivel nacional e internacional, así como recursos nuevos y adicionales para los países en desarrollo, a través de todos los mecanismos de financiación existentes para el adelanto de la mujer.

### **8.10.2 Plataforma de Acción**

Dentro del tema que nos ocupa, el aborto, Bolivia señala en su Declaración lo siguiente:

Respecto a la salud de la mujer, se plantea la necesidad de fortalecer el enfoque de la salud integral, por lo tanto la Salud Reproductiva pasa a ser un elemento fundamental.

Bolivia reconoce la planificación familiar como un derecho

de las parejas e individuos a decidir con libertad y responsabilidad el número de hijos que desean tener, respetando el derecho e igualdad de hombres y mujeres.

Bolivia ve en el aborto un problema de salud pública que no puede ser considerado como método de planificación familiar, sino como un problema al que se lo debe enfrentar atacando las causas sociales y económicas que lo provocan, ayudando a evitarlo y proporcionando acceso a la información, asesoramiento y servicios de planificación familiar.

Entre los temas que suscitaron el mayor debate estuvo el tema de la salud. Para esto se adoptó el concepto de Salud Reproductiva aprobado en la Conferencia de El Cairo.

Los gobiernos deben fomentar el acceso de la mujer a servicios de atención de la salud e información al respecto. También se plantea la necesidad de considerar la revisión de leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que tuvieron abortos, recalando siempre que el aborto no puede ser jamás considerado como método de planificación familiar.

Fueron eliminados de la Plataforma de Acción los puntos referentes a las orientaciones sexuales pues no hubo consenso.

Respecto al tema de derechos sexuales, se adoptó el concepto de Salud Sexual y Reproductiva.

## IX. DISEÑO METODOLOGICO

Para abordar el tema que estamos investigando elegimos como diseño metodológico el llamado NO EXPERIMENTAL, puesto que observamos los estados afectivos emocionales (v. dependientes) tal como se dieron, sin manipular las variables independientes (aborto espontáneo y aborto provocado) en vista de que estos ya habían sucedido antes de nuestra intervención.

Teniendo en cuenta que los datos fueron recolectados en un tiempo único, que fue durante el período de hospitalización, se trata de una investigación transeccional o transversal, la cual se centró en dos grupos de mujeres claramente definidos, las que tuvieron un aborto espontáneo y las que decidieron poner fin a su embarazo, recurriendo al aborto.

Siendo que describimos relaciones causales entre variables, en dos grupos de mujeres y en un momento determinado concluimos indicando que es un diseño transeccional o transversal correlacional/ causal.

Este diseño metodológico permitió tener un conocimiento amplio sobre el problema del aborto en sus dos clasificaciones, obteniendo así la posibilidad de descubrir las causas por las cuales se produce el aborto, los procesos mediatos e inmediatos por los cuales atraviesa la mujer e intentar explicar los factores determinantes para las distintas clases de reacciones, lo cual podría dar paso a futuras investigaciones.

Siendo la afectividad un producto de las relaciones personales del indivi-

duo con el medio circundante, expresadas en reacciones internas se eligió un método que permitiera reflejar claramente la realidad sobre la afectividad de la mujer durante la internación.

### **9.1 Definición de la población - Sujetos**

La investigación sobre los estados afectivos y emocionales en mujeres que sufrieron un aborto espontáneo o provocado; ha sido realizada a lo largo de dos años aproximadamente (1992-1994). Este trabajo se llevó a cabo en el Hospital de Clínicas Universitario, Sección Ginecología y posteriormente en la misma sección, pero ya dependiente del Hospital de la Mujer.

Las mujeres evaluadas para nuestra investigación pertenecían a la clase media-baja y no contaban con los suficientes recursos económicos, fue por esta razón que acudían de emergencia a este nosocomio, lugar donde el costo era accesible para ellas.

El diagnóstico con el que las pacientes ingresaban eran amenaza de aborto, en unos casos y aborto incompleto en otros.

En general la amenaza de aborto terminaba en aborto espontáneo, pues se acudía al hospital cuando éste era prácticamente inminente.

### **9.2 Definición de muestra**

La muestra utilizada tomó en cuenta a la mayoría de las pacientes internadas en la mencionada sala, a causa de un aborto.

Se trabajó con todas las pacientes internadas en fechas coincidentes con las visitas de la investigadora y con las cuales se pudo establecer contacto verbal, pues en algunos casos se trataban de mujeres aymaristas. El desconocimiento del idioma fue barrera para poder entrevistarlas.

En este estudio de casos institucional, no se realizó ningún tipo de selección respecto a edad, pues este ~~este~~ criterio está delimitado ya, debido al período fértil de la mujer.

El estado civil y el tipo de aborto tampoco fueron criterios de selección.

Para el procesamiento de la información recolectada se dividieron a las mujeres en rangos de edad, pero principalmente en dos grandes grupos claramente diferenciados por las variables aborto provocado y aborto espontáneo.

## 9.3 Método y técnica

### 9.3.1 Método

El método utilizado para este trabajo es un estudio descriptivo explicativo, el cual pudo ser realizado a través de una Ficha Exploratoria, Escala de Valoración Psiquiátrica para la Depresión y observaciones en el lugar de internación.

Es un estudio descriptivo porque se miden independientemente las

variables que nos sirven para analizar cómo son y se manifiestan los estados afectivos y emocionales después de un aborto.

Lo denominamos también estudio explicativo, porque pretendemos encontrar las razones o las causas para que las pacientes se vean afectadas en mayor o menor grado, de acuerdo a su tipo de aborto.

Con los datos obtenidos explicaremos por qué y cómo están relacionadas nuestras variables y daremos información respecto a influencias sociales, culturales, legales, económicas y psicológicas que provocan un aborto.

Para la selección de metodología nos basamos en los objetivos planteados y en la hipótesis. De esta manera abordamos al objeto de estudio integralmente, tomando en cuenta todas las causas y factores que contribuyen a una situación de aborto.

Esto permitió un estudio sistemático, yendo desde la observación, descripción e interpretación hasta alcanzar un análisis cuantitativo y cualitativo para explicar científicamente el fenómeno abordado.

### 9.3.2 Técnica

Las técnicas fueron la observación de las reacciones, comportamientos y la actitud que asumieron las mujeres que tuvieron un aborto. Posteriormente surgió un primer contacto verbal con la paciente a

---

objeto de conseguir un buen Report. Así como también para evitar errores en el momento de la aplicación de los cuestionarios.

Aquí se llevó a cabo una entrevista libre para explorar el estado de la paciente en ese momento, posteriormente se realizó una entrevista dirigida para configurar las principales causas que pudieron ocasionar este hecho.

Se propiciaba este primer encuentro cuando la paciente estaba sin visitas y en los casos posibles se las conducía a un lugar tranquilo e íntimo. Quienes estaban imposibilitados de moverse eran evaluadas en sus camas.

El siguiente paso fue la aplicación de la Ficha Exploratoria, la cual se corroboró constantemente mediante las historias clínicas y entrevistas con los familiares de las pacientes.

Una vez verificadas las respuestas, procedimos a la administración de la Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton, para ello fue necesario ver si sus reacciones eran similares a las indicadas en la Escala.

En ambos cuestionarios se utilizó el mismo modelo de administración, las preguntas fueron leídas en voz alta para no tropezar con problemas de mala interpretación, en algunos casos fue necesaria una explicación sencilla respecto a los ítems a investigar.

Al ser emitida la respuesta de la paciente, ésta debía ser verificada mediante observación y con ayuda de la entrevista clínica.

Solamente cuando se la comprobaba se procedía a anotarla definitivamente.

Cada una de las respuestas fue analizada para posteriormente ser calculada porcentualmente, así obtuvimos la relación entre reacciones afectivas y emocionales y aborto.

Con el propósito de poner a prueba la metodología elegida, realizamos un estudio Piloto como un ensayo general del trabajo definitivo.

Este se ejecutó de acuerdo con el procedimiento planeado, la cantidad de mujeres elegidas fue restringido. Tomamos 20 pacientes diagnosticadas con aborto incompleto, de éstas, 12 indicaron haber experimentado un aborto espontáneo y 8 un aborto provocado.

Gracias a este estudio comprobó la adecuación de las variables y los criterios para los análisis estadísticos elegidos.

#### 9.4 Instrumento

Los instrumentos utilizados para esta investigación fueron:

- a) Ficha Exploratoria (Ver Anexo N° 6)

Esta ficha nos permitió establecer las causas para que se produjera un aborto y para ello se tomó en cuenta:

- edad
- estado civil
- escolaridad
- ocupación
- diagnóstico médico definitivo
- relación de pareja
- número de partos
- hijos vivos
- abortos provocados
- abortos espontáneos
- tipo de aborto que sufrió antes de la internación
- causa
- estados afectivos y emocionales que presentaba (ver anexos)

b) Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la depresión. (Ver Anexo N° 7)

Es utilizada para los estados de ansiedad, depresión, manía y esquizofrenia, ligados al DSM IV. Nosotros sólo tomamos en cuenta las dos primeras.

Con este instrumento exploramos los siguientes aspectos:

- ansiedad
- tensión
- insomnio

dificultad en la concentración

humor deprimido

síntomas somáticos musculares, respiratorios, cardiovasculares.

Esta escala permitió determinar el grado de compromiso con el estado de ánimo de las mujeres que abortaron, **esta descripción no determinó un diagnóstico.**

Presenta 22 ítems y determina 3 categorías:

depresión mayor

depresión menor

estado no depresivo (no se consigna pero tiene mucha importancia - ver anexo)

El hecho de disponer datos consistentes sobre los estados afectivos y emocionales de las mujeres que tuvieron un aborto nos servirá para proporcionar elementos importantes para un trabajo sobre educación sexual, especialmente si conocemos causa y efectos.

Obtuvimos este trabajo a través de la comparación sistemática entre las respuestas de 55 mujeres que tuvieron un aborto espontáneo y 35 mujeres con aborto provocado, lo cual nos da un total de 90 mujeres evaluadas.

## X. RESULTADOS

La interpretación de los resultados brindados por el análisis estadístico tendrá esencialmente la comparación entre la situación general de la mujer y los estados afectivos y emocionales que presenta, según haya sido aborto espontáneo o provocado.

### 10.1 Factores Demográficos

#### TABLA 1

#### RELACIÓN ENTRE EDAD Y ABORTO

##### Aborto provocado

Entre 15 y 18 años el 22,86% tuvo un aborto provocado.

El 20,00% de este tipo de abortos se encuentra entre los 35 años en adelante.

En el 17,14% están las mujeres entre 19 y 22 años.

Con el 14,29% coinciden los grupos de 23 a 26 años y de 17 a 30 años respectivamente.

\* **Aborto espontáneo**

El mayor porcentaje lo tenemos en mujeres de 27 a 30 años con el 27,27%.

Luego con el 23,64% están las mujeres entre los 23 y 26 años.

Con el 14,55% coinciden los grupos entre 19 y 22 años y el de 35 años en adelante.

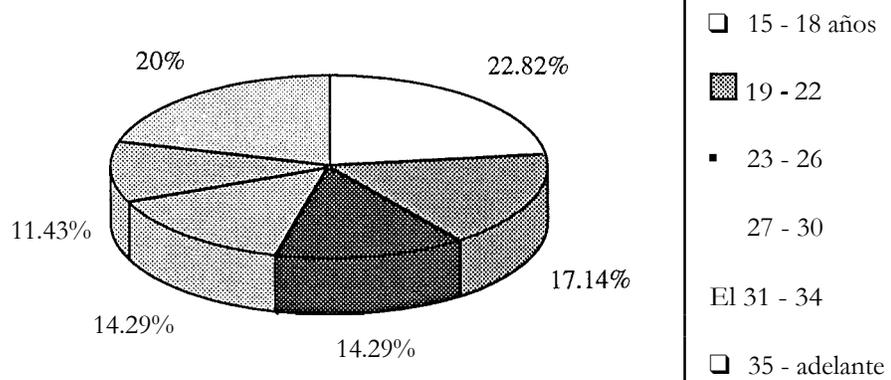
El 12,73% de la mujeres lo encontramos entre los 15 a 18 años.

Finalmente el 7,27% en el grupo de 31 a 34 años.

**TABLA 1**  
**RELACION ENTRE EDAD Y ABORTO**

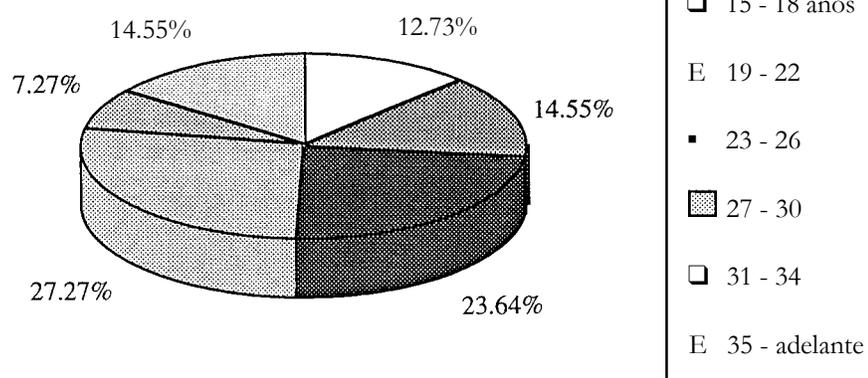
| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
| EDAD             | FRECUENCIA | % S/35 |
| 15 - 18          | 8          | 22,86  |
| 19 - 22          | 6          | 17,14  |
| 23 - 26          | 5          | 14,29  |
| 27 - 30          | 5          | 14,29  |
| 31 - 34          | 4          | 11,43  |
| 35 - adelante    | 7          | 20,00  |
| TOTALES          | 35         | 100,01 |

**RELACION EDAD - ABORTO**



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
| EDAD              | FRECUENCIA | % S/55 |
| 15 - 18           | 7          | 12,73  |
| 19 - 22           | 8          | 14,55  |
| 23 - 26           | 13         | 23,64  |
| 27 - 30           | 15         | 27,27  |
| 31 - 34           | 4          | 7,27   |
| 35 - adelante     | 8          | 14,55  |
| TOTALES           | 55         | 100,01 |

### RELACION EDAD - ABORTO



## TABLA 2

## RELACIÓN ENTRE ABORTO Y ESTADO CIVIL

## \* Aborto provocado

El 37,14% de las mujeres con aborto provocado eran solteras.

Las casadas tuvieron este tipo de aborto en un 28,53%.

El 22,88% fueron concubinas.

Separadas encontramos al 8,57% y sólo una de ellas, es decir el 2,88% era viuda.

## \* Aborto espontáneo

El 45,45% de mujeres con aborto espontáneo fueron casadas.

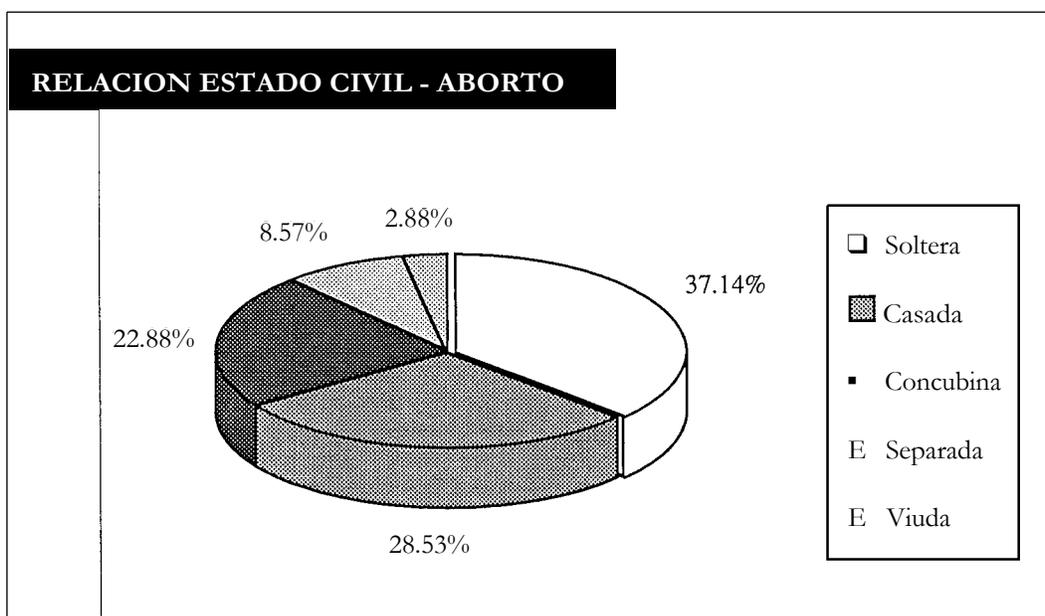
Concubinas el 29,10%.

El 16,36% eran solteras y el 9,09% estaban separadas.

No hubo ninguna viuda con este tipo de aborto.

**TABLA 2**  
**RELACION ENTRE ABORTO Y ESTADO CIVIL**

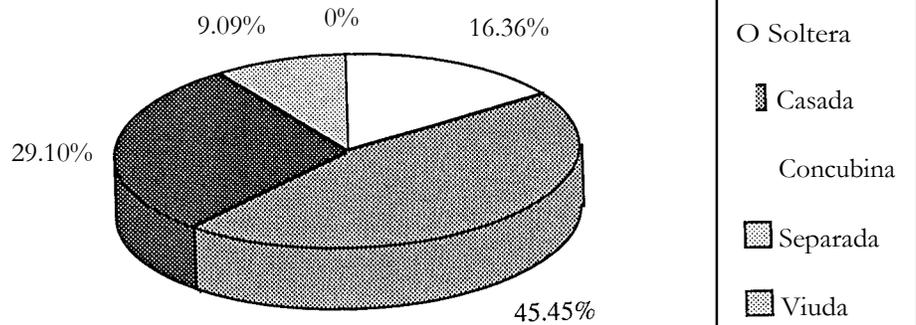
| ABORTO PROVOCADO |            |            |
|------------------|------------|------------|
| ESTADO CIVIL     | FRECUENCIA | % S/ 35    |
| Soltera          | 13         | 37,14      |
| Casada           | 10         | 28,53      |
| Concubina        | 8          | 22,88      |
| Separada         | 3          | 8,57       |
| Viuda            | 1          | 2,88       |
| <b>TOTALES</b>   | <b>35</b>  | <b>100</b> |



### ABORTO ESPONTANEO

| ESTADO CIVIL   | FRECUENCIA | % S/ 55       |
|----------------|------------|---------------|
| Soltera        | 9          | 16,36         |
| Casada         | 25         | 45,45         |
| Concubina      | 16         | 29,10         |
| Separada       | 5          | 9,09          |
| Viuda          | 0          | 0,00          |
| <b>TOTALES</b> | <b>55</b>  | <b>100,00</b> |

#### RELACION ESTADO CIVIL - ABORTO



## 10.2 Factores Académicos

### TABLA 3

#### RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD Y ABORTO

##### \* Aborto Provocado

El 34,29% tenía instrucción hasta un nivel técnico.

Curso hasta la secundaria el 31,42%.

El 20,00% sólo había cursado hasta primaria y el 14,29% contaba con instrucción universitaria.

##### \* Aborto espontáneo

El 45,45% tuvo instrucción secundaria.

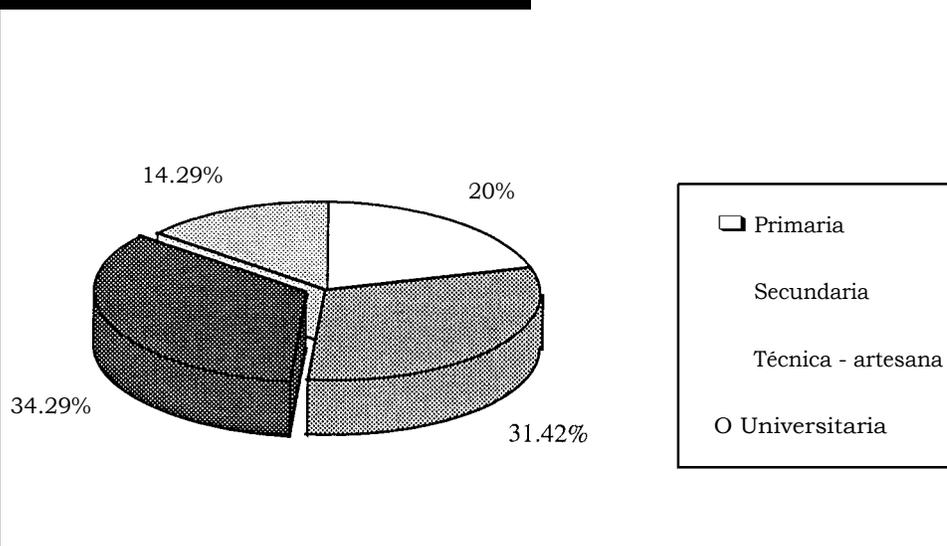
En nivel técnico encontramos el 25,45%.

Tuvo sólo instrucción primaria el 18,18% y el 10,92% llegó a nivel universitario.

TABLA 3  
RELACION ENTRE ESCOLARIDAD Y ABORTO

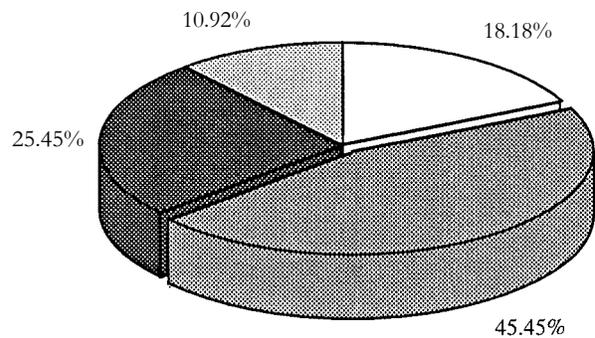
| ABORTO PROVOCADO |            |         |
|------------------|------------|---------|
| ESCOLARIDAD      | FRECUENCIA | % S/ 35 |
| Primaria         | 7          | 20,00   |
| Secundaria       | 11         | 31,42   |
| Técnica artesana | 12         | 34,29   |
| Universitaria    | 5          | 14,29   |
| TOTALES          | 35         | 100,00  |

**RELACION ESCOLARIDAD ABORTO**



| ABORTO ESPONTANEO |            |         |
|-------------------|------------|---------|
| ESCOLARIDAD       | FRECUENCIA | % S/ 55 |
| Primaria          | 10         | 18,18   |
| Secundaria        | 25         | 45,45   |
| Técnica artesana  | 14         | 25,45   |
| Universitaria     | 6          | 10,92   |
| TOTALES           | 55         | 100,00  |

### RELACION ESCOLARIDAD - ABORTO



|                          |          |                          |            |                          |                    |                          |               |
|--------------------------|----------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Primaria | <input type="checkbox"/> | Secundaria | <input type="checkbox"/> | Técnica - artesana | <input type="checkbox"/> | Universitaria |
|--------------------------|----------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------|

### 10.3 Factores Ocupacionales

TABLA 4

#### RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y ABORTO

\* Aborto provocado

El 28,57% de mujeres era estudiante.

El 25,71% tenía actividades, nada definitivo.

Con el 22,86% tenemos a las vendedoras.

El 17,14% realizaba labores de casa y el 5,72% trabajaba como empleada doméstica.

\* Aborto espontáneo

El mayor porcentaje lo encontramos entre las que realizaban labores de casa siendo el 50,91%.

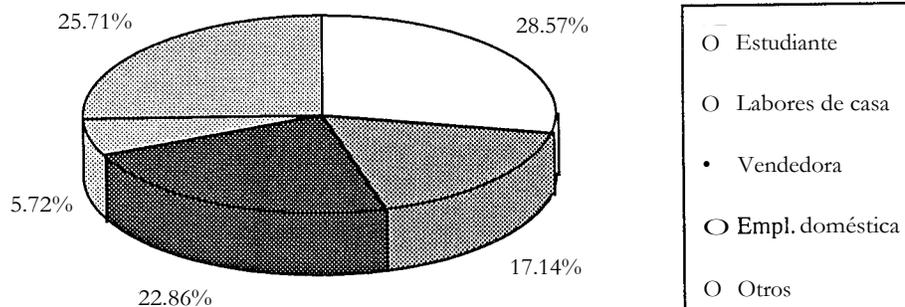
El 23,64% fueron estudiantes.

Vendedoras el 5,45% y empleadas domésticas el 3,64%.

TABLA 4  
RELACION ENTRE OCUPACION Y ABORTO

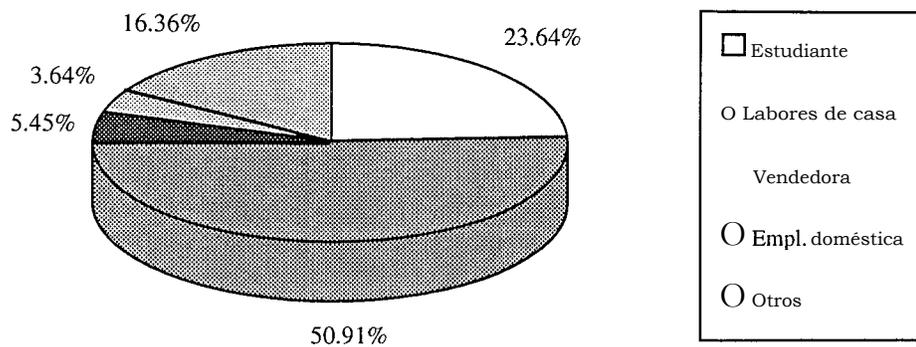
| ABORTO PROVOCADO   |            |         |
|--------------------|------------|---------|
| OCUPACION          | FRECUENCIA | % S/ 35 |
| Estudiante         | 10         | 28,57   |
| Labores de casa    | 6          | 17,14   |
| Vendedora          | 8          | 22,86   |
| Empleada doméstica | 2          | 5,72    |
| Otros              | 9          | 25,71   |
| TOTALES            | 35         | 100,00  |

**RELACION OCUPACION - ABORTO**



| ABORTO ESPONTANEO  |            |         |
|--------------------|------------|---------|
| OCUPACION          | FRECUENCIA | % S/ 55 |
| Estudiante         | 13         | 23,64   |
| Labores de casa    | 28         | 50,91   |
| Vendedora          | 3          | 5,45    |
| Empleada doméstica | 2          | 3,64    |
| Otros              | 9          | 16,36   |
| TOTALES            | 55         | 100,00  |

### RELACION OCUPACION - ABORTO



## 10.4 Factores Familiares

### TABLA 5

#### RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PARTOS Y ABORTOS

\* Aborto provocado

El 54,29% no tuvo partos con anterioridad.

El 22,85% tuvo 3 o más partos.

Con el 11,43% coinciden quienes tuvieron uno y dos partos.

\* Aborto espontáneo

También encontramos el mayor porcentaje en quienes no tuvieron partos anteriormente con el 32,73%.

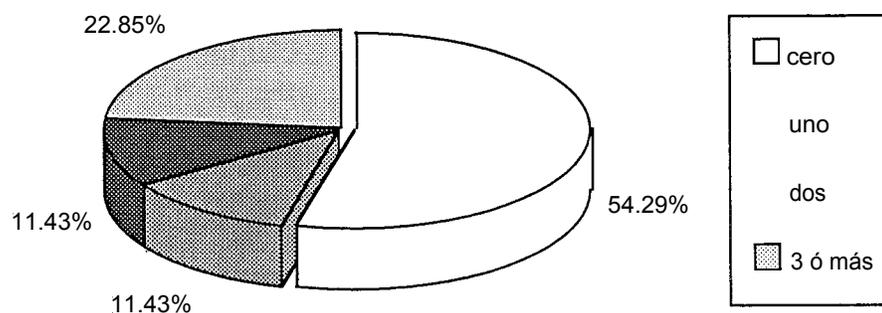
El 29,09% tuvo 3 o más partos.

El 20,00% tuvo sólo un parto y el 18,18% tuvo dos.

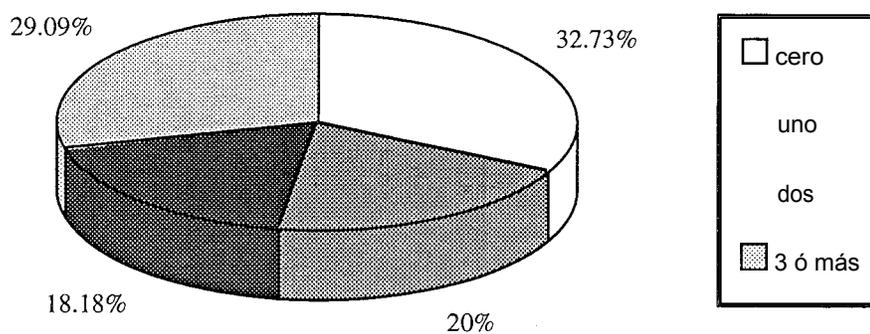
**TABLA 5**  
**RELACION ENTRE NUMERO DE PARTOS Y ABORTO**

| ABORTO PROVOCADO |            |         |
|------------------|------------|---------|
| # DE PARTOS      | FRECUENCIA | % S/ 35 |
| 0                | 19         | 54,29   |
| 1                | 4          | 11,43   |
| 2                | 4          | 11,43   |
| 3 ó más          | 8          | 22,85   |
| TOTALES          | 35         | 100,00  |

**RELACION # de PARTOS - ABORTO**



| ABORTO ESPONTANEO |            |         |
|-------------------|------------|---------|
| # DE PARTOS       | FRECUENCIA | % S/ 55 |
| 0                 | 18         | 32,73   |
| 1                 | 11         | 20,00   |
| 2                 | 10         | 18,18   |
| 3 ó más           | 16         | 29,09   |
| TOTALES           | 55         | 100,00  |

**RELACION # de PARTOS - ABORTO**

## TABLA 6

## RELACIÓN ENTRE HIJOS VIVOS Y ABORTO

## \* Aborto provocado

El 54,29% de las mujeres no tenía hijos.

El 17,13% había tenido 3 o más hijos.

Con el 14,29% coinciden los grupos de mujeres que tuvieron uno y dos hijos respectivamente.

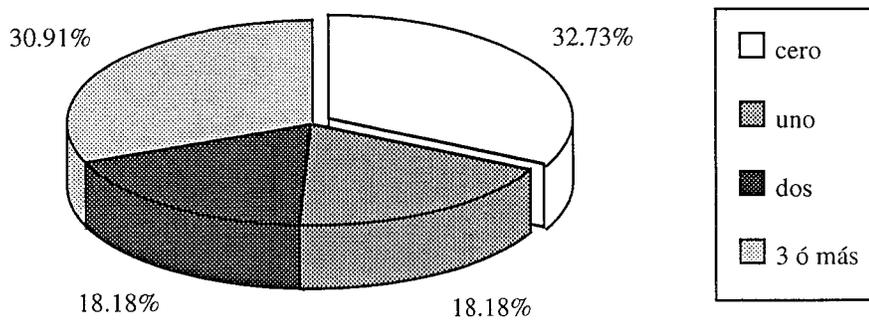
## \* Aborto espontáneo

El 32,73% no tenía hijos.

El 30,91% tuvo 3 o más hijos.

Coinciden los porcentajes entre uno y dos hijos vivos con el 18,18%.

| ABORTO ESPONTANEO |            |         |
|-------------------|------------|---------|
| # DE HIJOS        | FRECUENCIA | % S/ 55 |
| 0                 | 18         | 32,73   |
| 1                 | 10         | 18,18   |
| 2                 | 10         | 18,18   |
| 3 ó más           | 17         | 30,91   |
| TOTALES           | 55         | 100,00  |

**RELACION # de HIJOS - ABORTO**

## TABLA 7

## RELACIÓN ENTRE RELACIÓN CON LA PAREJA Y ABORTO

## \* Aborto provocado

El 31,43% tenía buena relación con la pareja.

El 28,57% una relación indiferente.

El 25,71% no tenía ninguna relación con la pareja y sólo el 14,29% se llevaba mal.

## \* Aborto espontáneo

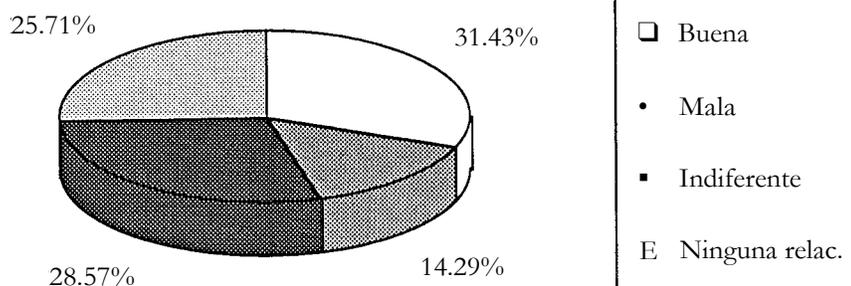
El mayor porcentaje está entre las mujeres que tenían buena relación con el 34,55%.

El 29,09% tenía mala relación. Los porcentajes del 18,18% coinciden entre las que tenían relación indiferente y ninguna relación con la pareja.

TABLA 7  
RELACION ENTRE RELACION CON LA PAREJA Y ABORTO

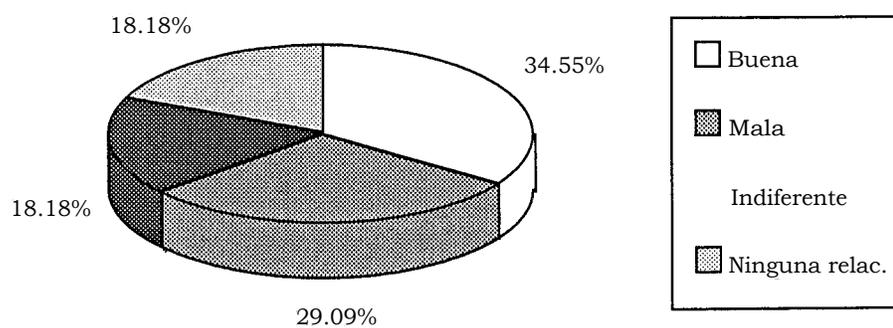
| ABORTO PROVOCADO |            |         |
|------------------|------------|---------|
|                  | FRECUENCIA | % S/ 35 |
| Buena            | 11         | 31,43   |
| Mala             | 5          | 14,29   |
| Indiferente      | 10         | 28,57   |
| Ninguna relación | 9          | 25,71   |
| TOTALES          | 35         | 100,00  |

RELACION CON LA PAREJA - ABORTO



| ABORTO ESPONTANEO |            |         |
|-------------------|------------|---------|
|                   | FRECUENCIA | % S/ 55 |
| Buena             | 19         | 34,55   |
| Mala              | 16         | 29,09   |
| Indiferente       | 10         | 18,18   |
| Ninguna relación  | 10         | 18,18   |
| TOTALES           | 55         | 100,00  |

### RELACION CON LA PAREJA - ABORTO



## 10.5 Factores Clínicos

TABLA 8

### RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO Y ABORTO

#### Aborto provocado

El 71,43% fue diagnosticada como aborto incompleto.

El 17,14% como aborto inminente.

Sólo el 11,43% presentó huevo muerto y retenido y ninguna amenaza de aborto.

#### Aborto espontáneo

El 58,18% presentó aborto incompleto.

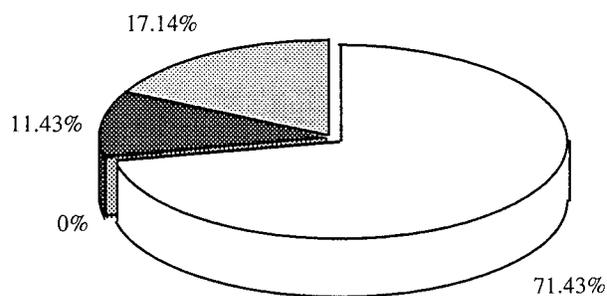
El 20,00% fue diagnosticada con huevo muerto retenido.

El 18,18% tenía aborto inminente y sólo el 3,64% amenaza de aborto.

TABLA 8  
RELACION ENTRE DIAGNOSTICO Y ABORTO

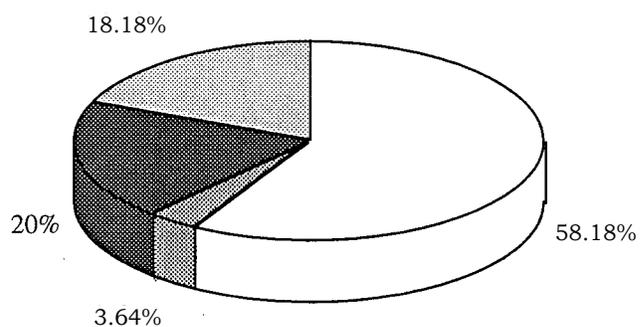
| ABORTO PROVOCADO      |            |         |
|-----------------------|------------|---------|
|                       | FRECUENCIA | % S/ 35 |
| Aborto incompleto     | 25         | 71,43   |
| Amenaza de aborto     | 0          | 0,00    |
| Huevo muerto retenido | 4          | 11,43   |
| Aborto inminente      | 6          | 17,14   |
| TOTALES               | 35         | 100,00  |

RELACION DIAGNOSTICO - ABORTO



Aborto incompleto    
 Amenaza de aborto    
 Huevo muerto retenido    
 Aborto inminente

| ABORTO ESPONTANEO     |            |         |
|-----------------------|------------|---------|
|                       | FRECUENCIA | % S/ 55 |
| Aborto incompleto     | 32         | 58,18   |
| Amenaza de aborto     | 2          | 3,64    |
| Huevo muerto retenido | 11         | 20,00   |
| Aborto inminente      | 10         | 18,18   |
| TOTALES               | 55         | 100,00  |

**RELACION DIAGNOSTICO - ABORTO**

□ Aborto incompleto    ▨ Amenaza de aborto    ■ Huevo muerto retenido    ▩ Aborto inminente

## TABLA 9

## RELACIÓN ENTRE ABORTOS PROVOCADOS Y ABORTO ESPONTÁNEO

## \* Aborto provocado

El 68,57% tuvo sólo un aborto provocado.

El 25,72% indicó haber tenido dos abortos provocados.

El 5,71% tuvo 3 o más abortos provocados.

## \* Aborto espontáneo

Entre las mujeres con aborto espontáneo el 74,55% no tuvo ningún aborto provocado.

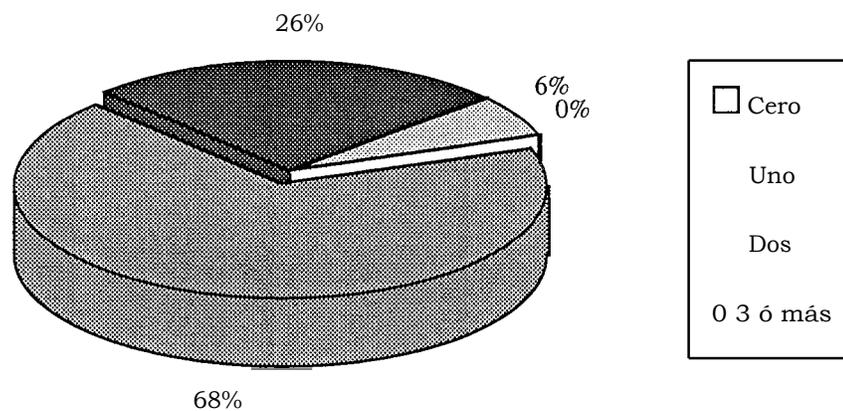
El 21,81% había tenido con anterioridad un aborto provocado.

El 3,64% tuvo dos y ninguna tuvo 3 ó más.

**TABLA 9**  
**RELACION ENTRE ABORTOS PROVOCADOS Y ESPONTANEOS**

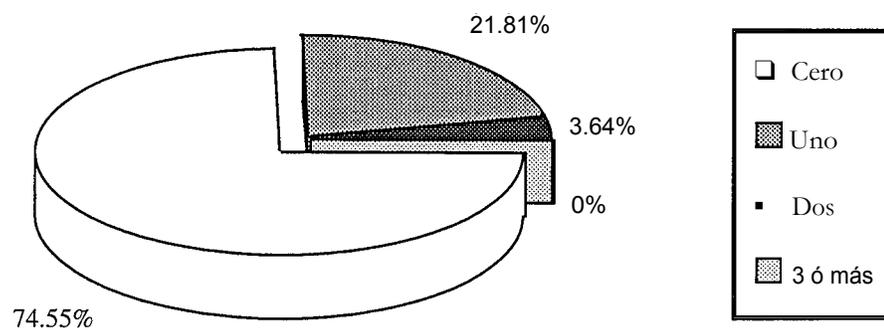
| ABORTO PROVOCADO |            |               |
|------------------|------------|---------------|
|                  | FRECUENCIA | % S/ 35       |
| 0                | 0          | 0,00          |
| 1                | 24         | 68,57         |
| 2                | 9          | 25,72         |
| 3 ó más          | 2          | 5,71          |
| <b>TOTALES</b>   | <b>35</b>  | <b>100,00</b> |

**RELACION ABORTOS PROVOCADOS - ABORTO ESPONTANEOS**



| ABORTO ESPONTANEO |            |         |
|-------------------|------------|---------|
|                   | FRECUENCIA | % S/ 55 |
| 0                 | 41         | 74,55   |
| 1                 | 12         | 21,81   |
| 2                 | 2          | 3,64    |
| 3 ó más           | 0          | 0,00    |
| TOTALES           | 55         | 100,00  |

#### RELACION ABORTOS PROVOCADOS - ABORTO ESPONTANEOS



## TABLA 10

## RELACIÓN ENTRE ABORTO ESPONTÁNEO Y ABORTO

## \* Aborto provocado

El 80,00% no tuvo ningún aborto espontáneo.

El 14,29% tuvo uno y el 5,71% había tenido dos.

Ninguna tuvo 3 ó más abortos espontáneos.

## \* Aborto espontáneo

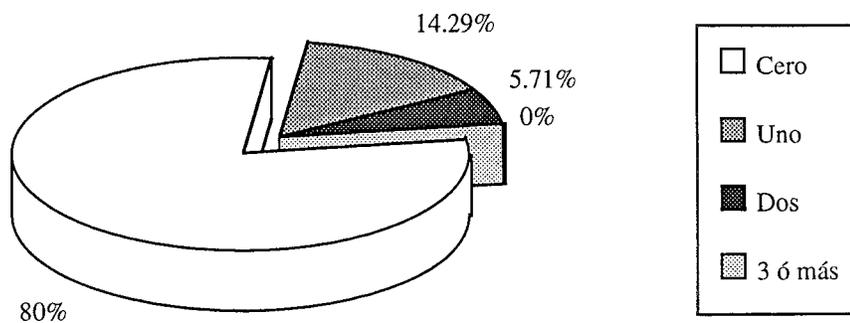
El 83,63% tuvo sólo un aborto espontáneo.

El 12,73% dos abortos espontáneos y el 3,64% repitió esta experiencia 3 o más veces.

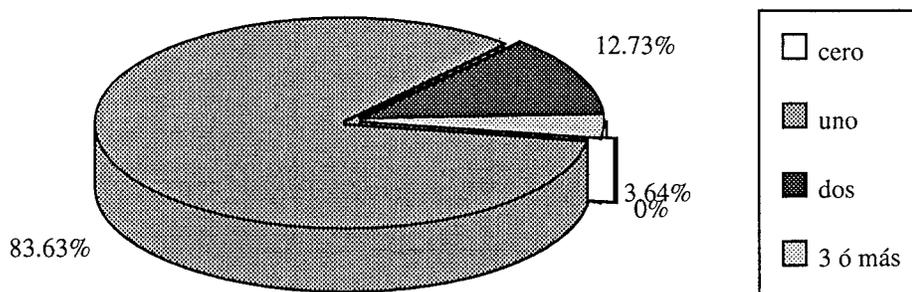
TABLA 1e  
RELACION ENTRE ABORTO ESPONTANEO Y ABORTO

| ABORTO PROVOCADO |            |         |
|------------------|------------|---------|
|                  | FRECUENCIA | % S/ 35 |
| 0                | 28         | 80,00   |
| 1                | 5          | 14,29   |
| 2                | 2          | 5,71    |
| 3 ó más          | 0          | 0,00    |
| TOTALES          | 35         | 100,00  |

**RELACION ABORTO ESPONTANEO - ABORTO**



| ABORTO ESPONTANEO |            |         |
|-------------------|------------|---------|
|                   | FRECUENCIA | % S/ 55 |
| 0                 | 0          | 0,00    |
| 1                 | 48         | 83,63   |
| 2                 | 7          | 12,73   |
| 3 ó más           | 2          | 3,64    |
| TOTALES           | 55         | 100,00  |

**RELACION ABORTO ESPONTANEO - ABORTO**

## TABLA 11

## RELACIÓN ENTRE CAUSA Y ABORTO

## \* Aborto provocado

El mayor porcentaje lo tenemos en el legrado uterino con el 62,86%.

Otros métodos nos dan el 37,14%.

Ninguna por golpes, caídas ni levantar pesos.

## \* Aborto espontáneo

El 43,64% tuvo el aborto por haber levantado peso.

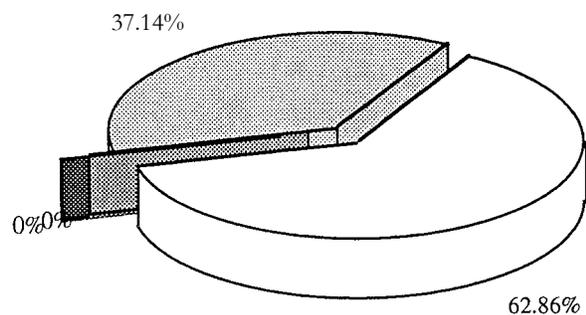
El 29,09% a causa de golpes y caídas.

En el 27,27% se ubican otras causas.

**TABLA 41**  
**RELACION ENTRE CAUSA Y ABORTO**

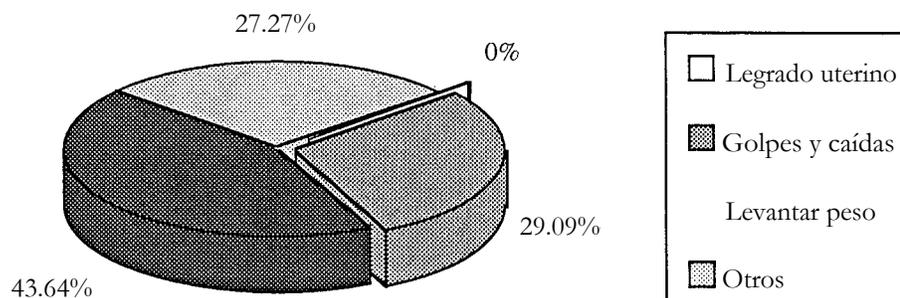
| ABORTO PROVOCADO |            |               |
|------------------|------------|---------------|
|                  | FRECUENCIA | % S/ 35       |
| Legrado uterino  | 22         | 62,86         |
| Golpes y caídas  | 0          | 0,00          |
| Levantar peso    | 0          | 0,00          |
| Otros            | 13         | 37,14         |
| <b>TOTALES</b>   | <b>35</b>  | <b>100,00</b> |

**RELACION ABORTO ESPONTANEO - ABORTO**



Legrado uterino 
  Golpes y caídas 
  Levantar peso 
  Otros

| ABORTO ESPONTANEO |            |         |
|-------------------|------------|---------|
|                   | FRECUENCIA | % S/ 55 |
| Legrado uterino   | 0          | 0,00    |
| Golpes y caídas   | 16         | 29,09   |
| Levantar peso     | 24         | 43,64   |
| Otros             | 15         | 27,27   |
| TOTALES           | 55         | 100,00  |

**RELACION ABORTO ESPONTANEO - ABORTO**

## 10.6 Factores Psicológicos

### TABLA 12

#### RELACIÓN ENTRE ABORTO Y ESTADOS AFECTIVOS Y EMOCIONALES QUE LA MUJER PRESENTA

Esta tabla nos muestra los diferentes estados afectivos y emocionales que presentan las mujeres según haya sido su aborto, espontáneo o provocado.

En algunos casos se observaron más de dos estados, motivo por el cual se presenta el cuadro tal cual con el número total de mujeres en cada grupo.

Su interpretación es sencilla. Se debe relacionar el número de cada paciente con cada estado afectivo y emocional numerado del 1 al 10.

TABLA 12  
RELACION ABORTO Y ESTADOS AFECTIVOS

| ABORTO PROVOCADO |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| PACIENTE         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1                | 1 |   |   |   |   | 1 |   |   |   | 1  |
| 2                |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |    |
| 3                |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 4                |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   | 1  |
| 5                |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 6                |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 1 |    |
| 7                |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   | 1  |
| 8                |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 9                |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 10               |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 11               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 12               |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 13               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 14               |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 15               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 16               |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 1 |    |
| 17               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 18               |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 19               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 20               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 1  |
| 21               |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 22               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 23               |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 24               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 25               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 26               |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 27               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 28               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 29               |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 1 |    |
| 30               |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 31               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 32               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |    |
| 33               |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 1 |    |
| 34               |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 1  |
| 35               |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 1 |    |

1. Culpabilidad
2. Tristeza
3. Depresión
4. Ansiedad
5. Arrepentimiento
6. Temor
7. Desesperación
8. Resignación
9. Satisfacción
10. Soledad

| ABORTO ESPONTANEO |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| PACIENTE          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1                 | 1 |   |   |   | 1 |   | 1 |   |   |    |
| 2                 |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   | 1  |
| 3                 | 1 |   |   | 1 |   |   | 1 |   |   |    |
| 4                 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 5                 |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   |    |
| 6                 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 1  |
| 7                 |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 8                 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 9                 | 1 |   |   |   | 1 |   | 1 |   |   |    |
| 10                |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   |    |
| 11                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 12                |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 1  |
| 13                |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 |   |    |
| 14                | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   |   |    |
| 15                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 16                |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |    |
| 17                |   | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 18                | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 19                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 1  |
| 20                | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 21                |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   |    |
| 22                |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 |   |    |
| 23                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 24                |   |   |   |   |   | 1 |   | 1 |   |    |
| 25                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 26                | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   |   |    |
| 27                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 28                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 29                |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 30                | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   |   |    |
| 31                |   |   | 1 |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 32                |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 1  |
| 33                |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |    |
| 34                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 35                |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |    |

1. Culpabilidad
2. Tristeza
3. Depresión
4. Ansiedad
5. Arrepentimiento
6. Temor
7. Desesperación
8. Resignación
9. Satisfacción
10. Soledad

| ABORTO ESPONTANEO |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| PACIENTE          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 36                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 37                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 38                |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   |    |
| 39                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 40                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 41                | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   |   |    |
| 42                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 43                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 44                |   | 1 |   |   | 1 |   |   | 1 |   |    |
| 45                | 1 |   |   |   |   |   |   | 1 |   |    |
| 46                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 47                |   |   |   |   | 1 |   | 1 |   |   |    |
| 48                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 49                | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   |   |    |
| 50                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 51                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 1  |
| 52                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 53                | 1 |   |   |   |   | 1 |   | 1 |   |    |
| 54                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |    |
| 55                | 1 |   |   |   |   |   |   | 1 |   |    |

1. Culpabilidad
2. Tristeza
3. Depresión
4. Ansiedad
5. Arrepentimiento
6. Temor
7. Desesperación
8. Resignación
9. Satisfacción
10. Soledad

---

TABLA 13

RELACIÓN ENTRE ABORTO Y LO OBSERVADO EN LA  
PACIENTE

Al igual que en la Tabla 13, presentamos los cuadros con la totalidad de las mujeres, indicando con ellos lo que cada una mostró ante la situación que había vivido.

Para la interpretación seguimos la misma modalidad que en la Tabla 12, pero relacionando a las pacientes con los números del 1 al 15.

TABLA 13  
RELACION ABORTO Y LO OBSERVADO EN LA PACIENTE

| ABORTO PROVOCADO |   |   |   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|---|
| PACIENTE         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1                | 1 |   |   |   |   |
| 2                |   | 1 |   |   |   |
| 3                |   |   |   | 1 |   |
| 4                |   | 1 |   |   |   |
| 5                |   |   |   |   | 1 |
| 6                |   | 1 |   |   |   |
| 7                |   |   |   | 1 |   |
| 8                |   |   |   |   | 1 |
| 9                |   |   |   |   | 1 |
| 10               |   | 1 |   |   |   |
| 11               |   |   |   |   | 1 |
| 12               |   | 1 |   |   |   |
| 13               |   |   |   | 1 |   |
| 14               |   | 1 |   |   |   |
| 15               |   |   |   |   | 1 |
| 16               |   |   | 1 |   |   |
| 17               |   |   |   |   | 1 |
| 18               |   | 1 |   |   |   |
| 19               |   |   |   |   | 1 |
| 20               |   |   |   |   | 1 |
| 21               |   |   | 1 |   |   |
| 22               |   |   |   | 1 |   |
| 23               |   |   | 1 |   |   |
| 24               |   |   |   | 1 |   |
| 25               |   |   | 1 |   |   |
| 26               |   |   | 1 |   |   |
| 27               |   |   |   |   | 1 |
| 28               |   |   | 1 |   |   |
| 29               |   | 1 |   |   |   |
| 30               |   | 1 |   |   |   |
| 31               |   |   |   | 1 |   |
| 32               |   | 1 |   |   |   |
| 33               |   | 1 |   |   |   |
| 34               |   |   | 1 |   |   |
| 35               |   | 1 |   |   |   |

1. Llanto (labilidad emocional)
2. Temor de que la familia la sepa
3. Temor que la pareja la deje
4. Preocupación por sus hijos
5. Ninguna reacción

| ABORTO ESPONTANEO |   |   |   |   |   |
|-------------------|---|---|---|---|---|
| PACIENTE          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1                 | 1 |   |   |   |   |
| 2                 | 1 |   |   |   |   |
| 3                 | 1 |   |   |   |   |
| 4                 |   |   | 1 | 1 |   |
| 5                 | 1 |   |   |   |   |
| 6                 |   |   | 1 | 1 |   |
| 7                 | 1 |   |   | 1 |   |
| 8                 |   |   | 1 |   |   |
| 9                 | 1 |   |   | 1 |   |
| 10                | 1 |   |   |   |   |
| 11                |   |   | 1 |   |   |
| 12                | 1 |   |   | 1 |   |
| 13                | 1 |   |   |   |   |
| 14                | 1 |   |   | 1 |   |
| 15                |   |   | 1 | 1 |   |
| 16                |   |   | 1 |   |   |
| 17                | 1 |   |   | 1 |   |
| 18                | 1 |   |   | 1 |   |
| 19                | 1 |   |   |   |   |
| 20                | 1 |   |   |   |   |
| 21                |   |   | 1 | 1 |   |
| 22                | 1 |   |   |   |   |
| 23                | 1 |   |   |   |   |
| 24                |   | 1 |   |   |   |
| 25                | 1 |   |   |   |   |
| 26                | 1 |   |   |   |   |
| 27                |   |   | 1 |   |   |
| 28                |   |   | 1 |   |   |
| 29                |   |   | 1 |   |   |
| 30                | 1 |   |   |   |   |
| 31                |   |   | 1 |   |   |
| 32                |   |   | 1 |   |   |
| 33                |   | 1 |   |   |   |
| 34                |   |   | 1 |   |   |
| 35                | 1 |   |   |   |   |

1. Llanto (labilidad emocional)
2. Temor de que la familia la sepa
3. Temor que la pareja la deje
4. Preocupación por sus hijos
5. Ninguna reacción

| ABORTO ESPONTANEO |   |   |   |   |   |
|-------------------|---|---|---|---|---|
| PACIENTE          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36                | 1 |   |   |   |   |
| 37                |   |   |   | 1 |   |
| 38                | 1 |   |   |   |   |
| 39                |   |   | 1 |   |   |
| 40                |   |   | 1 |   |   |
| 41                | 1 |   |   |   |   |
| 42                |   |   |   | 1 |   |
| 43                |   |   | 1 |   |   |
| 44                | 1 |   |   |   |   |
| 45                | 1 |   |   | 1 |   |
| 46                | 1 |   |   |   |   |
| 47                |   | 1 |   |   |   |
| 48                | 1 |   |   | 1 |   |
| 49                | 1 |   |   |   |   |
| 50                |   |   | 1 |   |   |
| 51                |   |   |   | 1 |   |
| 52                |   |   | 1 |   |   |
| 53                | 1 |   |   |   |   |
| 54                |   |   | 1 |   |   |
| 55                | 1 |   |   | 1 |   |

1. Llanto (labilidad emocional)
2. Temor de que la familia la sepa
3. Temor que la pareja la deje
4. Preocupación por sus hijos
5. Ninguna reacción

## 10.7 Escala de Valoración Psiquiátrica para la Depresión

### 1. Humor Deprimido

#### Aborto provocado

El 57,14% no presentó ninguna sensación.

El 40,00% indicó sus sensaciones sólo cuando se le preguntaba.

Solo el 2,86% relataba sus sensaciones oral y espontáneamente.

Ninguno presentó sensaciones más profundas y/o evidentes.

#### Aborto espontáneo

El 36,36% presentó sensaciones de humor deprimido no comunicadas verbalmente, tendencia al llanto.

El 30,91% indicó sus sensaciones sólo al ser preguntadas.

El 29,09% relató sus sensaciones oral y espontáneamente.

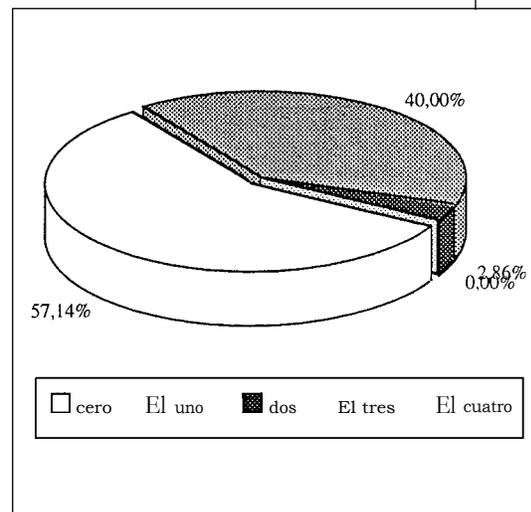
El 3,64% no mostró ninguna sensación.

Ninguna comunicó sus sensaciones verbal y no verbalmente en forma espontánea.

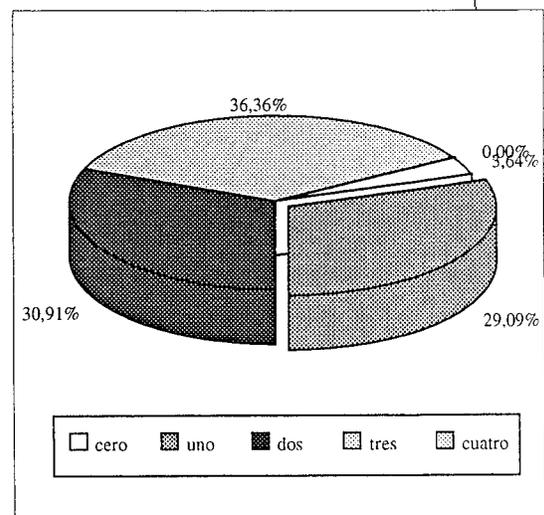
**ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA  
DE HAMILTON PARA LA DEPRESION**

**1. HUMOR DEPRIMIDO**

| ABORTO PROVOCADO |            |               |
|------------------|------------|---------------|
| (*)              | FRECUENCIA | %             |
| 0                | 20         | 57,14         |
| 1                | 14         | 40,00         |
| 2                | 1          | 2,86          |
| 3                | 0          | 0,00          |
| 4                | 0          | 0,00          |
| <b>TOTALES</b>   | <b>35</b>  | <b>100,00</b> |



| ABORTO ESPONTANEO |            |               |
|-------------------|------------|---------------|
|                   | FRECUENCIA | %             |
| 0                 | 2          | 3,64          |
| 1                 | 17         | 30,91         |
| 2                 | 16         | 29,09         |
| 3                 | 20         | 36,36         |
| 4                 | 0          | 0,00          |
| <b>TOTALES</b>    | <b>55</b>  | <b>100,00</b> |



(\*) La descripción literal de la ESCALA DE VALORACIÓN se encuentra en Anexos.  
En todos los cuadros solamente indicaremos números.

## 2. Sensación de Culpabilidad

### Aborto provocado

El 68,57% no presentó culpa.

El 25,71% creía haber decepcionado a la gente.

Con el 2,86% coinciden los porcentajes entre ideas de culpabilidad e ideas delirantes de culpabilidad.

### - Aborto espontáneo

El 36,36% tenía ideas de culpabilidad.

El 32,73% creía haber decepcionado a la gente.

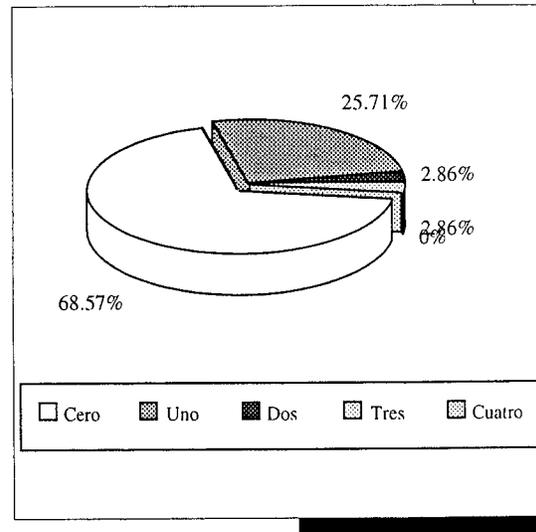
El 16,36% no tenía ninguna idea al respecto.

El 14,55% presentaba ideas delirantes de culpabilidad.

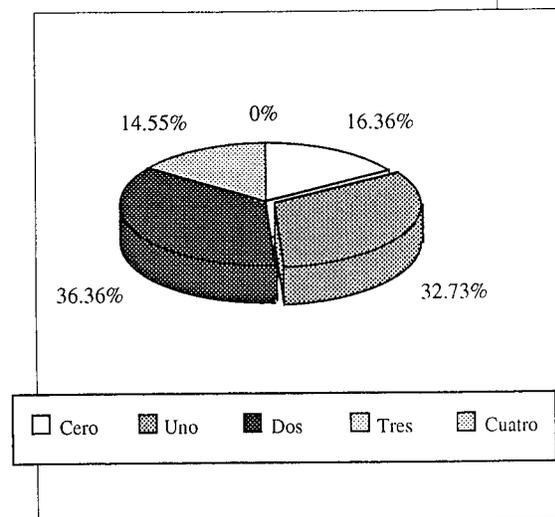
Ninguna experimentó voces o alucinaciones visuales.

## 2. SENSACION DE CULPABILIDAD

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 24         | 68,57  |
| 1                | 9          | 25,71  |
| 2                | 1          | 2,86   |
| 3                | 1          | 2,86   |
| 4                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 9          | 16,36  |
| 1                 | 18         | 32,73  |
| 2                 | 20         | 36,36  |
| 3                 | 8          | 14,55  |
| 4                 | 0          | 0,00   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



### 3. **Suicidio**

#### - **Aborto provocado**

El 77,14% no presentó ninguna idea al respecto.

El 14,29% pensaba que la vida no valía la pena ser vivida.

El 8,57% deseaba estar muerto.

Ninguna tenía ideas ni intentos de suicidio.

#### - **Aborto espontáneo**

El 27,27% pensaba que la vida no valía la pena.

El 36,36% deseaba estar muerta.

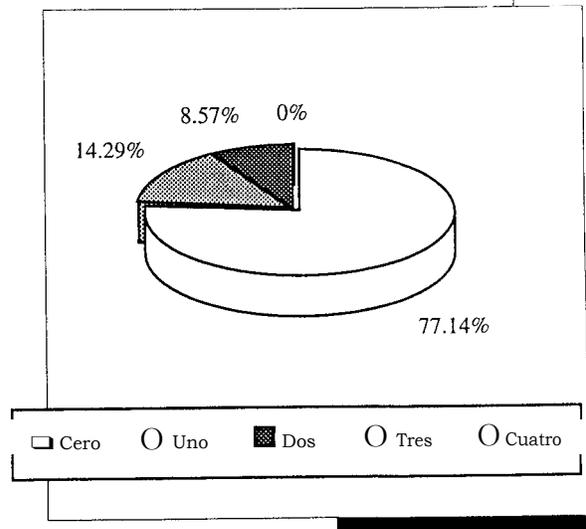
El 34,55% no presentaba ninguna idea al respecto.

Sólo el 1,82% tenía ideas de suicidio.

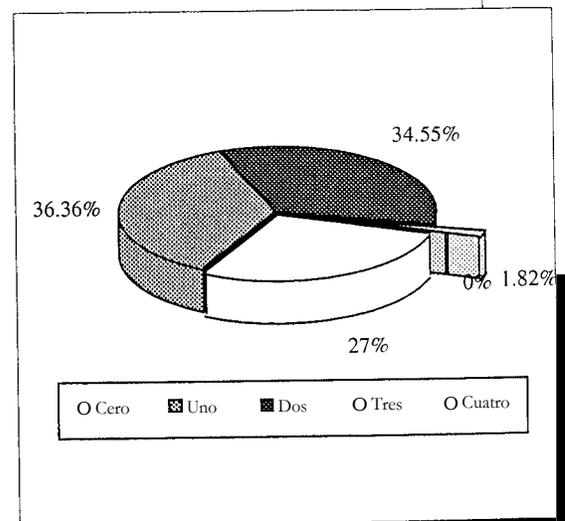
Ninguna presentó intentos suicidas.

## 3. SUICIDIO

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 27         | 77,14  |
| 1                | 5          | 14,29  |
| 2                | 3          | 8,57   |
| 3                | 0          | 0,00   |
| 4                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 15         | 27,27  |
| 1                 | 20         | 36,36  |
| 2                 | 19         | 34,55  |
| 3                 | 1          | 1,82   |
| 4                 | 0          | 0,00   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



#### 4. Insomnio Precoz

##### Aborto provocado

El 68,57% no tenía dificultades para dormir.

El 31,43% tenía dificultades ocasionales para dormir.

Ninguna presentó dificultades para dormir cada noche.

##### Aborto espontáneo

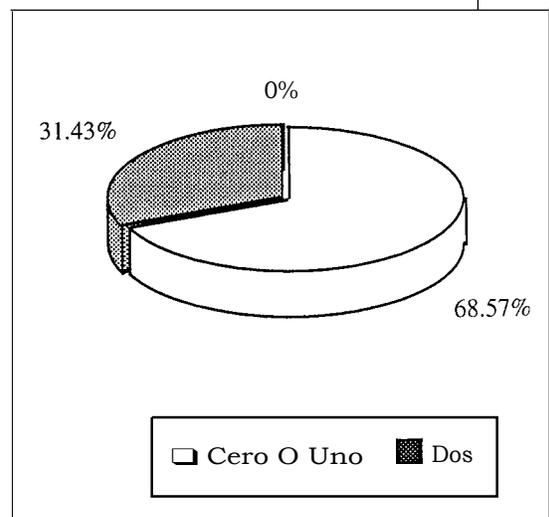
El 47,27% tenía dificultades ocasionales para dormir.

El 27,27% no tuvo dificultades.

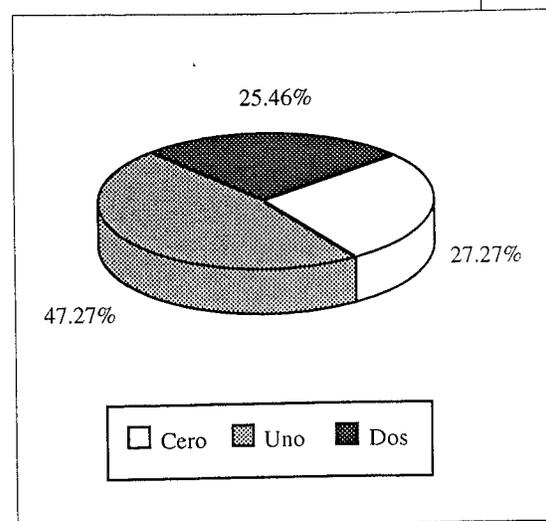
El 25,46% se quejaba de dificultades para dormir cada noche.

## 4. INSOMNIO PRECOZ

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 24         | 68,57  |
| 1                | 11         | 31,43  |
| 2                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 15         | 27,27  |
| 1                 | 26         | 47,27  |
| 2                 | 14         | 25,46  |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 5. Insomnio Medio

### Aborto provocado

El 68,57% no tenía dificultad

El 31,43% se quejaba de estar inquieto cada noche.

Ninguna indicó estar despierta toda la noche.

### Aborto espontáneo

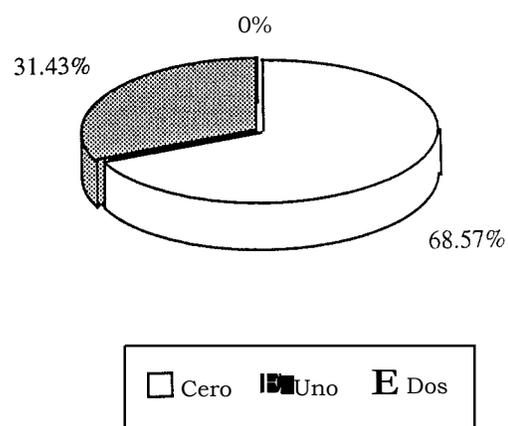
El 52,73% se quejó de estar inquieta durante la noche.

El 27,27% no tuvo dificultad.

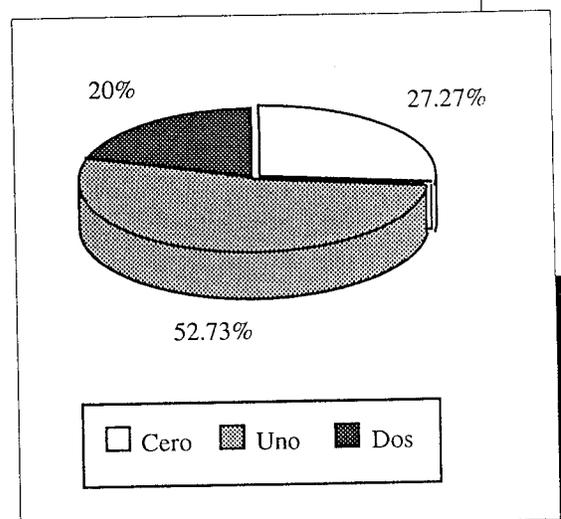
El 20,20% estaba despierta toda la noche.

## 5. INSOMNIO MEDIO

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 24         | 68,57  |
| 1                | 11         | 31,43  |
| 2                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 15         | 27,27  |
| 1                 | 29         | 52,73  |
| 2                 | 11         | 20,00  |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 6. Insomnio Tardío

### Aborto provocado

El 74,29% no tuvo dificultades al respecto.

El 22,85% despertaba a primeras horas de la madrugada pero volvía a dormir.

Sólo el 2,86% de las mujeres no podía volver a dormir si se levantaba de cama.

### Aborto espontáneo

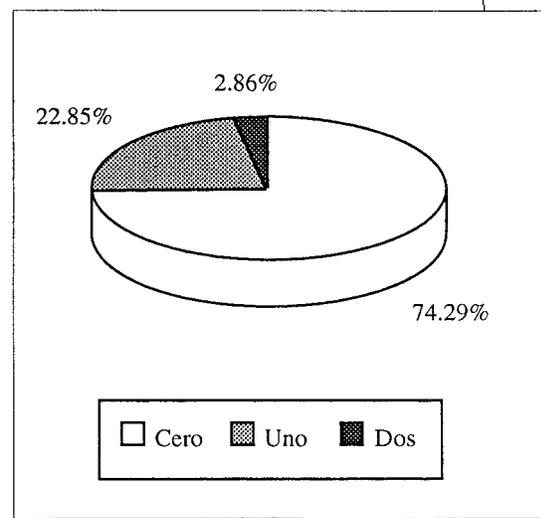
El 45,45% despertaba a primeras horas de la mañana pero volvía a dormir.

El 29,10% no podía volver a dormir si se levantaba de cama.

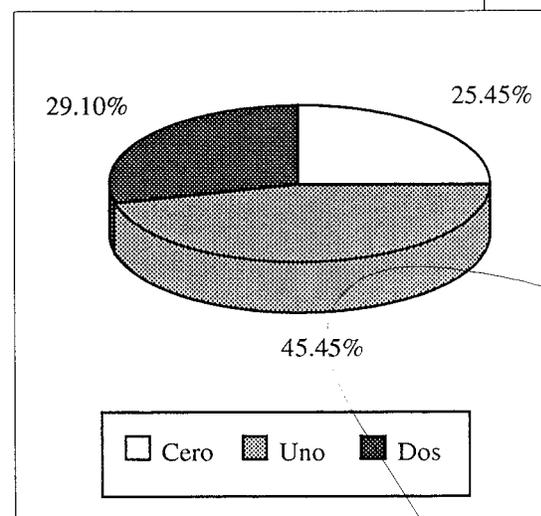
Y el 25,45% no tuvo dificultad.

## 6. INSOMNIO TARDIO

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 26         | 74,29  |
| 1                | 8          | 22,85  |
| 2                | 1          | 2,86   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 14         | 25,45  |
| 1                 | 25         | 45,45  |
| 2                 | 16         | 29,10  |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 7. Trabajo y Actividades

### Aborto provocado

El 45,57% tenía ideas de incapacidad.

El 37,14% no presentó dificultad.

El 8,57% perdió interés en su actividad.

Con el 2,86% están dos grupos, el que disminuyó el tiempo dedicado a sus actividades y el que dejó de trabajar por la enfermedad.

### Aborto espontáneo

El 34,55% tenía ideas de incapacidad.

El 27,27% perdió el interés en sus actividades.

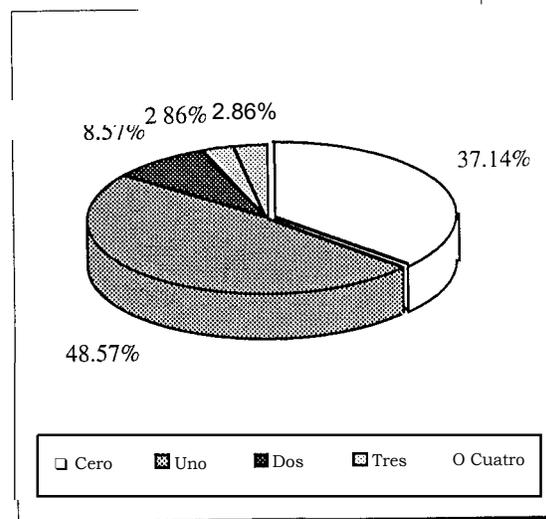
El 18,18% disminuyó el tiempo dedicado a sus actividades.

El 10,91 dejó de trabajar por la enfermedad actual.

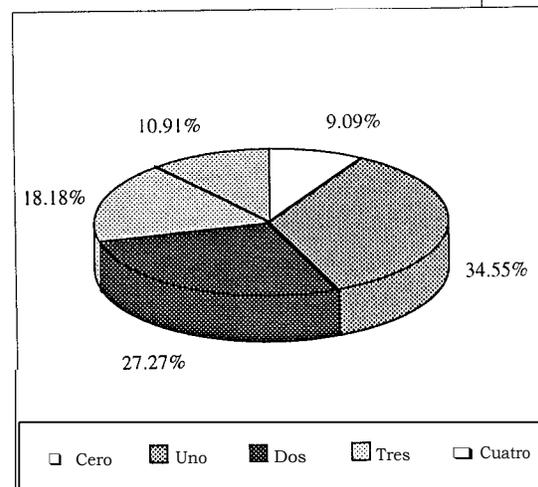
El 9,09% no presentó dificultad.

## 7. TRABAJO Y ACTIVIDADES

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 13         | 37,14  |
| 1                | 17         | 48,57  |
| 2                | 3          | 8,57   |
| 3                | 1          | 2,86   |
| 4                | 1          | 2,86   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 5          | 9,09   |
| 1                 | 19         | 34,55  |
| 2                 | 15         | 27,27  |
| 3                 | 10         | 18,18  |
| 4                 | 6          | 10,91  |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 8. Inhibición

### Aborto provocado

El 85,71% tuvieron normalidad en palabra y pensamiento.

El 14,29% presentaron ligero retraso en el diálogo.

Ninguna paciente está bajo los parámetros 2, 3, 4.

### Aborto espontáneo

El 41,82% presentaron palabra y pensamiento normales.

El 25,45% tuvieron ligero retraso en el diálogo.

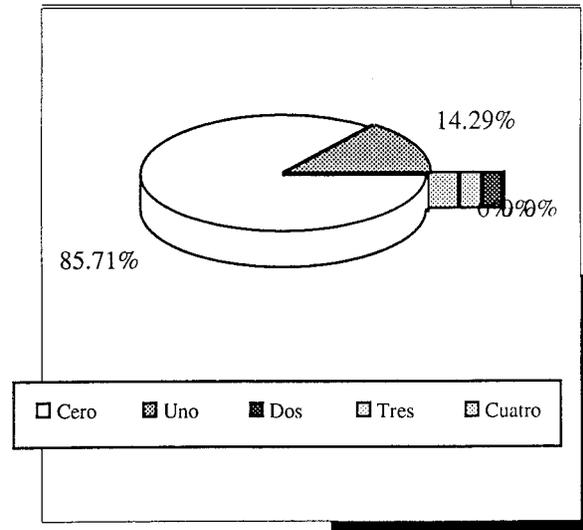
El 21,82% mostró evidente retraso en el diálogo.

Sólo el 10,91% tuvo diálogo difícil.

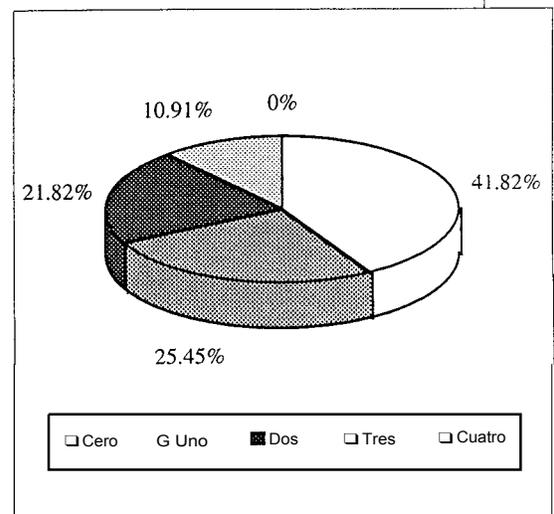
Ninguna mujer presentó torpeza absoluta.

## 8. INHIBICION

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 30         | 85,71  |
| 1                | 5          | 14,29  |
| 2                | 0          | 0,00   |
| 3                | 0          | 0,00   |
| 4                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 23         | 41,82  |
| 1                 | 14         | 25,45  |
| 2                 | 12         | 21,82  |
| 3                 | 6          | 10,91  |
| 4                 | 0          | 0,00   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 9. Agitación

### Aborto provocado

El 62,86% no tuvo dificultad.

El 34,28% "jugaba" con manos, cabellos, etc.

Sólo el 2,86% mostraba signos de mayor agitación.

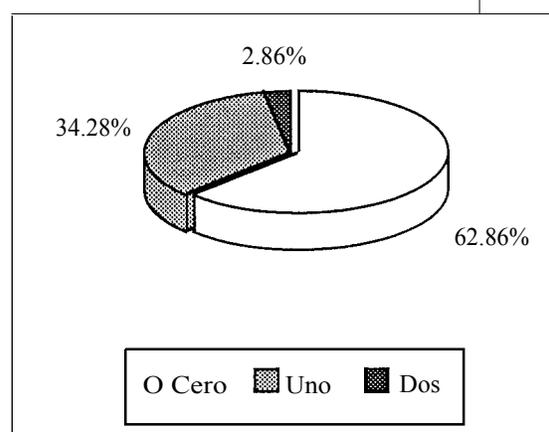
### Aborto espontáneo

El 43,64% "jugaba" con manos, cabellos, etc.

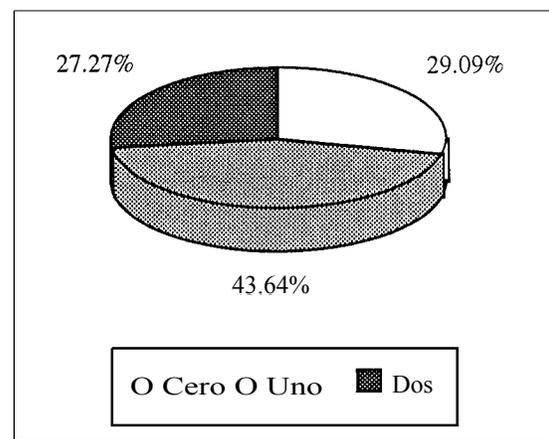
El 29,09% no tuvo dificultad.

El 27,27% mostró signos de agitación mayor.

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 22         | 62.86  |
| 1                | 12         | 34.28  |
| 2                | 1          | 2.86   |
| TOTALES          | 35         | 100.00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 16         | 29.09  |
| 1                 | 24         | 43.64  |
| 2                 | 15         | 27.27  |
| TOTALES           | 55         | 100.00 |



## 10. Ansiedad psíquica

### - **Aborto provocado**

El 54,28% no tuvo dificultad.

Presentó tensión subjetiva e irritabilidad el 31,43%.

El 11,43% tenía preocupación por pequeñas cosas.

Sólo el 2,86% mostró actitud aprehensiva en el habla.

### **Aborto espontáneo**

El 36,36% mostró tensión subjetivas e irritabilidad.

Tenía preocupación por pequeñas cosas el 25,45%.

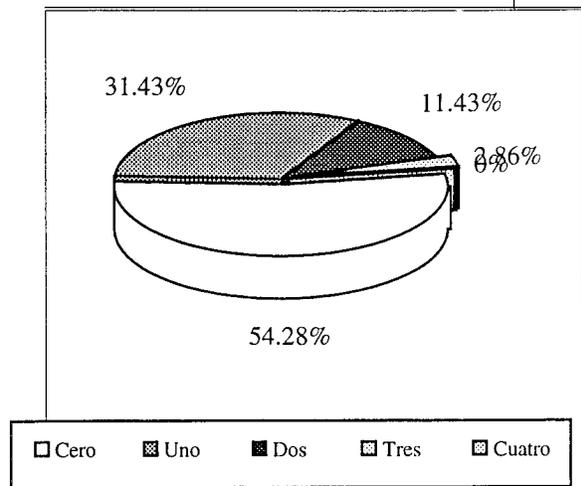
El 18,18% tenía actitud aprehensiva en el habla.

No tuvo dificultad el 12,738%.

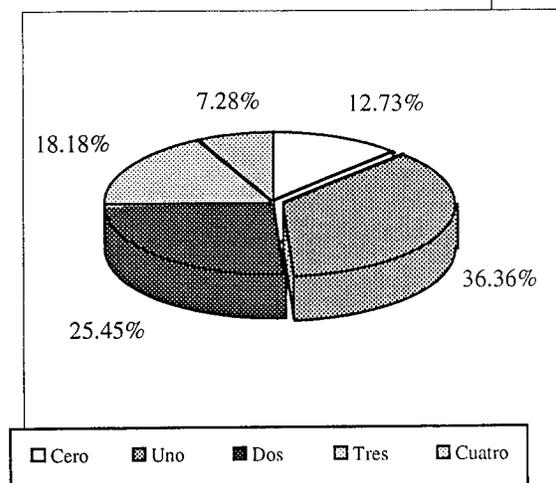
El 7,28% expresó sus temores sin preguntarlo.

## 8. ANSIEDAD PSIQUICA

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 19         | 54,28  |
| 1                | 11         | 31,43  |
| 2                | 4          | 11,43  |
| 3                | 1          | 2,86   |
| 4                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 7          | 12,73  |
| 1                 | 20         | 36,36  |
| 2                 | 14         | 25,45  |
| 3                 | 10         | 18,18  |
| 4                 | 4          | 7,28   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 11. Ansiedad somática

### - **Aborto provocado**

El 62,85% no tuvo síntomas.

El 34,29% la presentó en forma ligera.

En forma moderada la tuvo el 2,86%.

Ninguna bajo el parámetro 3 ó 4.

### - **Aborto espontáneo**

Presentó ligeros síntomas el 60,00%.

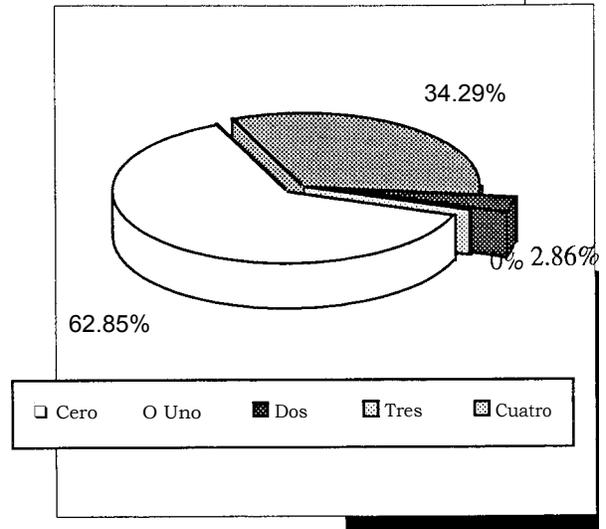
No hubieron síntomas en el 36,36% de los casos.

El 3,64% los presentó en forma moderada.

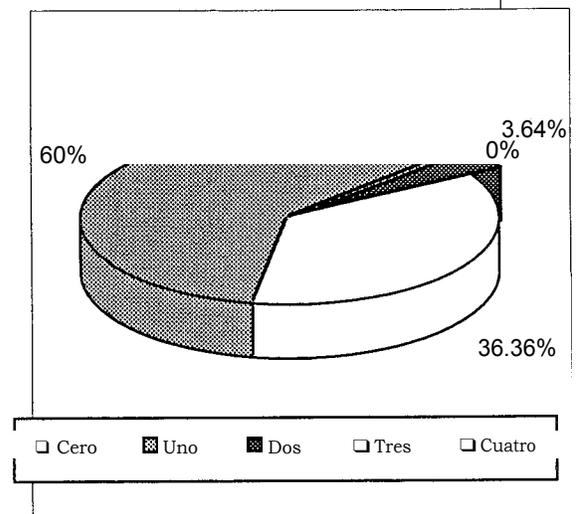
Ninguna bajo los parámetros 3 y 4.

## 11. ANSIEDAD SOMATICA

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 22         | 62,85  |
| 1                | 12         | 34,29  |
| 2                | 1          | 2,86   |
| 3                | 0          | 0,00   |
| 4                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 20         | 36,36  |
| 1                 | 33         | 60,00  |
| 2                 | 2          | 3,64   |
| 3                 | 0          | 0,00   |
| 4                 | 0          | 0,00   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 12. Síntomas Somáticos Gastrointestinales

### - Aborto provocado

El 48,57% no tuvo ninguna dificultad.

Perdieron el apetito aunque comían sin necesidad de estimulación el 48,57%.

Sólo el 2,86% tenía dificultad en comer si no se le insistía.

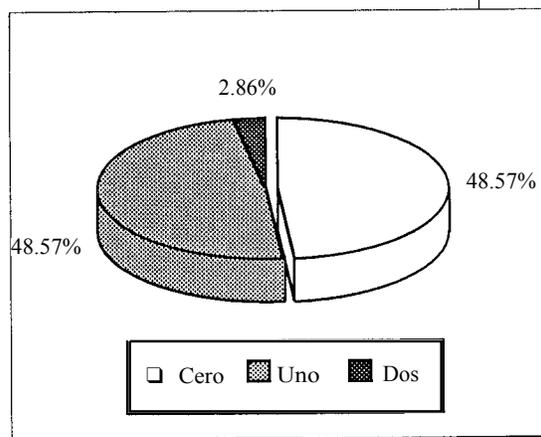
### - Aborto espontáneo

El 45,45% no comía si no se le insistía.

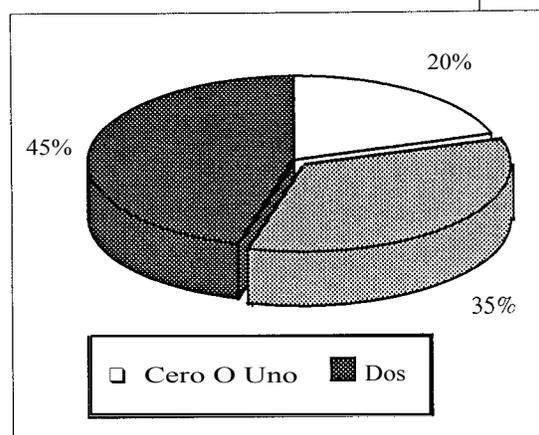
El 34,55% perdió el apetito pero comía sin que se lo estimule.

No tuvo ningún síntoma el 20,00%.

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 17         | 48.57  |
| 1                | 17         | 48.57  |
| 2                | 1          | 2.86   |
| TOTALES          | 35         | 100.00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 11         | 20.00  |
| 1                 | 19         | 34.55  |
| 2                 | 25         | 45.45  |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



### 13. Síntomas Somáticos Generales

- Aborto provocado

El 57,14% no presentó ningún síntoma.

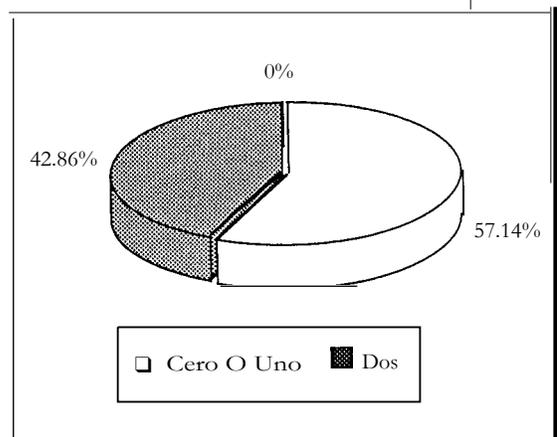
Tuvo fatigabilidad y pérdida de energía el 42,86%.

- Aborto espontáneo

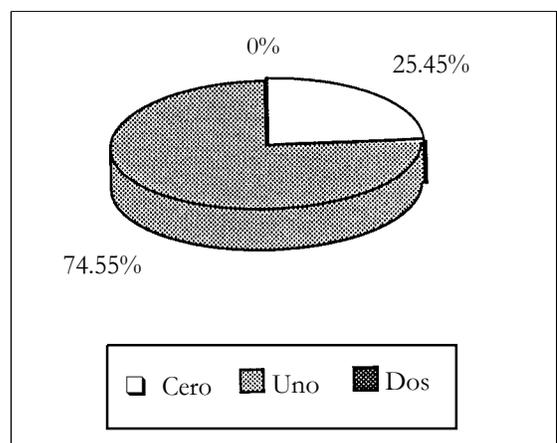
El 74,55% perdió energía y presentó fatigabilidad.

No presentó ningún síntoma el 25,45%

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 20         | 57,14  |
| 1                | 15         | 42,86  |
| 2                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 14         | 25,45  |
| 1                 | 41         | 74,55  |
| 2                 | 0          | 0,00   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 14. Síntomas Genitales

### - Aborto provocado

El 80,00% no tuvo síntoma alguno.

Presentó síntomas débiles el 17,14%.

Sólo el 2,86% presentó síntomas graves.

Ninguna tuvo síntomas incapacitantes.

### - Aborto espontáneo

El 38,00% tenía síntomas graves.

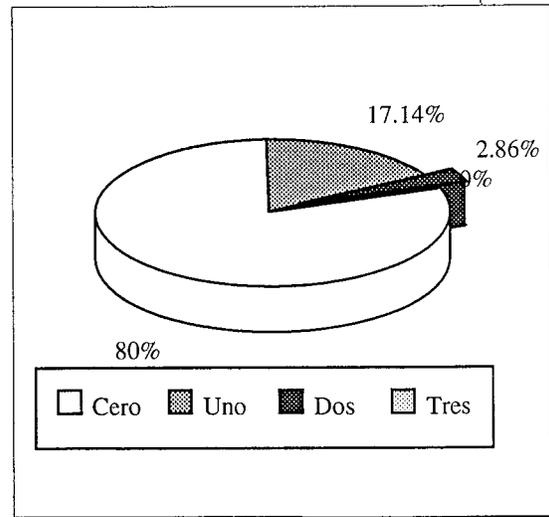
Síntomas débiles presentaron el 27,00%.

Síntomas incapacitantes el 20,00%.

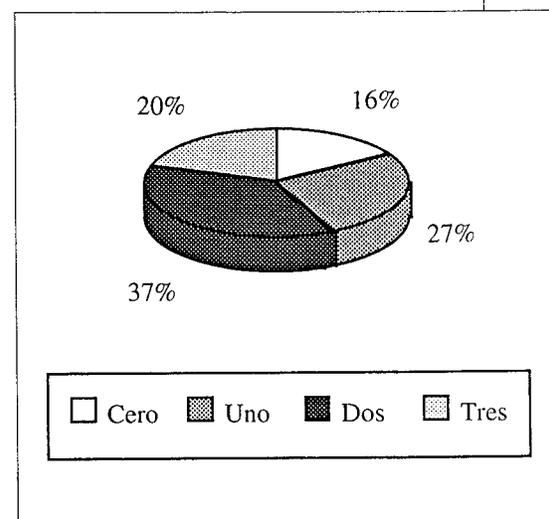
El 15,00% no tuvo síntomas.

## 14. SINTOMAS GENITALES

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 28         | 80,00  |
| 1                | 6          | 17,14  |
| 2                | 1          | 2,86   |
| 3                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 9          | 15,00  |
| 1                 | 15         | 27,00  |
| 2                 | 21         | 38,00  |
| 3                 | 11         | 20,00  |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 15. Hipocondría

### Aborto provocado

Se hallaba preocupada por su salud el 37,14%.

Tenía preocupación corporal por sí misma el 34,29%.

El 28,57% no tenía ningún síntoma.

En los parámetros 3 y 4 no se encuentra ninguna mujer.

### Aborto espontáneo

El 38,18% tenía preocupación por su salud.

Se preocupaba por sí misma corporalmente el 27,27%.

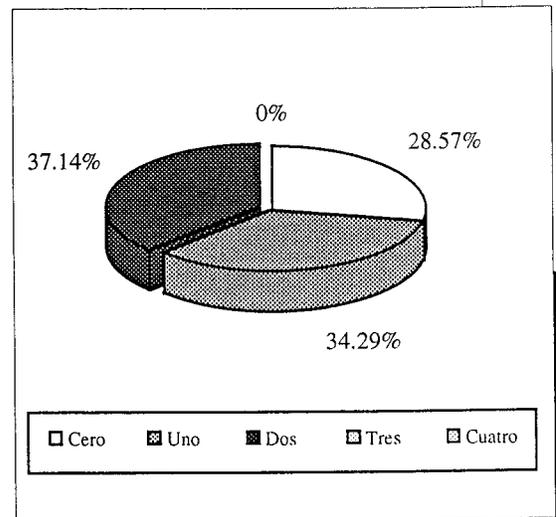
El 18,18% no tenía ningún síntoma.

El 16,37% se lamentaba constantemente.

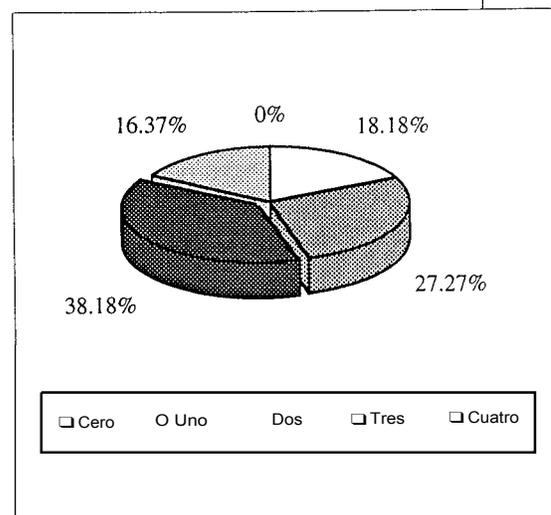
Ninguna está en el parámetro número 4.

## 15. HIPOCONDRIA

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 10         | 28,57  |
| 1                | 12         | 34,29  |
| 2                | 13         | 37,14  |
| 3                | 0          | 0,00   |
| 4                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 10         | 18,18  |
| 1                 | 15         | 27,27  |
| 2                 | 22         | 38,18  |
| 3                 | 9          | 16,37  |
| 4                 | 0          | 0,00   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 16. Pérdida de Peso

### Aborto provocado

El 57,14% tuvo probable pérdida de peso a causa de la enfermedad.

El 28,57% no tuvo pérdida de peso.

Sólo el 14,29% refirió pérdida de peso definida.

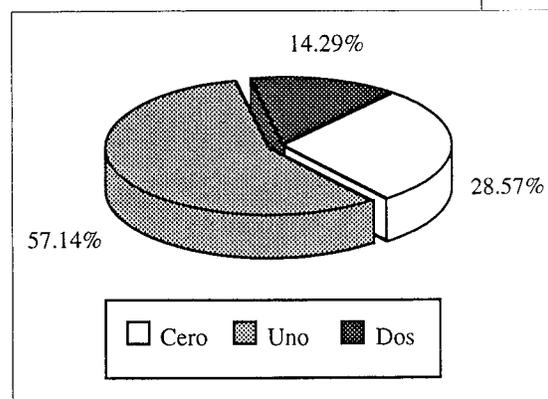
### Aborto espontáneo

El 36,36% tuvo pérdida de peso definida.

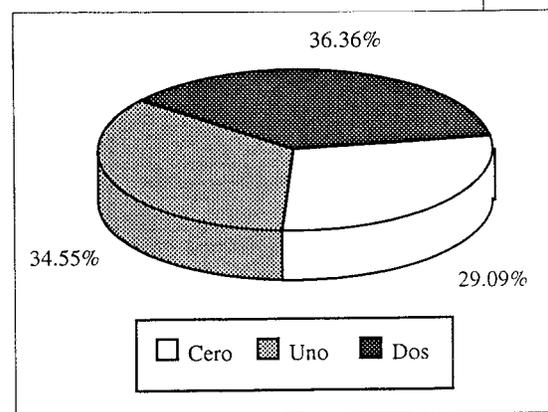
Hubo probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual en el 34,55% de las mujeres.

El 29,09% no manifestó pérdida.

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 10         | 28.57  |
| 1                | 20         | 57.14  |
| 2                | 5          | 14.29  |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 16         | 29.09  |
| 1                 | 19         | 34.55  |
| 2                 | 20         | 36.36  |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 17. Insight

## Aborto provocado

Se daba cuenta de su enfermedad pero le atribuía a factores externos el 62,86%.

El 37,14% se daba cuenta de que estaba deprimida y enferma.

Ninguna negaba su enfermedad.

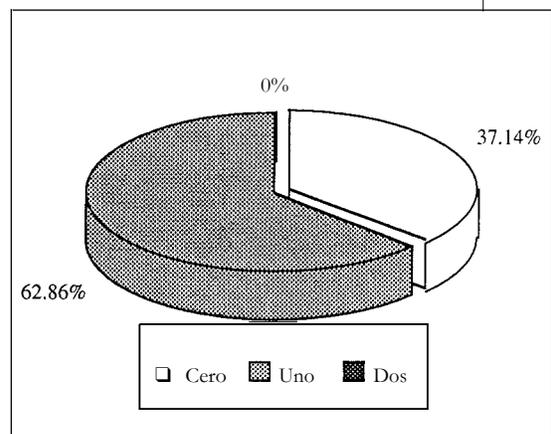
## Aborto espontáneo

El 90,91% se daba cuenta de que estaba deprimida y enferma.

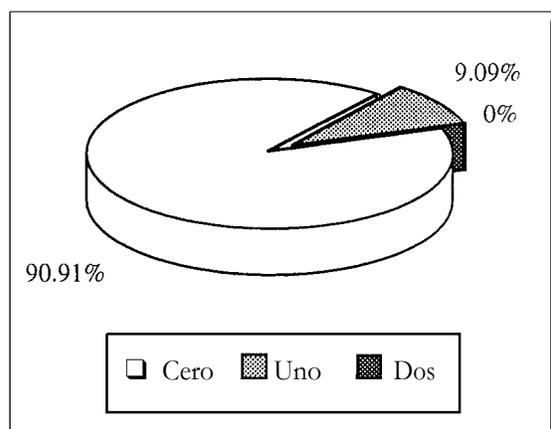
Atribuye su estado y enfermedad a causas externas el 9,09%.

Ninguna negaba estar enferma.

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 13         | 37,14  |
| 1                | 22         | 62,86  |
| 2                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 50         | 90,91  |
| 1                 | 5          | 9,09   |
| 2                 | 0          | 0,00   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 18. Variación Diurna

## Aborto provocado

Tuvo ausencia de variación el 68,57%.

Presentó ligera variación el 31,43%.

Ninguna presentó mayor variación.

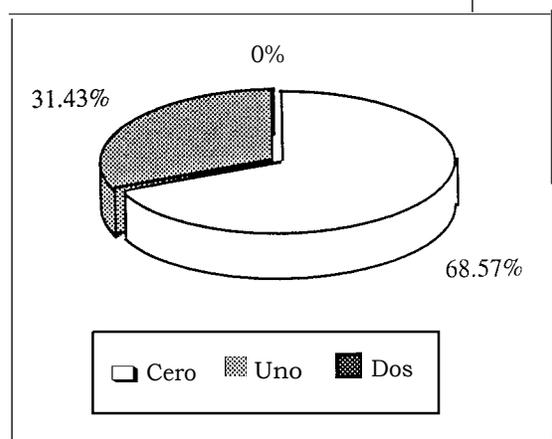
## Aborto espontáneo

El 50,91% tuvo ligera variación.

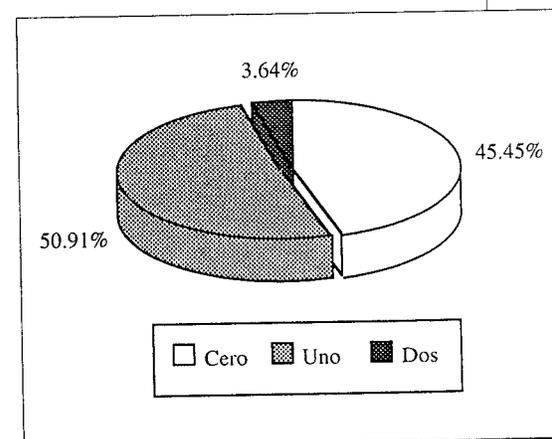
El 45,45% ninguna.

Sólo el 3,64% tuvo variación moderada.

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 24         | 68,57  |
| 1                | 11         | 31,43  |
| 2                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 25         | 45,45  |
| 1                 | 28         | 50,91  |
| 2                 | 2          | 3,64   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## 19. Despersonalización y falta de la Realidad

Aborto provocado

El 85,71% no presentó despersonalización o falta de la realidad.

El 14,29% tuvo ligera.

Ninguna mujer presentó lo indicado en los parámetros 2, 3, 4.

Aborto espontáneo

El 52,73% no la presentó.

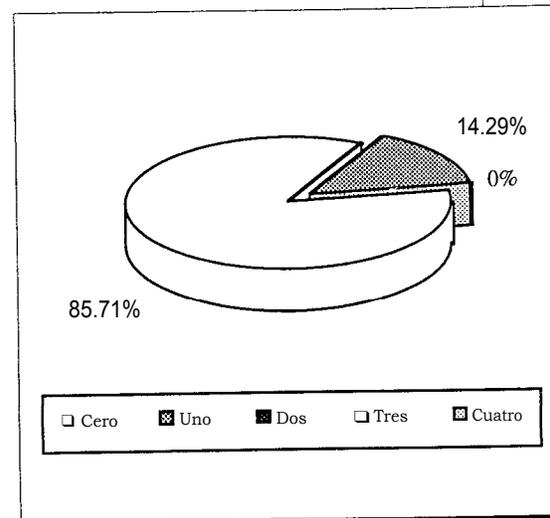
El 40,00% tuvo ligera.

Y el 7,27% moderada.

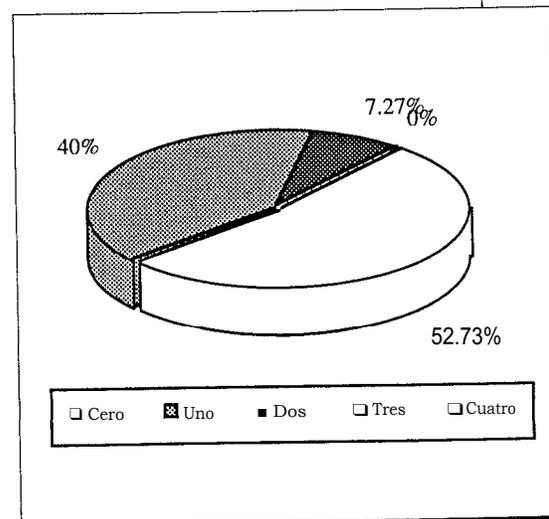
Ninguna mujer estuvo en los parámetros 3, 4.

## 19. DESPERSONALIZACION Y FALTA DE REALIDAD

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 30         | 85,71  |
| 1                | 5          | 14,29  |
| 2                | 0          | 0,00   |
| 3                | 0          | 0,00   |
| 4                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 29         | 52,73  |
| 1                 | 22         | 40,00  |
| 2                 | 4          | 7,27   |
| 3                 | 0          | 0,00   |
| 4                 | 0          | 0,00   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



---

## 20. Síntomas Paranoides

Aborto provocado

El 80,00% no presentó ninguno.

El 20,00% algunos síntomas sospechosos.

Ninguna estuvo en los parámetros 2, 3, 4.

Aborto espontáneo

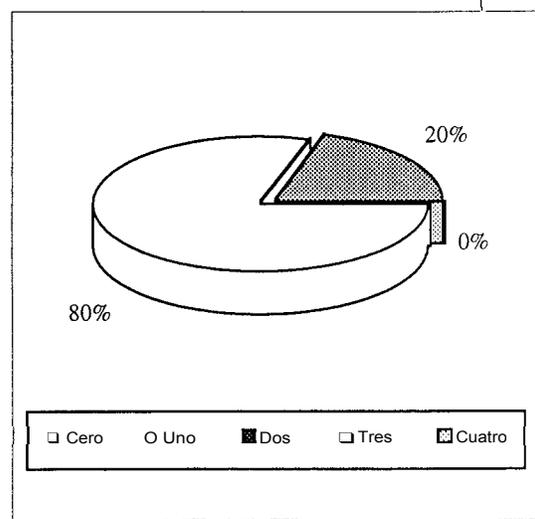
El 65,45% no tuvo ninguno.

El 34,55% mostró algunos síntomas sospechosos.

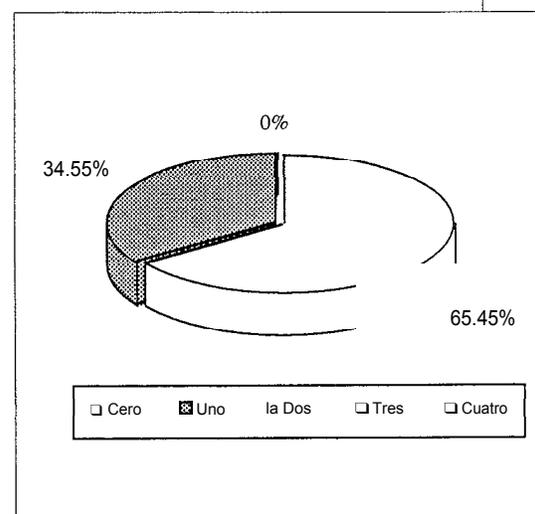
Ninguna mujer está en los parámetros 2, 3, 4.

## 20. SINTOMAS PARANOIDES

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 28         | 80,00  |
| 1                | 7          | 20,00  |
| 2                | 0          | 0,00   |
| 3                | 0          | 0,00   |
| 4                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



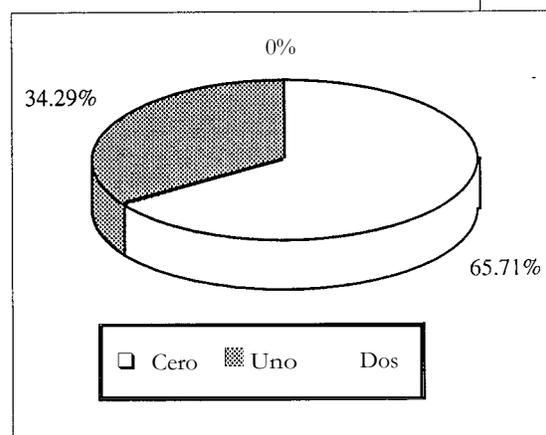
| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 36         | 65,45  |
| 1                 | 19         | 34,55  |
| 2                 | 0          | 0,00   |
| 3                 | 0          | 0,00   |
| 4                 | 0          | 0,00   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



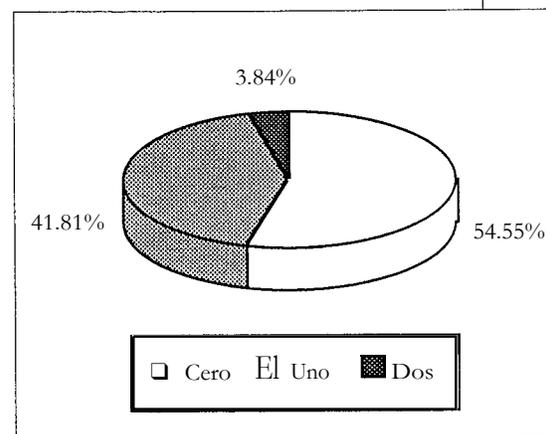
## 21. Síntomas Obsesivos Compulsivos

- Aborto provocado  
Tuvo ausencia de síntomas el 65,71%.  
El 34,29% presentó síntomas ligeros.  
Ninguna tuvo síntomas graves.
- Aborto espontáneo  
El 54,55% no presentó ninguno.  
El 41,81% tuvo síntomas ligeros.  
Sólo el 3,84% mostró síntomas graves.

| ABORTO PROVOCADO |            |        |
|------------------|------------|--------|
|                  | FRECUENCIA | %      |
| 0                | 23         | 65,71  |
| 1                | 12         | 34,29  |
| 2                | 0          | 0,00   |
| TOTALES          | 35         | 100,00 |



| ABORTO ESPONTANEO |            |        |
|-------------------|------------|--------|
|                   | FRECUENCIA | %      |
| 0                 | 30         | 54,55  |
| 1                 | 23         | 41,81  |
| 2                 | 2          | 3,84   |
| TOTALES           | 55         | 100,00 |



## XI. CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo arribamos a las siguientes conclusiones.

### a) Reacciones frente al aborto

Haciendo siempre la división entre aborto provocado y aborto espontáneo, vemos que la idea del hijo perdido, afecta en mayor grado a la mujer cuando el aborto es espontáneo.

El estado de ánimo es alterado en el aborto provocado, en la mayoría de los casos, no por el "objeto perdido", sino más bien por la cognición individual que la mujer tiene sobre el hecho.

Entre las principales ideas al respecto tenemos las siguientes:

"Una buena mujer quiere a sus hijos, yo decidí abortar, por lo tanto soy mala".

"El médico no realizó en mí un buen aborto, ahora debo pagar el doble para reparar el daño y tal vez no vuelva a quedar bien".

"Los importantes son mis hijos vivos, a los que debo ir a cuidar, estoy preocupada por ellos".

"No estoy triste, porque mi hijo salió entero y sin sufrir".

"Si mi familia se entera que tuve relaciones, me mata, tengo miedo".

"Sólo abortando podía ocultar el haber tenido relaciones, no me arrepiento".

"Creo que Dios castiga, por eso esto no salió bien y ahora todos me criticarán".

"Quedé tan enferma, que de repente muero, había sido peligroso".

Con estos ejemplos deseamos mostrar las ideas que las pacientes fueron adquiriendo desde diversos canales: religiosos, médicos y también socio culturales.

Toda esta cognición individual, como la llamamos, influirá en el estado afectivo-emocional de la mujer después de haberse sometido a un aborto.

En el aborto espontáneo, se tiene expectativa frente al hijo, después de la pérdida sobreviene un estado de ánimo o afectivo emocional respecto al hijo que no nacerá.

El superar esta situación, resignarse o quedarse anclada en el presente agónico dependerá de la cognición individual que tenga la mujer respecto al suceso vivido.

Esta información adquirida, como ya vimos anteriormente, se origina en base a ideas religiosas, información médica y socio-cultural.

**b) Relación de pareja**

Respecto a la relación con la pareja, en el aborto provocado, la mayoría de las mujeres tienen una buena relación con la pareja, indicador que nos muestra que ambos tomaron la decisión de que el aborto se lleve a cabo.

Sin embargo, dentro del aborto espontáneo, la mayoría de las mujeres tenía una mala relación con la pareja, incluso la mujer era víctima de agresiones físicas y verbales, lo cual en muchos casos contribuyó al aborto espontáneo.

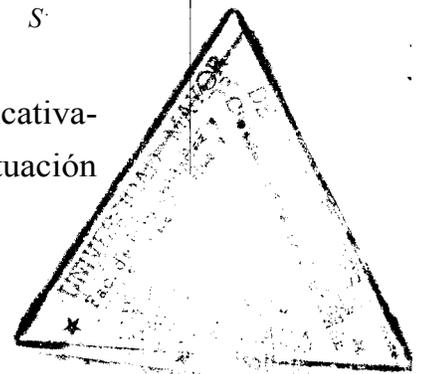
En el aborto espontáneo, existe estrecha relación entre el hijo esperado y la capacidad reproductiva de la mujer y en muchos casos cuando el hijo muere, la madre se siente disminuida y teme ser abandonada por su pareja.

**c) Edad**

Dentro del aborto provocado, las edades de más riesgo están entre los 15 a 18 años primero y luego de los 35 años en adelante.

En las primeras debido a la etapa de transición por la que atraviesan, el temor a la sanción social, la incapacidad de afrontar dicha responsabilidad muchas veces sola y el hecho de tener que poner fin a expectativas futuras respecto a estudios y profesión.

En el segundo grupo de mujeres este problema resurge significativamente a causa de diversos factores como ser; amenaza a su situación



actual por la llegada de un nuevo ser, también tenemos a las presiones sociales junto a ideas irracionales como: "Tan vieja y otra vez embarazada", "A mi edad puedo tener un hijo enfermo", etc.

Analizando la relación entre edad y aborto espontáneo observamos que el riesgo se encuentra en dos rangos seguidos, de 23 a 26 años y 27 a 30 años, esto a causa de que la mujer se encuentra en plena actividad física, productiva y con alto atractivo sexual.

Esto significa que el gran esfuerzo físico que realiza (caminatas extensas, ejercicios aeróbicos, deportes varios, labores de casa no ligeras) puede dañarla y se produce el aborto.

El estrés causado por una situación laboral complicada puede favorecer a este tipo de aborto. Y finalmente las relaciones conflictivas con la pareja a causa de celos y desconfianza que pueden ocasionar golpes y lesiones que dañarán a la mujer y al feto.

#### d) Estado Civil

El aborto provocado es más frecuente entre las mujeres solteras, esto es fácilmente explicable sabiendo lo que implica en nuestra sociedad el hecho de ser madre soltera. La presión social y las connotaciones morales juegan un papel importante. Sin embargo no menos importante es el porcentaje de mujeres casadas y concubinas que decidieron abortar debido al número de hijos con los que cuenta y con el fin de preservar su situación económica actual.

En el aborto espontáneo el mayor porcentaje de abortos encontramos

entre las mujeres casadas y concubinas. Lamentablemente, la información verbal recibida de ellas nos indica que se debe en la mayoría de los casos a los golpes recibidos por parte de su pareja. Así como también al esfuerzo físico que demandan las actividades del hogar, lavar, limpiar, cargar garrafas, baldes, etc.

**e) Escolaridad**

Escolaridad y aborto se encuentran relacionados.

A mayor información, menor riesgo de embarazo no deseado que culmina en aborto. Esto se observa claramente ya que las mujeres con nivel universitario tienen menor porcentaje de aborto provocado.

También es significativo el hecho de que en el aborto espontáneo a mayor información, menor riesgo de aborto debido al conocimiento sobre los cuidados pre-natales a seguir.

**f) Ocupación**

Aparentemente la ocupación no influye en la mujer para llegar a un aborto provocado.

En el caso del aborto espontáneo se observa con claridad que las labores de casa con toda la actividad física que ésta implica, desde el simple lavado de ropa, hasta el cargar garrafas, aumenta el riesgo de un aborto espontáneo.

### **g) Número de Hijos**

Cuando una mujer decide someterse a un aborto, el número de hijos puede ser importante, pero no siempre determinante. El porcentaje más alto de mujeres con aborto provocado, está en aquellas que no tienen hijos, por lo tanto se concluye que son solteras o que su pareja no les brinda la suficiente seguridad económica y emocional para tener un hijo.

Quienes tienen 3 o más hijos recurren al aborto como método de control de la natalidad.

En el aborto espontáneo el número de mujeres sin hijos es alto. Datos médicos indican que toda mujer embarazada tiene el 10% de probabilidades de que su embarazo culmine en aborto espontáneo.

También el debilitamiento del organismo a causa de múltiples y frecuentes embarazos puede influir en este tipo de abortos.

### **h) Métodos y causas**

En el aborto provocado el método más utilizado es el legrado uterino, debido a ser el método más conocido y practicado por médicos, estudiantes de medicina e incluso por aquellas personas conocidas como "matronas". El precio por éste varía de acuerdo al conocimiento de quien lo practica y al lugar donde se realiza.

Las mujeres con menos recursos o accesibilidad al anterior método, acuden al aborto realizado por ellas mismas.

Para este efecto toman mates diversos, se introducen objetos extraños al útero (palillos, ganchos, ramas de apio, etc), y recurren también a enemas, sueros e inyecciones.

Cabe indicar que con estos últimos, las complicaciones suelen ser mayores y los resultados no son los esperados.

En el aborto espontáneo las causas más frecuentes son las relacionadas a las actividades diarias como levantar mucho peso, garrafas, baldes, quintales de diversos productos, etc.

También están los golpes y caídas, muchas veces golpes propinados por sus propias parejas o familiares.

En este tipo de aborto influyen también los problemas orgánicos que impiden que el embarazo llegue a su fin.

#### i) Culpabilidad

En su gran mayoría las mujeres con aborto provocado no presentan sensación de culpabilidad y menos por el hijo abortado. Esta sensación esta más ligada al temor de que la familia se entere y se sienta decepcionada por lo que hizo, temor a la sanción que podía tener su acción.

Las mujeres con aborto espontáneo, sí presentan el sentimiento de culpa, relacionando su aborto con el poco cuidado que se tuvo durante el embarazo, incluso algunas de ellas piensan que su actual aborto espontáneo se debió a un aborto provocado que en el pasado experimentaron.

También está el sentimiento de culpa por el cuidado pre natal insuficiente al que se sometió.

### Síntomas genitales

Al evaluar los síntomas genitales, encontramos resultados interesantes.

Después de un aborto provocado el mayor porcentaje de mujeres no tiene pérdida de libido.

En algunos casos es ligeramente alterada debido a ciertas molestias genitales: dolor, flujo hemático, etc.

En el aborto espontáneo el mayor porcentaje de mujeres presenta una pérdida de libido considerable, debido al pesar por el hijo perdido y el desgano para casi todas sus actividades.

Algunas presentan pérdida de libido incapacitante, dos son las posiciones más definidas.

No mantener relaciones para evitar vivir nuevamente el mismo drama (idea sin fundamento real).

La mujer siente que el hecho de no haber podido tener un hijo, provocará el rechazo de la pareja y antes de que esto suceda prefiere ser ella quien se aleje y lo rechace.

Para la superación de esta etapa, es importante el apoyo de la pareja y de la familia.

## XII. RECOMENDACIONES

El problema del aborto plantea la necesidad de actuar sobre la sociedad en su conjunto, sin embargo siendo las mujeres quienes deben decidir en primera y en última instancia sobre su sexualidad y deseo de maternidad, es con ellas que se debe intensificar el trabajo hacia el aborto, haya sido este espontáneo o provocado.

En el aborto espontáneo, la información deberá orientarse a los cuidados necesarios para que el embarazo llegue a término, así como también explicar las consecuencias que tiene un aborto espontáneo y las posibilidades de nuevos y satisfactorios embarazos que culminen exitosamente.

Para prevenir abortos provocados no sólo deben darse nombres de anticonceptivos y preservativos acompañados de forma de uso, sino también explicar claramente la reversibilidad de los mismos, los efectos que pueden causar, su efectividad y beneficios.

Todo este trabajo preventivo deberá estar acompañado de información sobre las complicaciones y consecuencias que sufre una mujer que se sometió a un aborto. En algunos casos se harán necesarias imágenes elocuentes que enfrenten la mujer con este cruel hecho, para esto se aconsejan documentales, fotografías, etc.

A mayor acceso a la información sobre Educación Sexual y Planificación Familiar creemos que el dolor ante el aborto espontáneo y el uso del aborto provocado como método de control de natalidad disminuirá considerablemente.

---

## REFERENCIAS

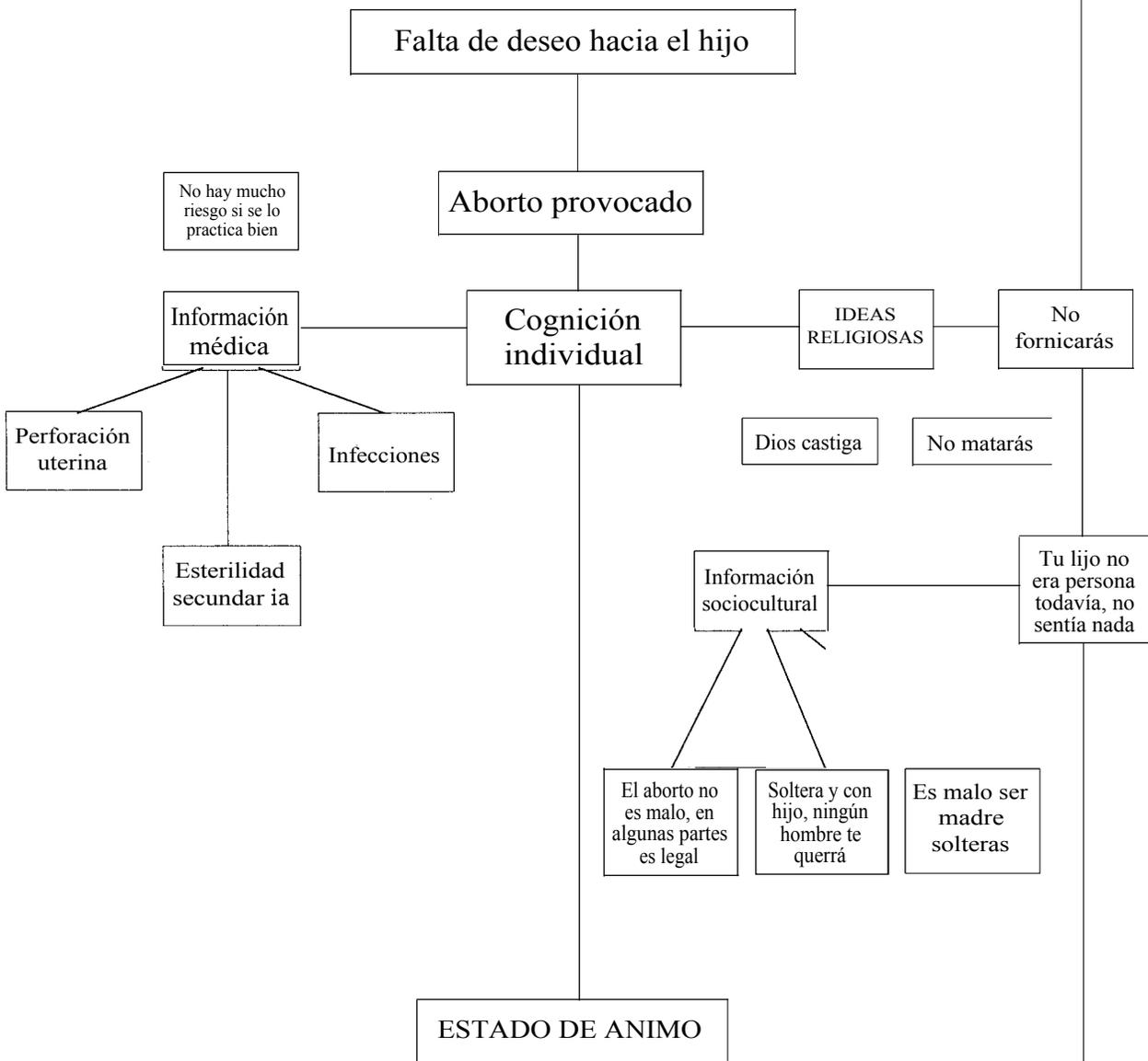
- 1.- ALBO - LIBERMANN - GODINEZ - PIFARRE - "Para Comprender las Culturas Rurales en Bolivia CIPCA - UNICEF.
- 2.- ARAY, Julio - "Aborto: Estudio Psicoanalítico". Edit. Paidos. Buenos Aires s/año.
- 3.- BAILEY, Patricia - "Estudio Hospitalario del Aborto Ilegal en Bolivia", Bol. Of. Sanit. Panam. Feb. 1988.
- 4.- BIBLIOTECA DE PADRES Y EDUCADORES - Pedagógico y Psicología Infantil. Edit. Cultural, Madrid 1992.
- 5.- CARTA ENCÍCLICA DEL SUMO PONTÍFICE JUAN PABLO II - Edit Salesiana. Lima 1995.
- 6.- CRÓNICA OMS - "El aborto Espontáneo y Provocado". 1991.
- 7.- FORBES, José - "La Vida Antes de Nacer". Ediciones Paulinas. Bogotá Colombia 1989.
- 8.- HERNANDEZ - FERNANDEZ - "Metodología de la investigación". Mc. Graw Hill. 1991.
- 9.- INFORME GRUPO CIENTÍFICO OMS - "Aborto Provocado". Ginebra 1978.
- 10.- INFORME - Delegación Boliviana de la Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing - China. 4 al 15 de Septiembre 1995.
- 11.- INFORME UNA REUNIÓN DE LA OMS - "El Embarazo en la Adolescencia", Serie de Informes Técnicos OMS. Ginebra.
- 12.- JONES, Maggi - "La Polémica Sobre el Aborto", Salud Mundial. Nov. 1982.

- 13.- MALDONADO, Ruth - "Sexualidad y Reproducción Humana: Visión Médica". Edit. Gisbert. La Paz 1982.
- 14.- MORALES, Rolando - "Desarrollo y Pobreza en Bolivia". UNICEF, La Paz 1984
- 15.- PAPALIA - WENDKOS - "Psicología". Edit. MC Graw Hill, México 1985
- 16.- PEREDO, Cesar - PRADA, Raúl - "Estudio Médico y Social del Aborto", Revista Boliviana de Ginecología y Obstetricia. Enero - Junio 1989
- 17.- PRESENCIA - "El Aborto y el Origen de la Vida", Revista Hogar Salud II Parte. La Paz, Agosto 1994
- 18.- INFORME - Delegación Boliviana de la Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing - China. 4 al 15 de Septiembre 1995
- 19.- ROBIES, Jaime - "El Aborto un problema Social". Archivos Bolivianos de Medicina, Sucre, Sept - Dic 1986
- 20.- SALUD PUBLICA DE MÉXICO - "Aborto Incompleto: Características de las pacientes tratadas en el Hospital de O'Horan de Mérida Yucatán México", Nov - Dic 1985
- 21.- SECORD BACKMAN - "Psicología social". Edit. Mc. Graw Hill. USA 1976.
- 22.- Seminario Taller Lucha Contra el Aborto - Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. La Paz, Marzo 1989
- 23.- TORO, Horacio - "Estudio de 320 Casos de Aborto Inducido". Revista Médica. Vol 3 - Número 2. La Paz, Julio 1979
- 24.- VEGA, Manuel - "Introducción a la Psicología Cognitiva". Editorial Alianza.
- 25.- VIDAL - ALARCÓN - "Psiquiatría", Edit. Panamericana Buenos Aires. 1988.

# **ANEXOS**

ANEXO N° 1

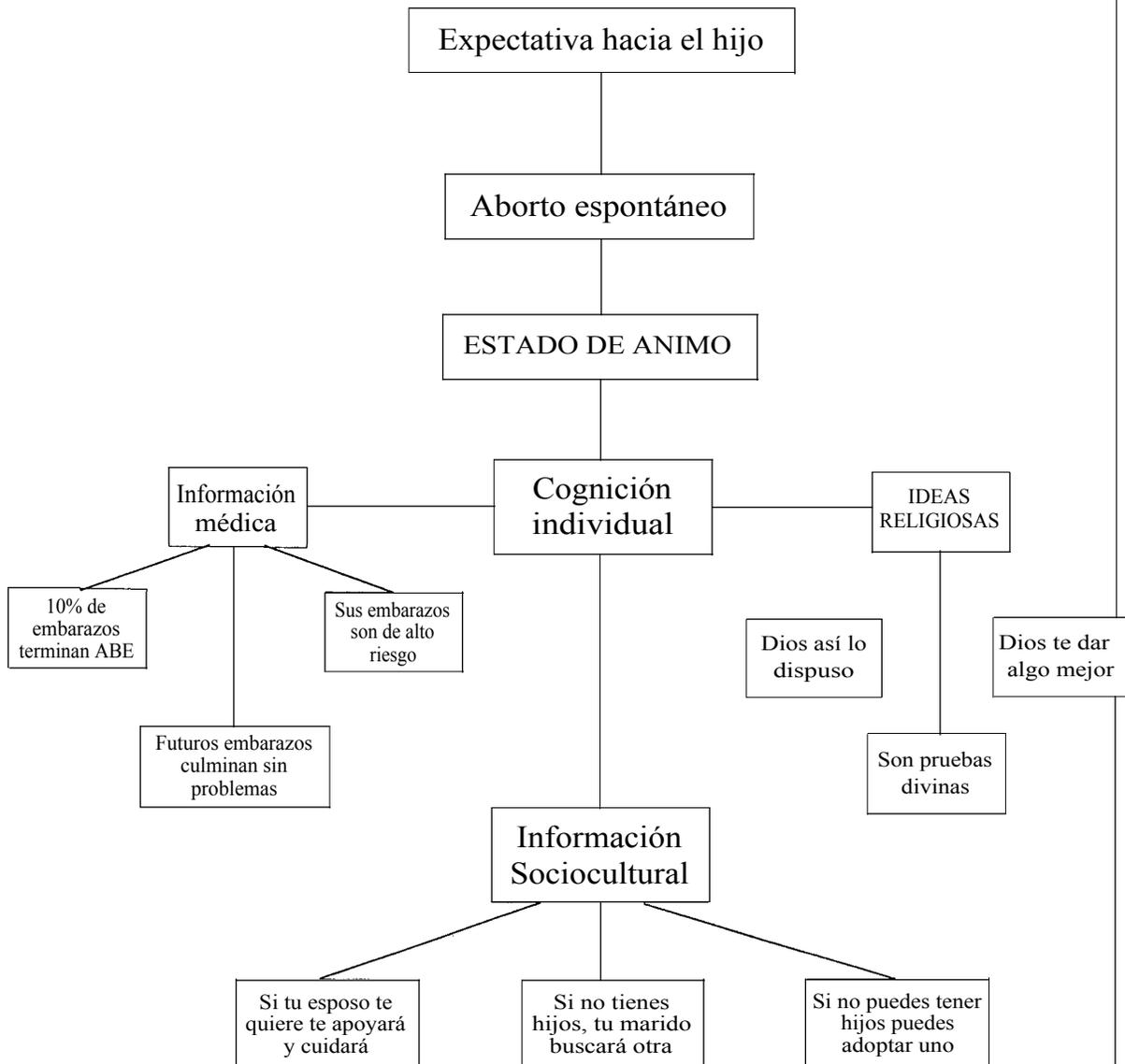
ESQUEMA DEL PROCESO POR EL QUE ATRAVIESA LA MUJER EN UN ABORTO PROVOCADO



## ANEXO N° 2

ESQUEMA DEL PROCESO POR EL QUE ATRAVIESA  
LA MUJER EN UN ABORTO ESPONTANEO

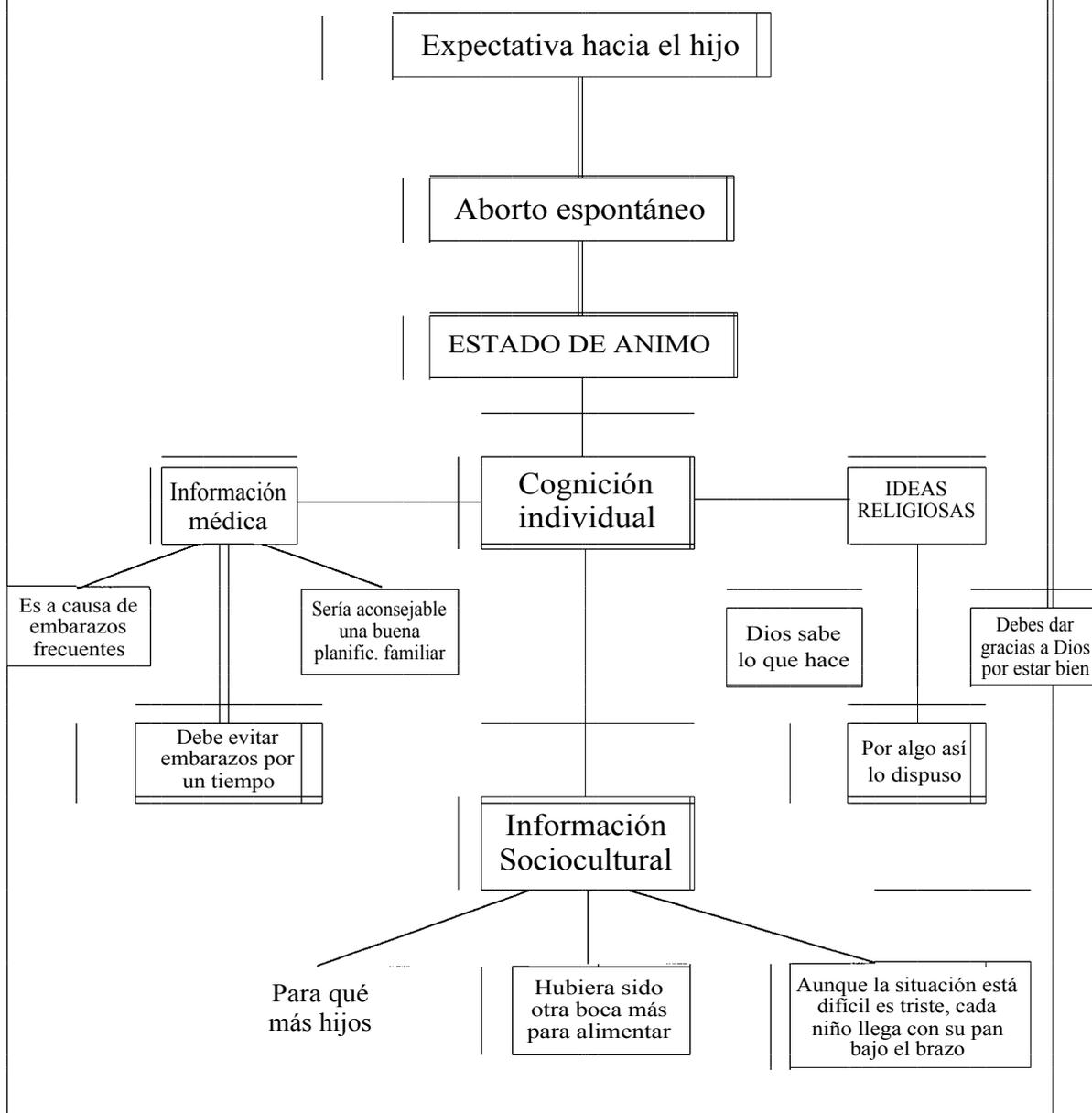
## PRIMIPARAS



## ANEXO N° 3

ESQUEMA DEL PROCESO POR EL QUE ATRAVIESA  
LA MUJER EN UN ABORTO ESPONTANEO

## MULTIPARAS



**NUMERO DE MUJERES ENCUESTADAS  
Y SUS RESPUESTAS EN LA ESCALA DE HAMILTON**

**ABORTO PROVOCADO**

|   | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 18 | 19 | 20 | Z1 |    |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 20 | 24 | 25 | 2  | 24 | 26 | 13 | 30 | 19 | 22 | 1  | 20 | 28 | 10 | 10 | 13 | 24 | 30 | 28 | Z3 |
| 1 | 14 | 9  | 5  | 11 | 11 | 8  | 17 | 5  | 12 | 11 | 12 | 17 | 6  | 12 | 20 | 22 | 11 | 5  | 7  | 12 |
| 2 | 1  | 1  | 3  | 0  | 0  | 1  | 3  | 0  | 1  | 4  | 1  | 0  | 1  | 13 | 5  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| 3 | 0  | 1  | 0  | -  | -  | -  | 1  | 0  | -  | 0  | -  | -  | 0  | 0  | -  | -  | 0  | 0  | -  | -  |
| 4 | 0  | 0  | 0  | -  | -  | -  | 1  | 0  | 0  | 0  | -  | -  | -  | 0  | -  | -  | 0  | 0  | -  | -  |

ABORTO ESPONTANEO

|   |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2  | 3  | 4  | 5  | 6 | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 0 | 9  | 15 | 27 | 4  | 5 | 19 | 23 | 16 | 20 | 11 | 14 | 9  | 10 | 6  | 50 | 29 | 3  | 30 |    |    |
| 1 | 18 | 20 | 26 | 52 | 5 | 19 | 14 | 24 | 20 | 33 | 18 | 41 | 15 | 15 | 9  | 28 | 22 | 19 | 23 |    |
| 2 | 6  | 20 | 14 | 20 | 6 | 15 | 12 | 15 | 14 | 2  | 25 | 0  | 2  | 0  | 0  |    |    | 0  | 0  | 2  |
| 5 | 0  | 8  | 1  | -  | - | 10 | -  | -  | 10 | 0  | -  | -  | 11 | 9  | -  | -  | 0  | 0  | -  | -  |
| 4 | 0  | 0  | 0  | -  | - | 6  | -  | -  | 4  | 0  | -  | -  |    | 0  | -  | -  | 0  | 0  | -  | -  |

## ANEXO N° 6

## FICHA EXPLORATORIA

## I. ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre: .....

Edad:..... Fecha de nacimiento.....

Procedencia: ..... Nacionalidad:

Domicilio: .....

Estado Civil ..... Escolaridad: .....

Ocupación: .....

Fecha de ingreso: ..... Fecha de egreso: .....

Motivo de consulta: .....

Diagnóstico definitivo: .....

## II. ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre: ¿vive? SI ( > ) NO ( )

Relación con el padre: .....

Madre: ¿vive? SI ( > ) NO ( )

Relación con la madre: .....

Esposo: .....

Relación con la pareja: .....

Número de partos: ..... Hijos vivos: ..... Hijos muertos: .....

Abortos espontáneos: ..... Abortos provocados: .....

Tipo de aborto que sufrió antes de la actual internación: .....

.....

Causa: .....

Estados afectivos y emocionales que presenta:

Culpabilidad ( ) Tristeza ( > ) Depresión ( ) Ansiedad ( )

Arrepentimiento ( ) Temor ( ) Tensión ( ) Felicidad ( )

Satisfacción ( ) Soledad ( )

OBSERVACIONES: .....

.....

ANEXO N° 7

ESCALA DE VALORACION **PSIQUIATRICA**  
DE HAMILTON PARA LA DEPRESION

|                   |                     |                                 |
|-------------------|---------------------|---------------------------------|
| Enfermo .....     | Fecha .....         |                                 |
| .....             | Valoración N° ..... |                                 |
| Edad .....        | Natural de .....    | Sexo .....                      |
| Estado.....       | Profesión .....     | (indicar si está o no jubilado) |
| Tratamiento ..... | Dosis .....         |                                 |

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente

1. Humor deprimido (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

- 0. Ausente
- 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado
- 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente
- 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente - es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
- 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

2. Sensación de culpabilidad

- 0. Ausente
- 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones
- 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
- 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio

- 0. Ausente
- 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida
- 2. Desearía estar muerto o tiene pensamiento sobre la posibilidad de morir
- 3. Ideas de suicidio o amenazas
- 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).

4. Insomnio precoz

- 0. No tiene dificultad para dormirse
- 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora
- 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche

5. Insomnio medio

- 0. No hay dificultad
- 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche
- 2. Está despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío

- 0. No hay dificultad
- 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir
- 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

## 7. Trabajo y actividades

- 0. No hay dificultad
- 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones
- 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades)
- 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres hora al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones
- 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.

## 8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra: facultad de concentración empeorada: actividad motora disminuida)

- 0. Palabra y pensamiento normales
- 1. Ligero retraso en el diálogo
- 2. Evidente retraso en el diálogo
- 3. Diálogo difícil
- 4. Torpeza absoluta

## 9. Agitación

- 0. Ninguna
- 1. "Juega" con sus manos, cabello, etc.
- 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

## 10. Ansiedad psíquica

- 0. No hay dificultad
- 1. Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2. Preocupación por pequeñas cosas
- 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla
- 4. Temores expresados sin preguntarle

## 11. Ansiedad somática

- 0. Ausente
- 1. Ligera
- 2. Moderada
- 3. Severa
- 4. Incapacitante

Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como:  
 Gastrointestinales - boca seca, eructos  
 Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias  
 Respiratorios - hiperventilación, suspiros  
 Frecuencia urinaria  
 Sudación.

## 12. Síntomas somáticos gastrointestinales

- 0. Ninguno
- 1. Pérdida de apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales

## 13. Síntomas somáticos generales

- 0. Ninguno
- 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad
- 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.  
 Síntomas como: - Pérdida de libido  
 - trastornos menstruales

## 14. Síntomas genitales

- 0. Ausente
- 1. Débil
- 2. Grave
- 3. Incapacitante

## 15. Hipocondria

- 0. No la hay
- 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)
- 2. Preocupado por su salud
- 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
- 4. Ideas delirantes hipocondríacas

## 16. Pérdida de peso. (Completar A o B)

- A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración)
- 0. No hay pérdida de peso
- 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual
- 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)

- B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes)
- 0. Pérdida de peso inferior a 500 g. en una semana
- 1. Pérdida de más de 500 g. en una semana
- 2. Pérdida de más de 1 kg. en una semana

Por término medio

## 17. Insight (conciencia de sí mismo)

- 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo
- 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2. Niega que esté enfermo

## 18. Variación diurna

- 0. Ausente
  - 1. Ligeras
  - 2. Graves
- Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (rodear M o T)

## 19. Despersonalización y falta de realidad

- 0. Ausente
- 1. Ligeras. Como: sensación de irrealidad
- 2. Moderada. ideas nihilistas
- 3. Grave
- 4. Incapacitante

## 20. Síntomas paranoideas

- 0. Ninguno
- 2. { Sospechosos
- 3. Ideas de referencias
- 4. Delirios de referencia y de persecución

## 21. Síntomas obsesivos y compulsivos

- 0. Ausentes
- 1. Ligeros
- 2. Graves

## 22. Otros síntomas (especificar)

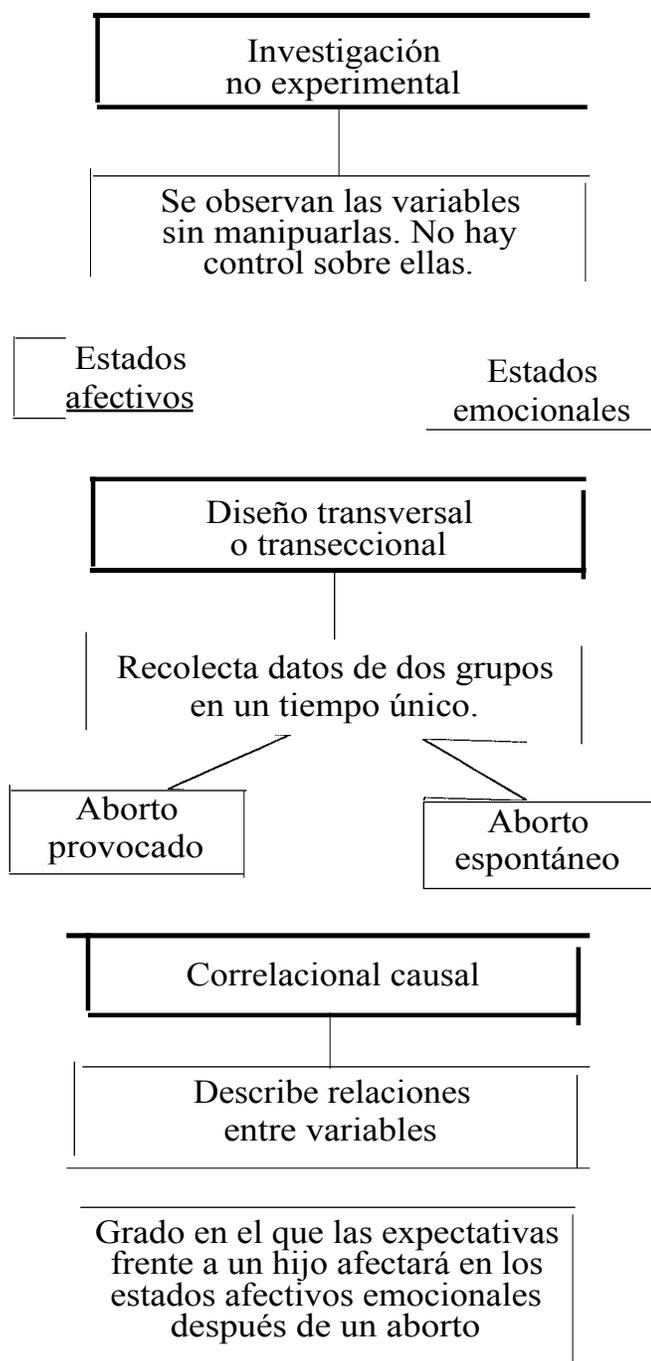
- 0. Ausente
- 1. Ligeros
- 2. Graves

Suma total  
puntuaciones

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

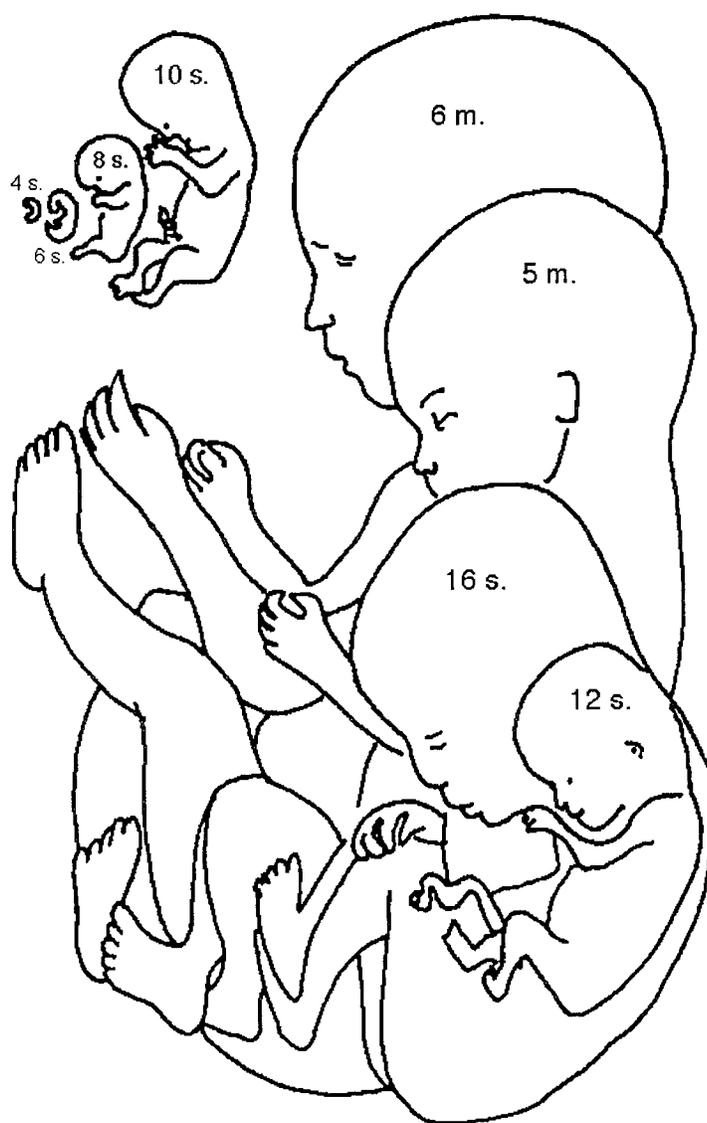
## ANEXO N° 8

METODOLOGIA  
Diseño de la investigación



ANEXO N° 9

DESARROLLO DEL EMBRION Y DEL FETO



**CLASIFICACION DE MUERTE MATERNA  
DE ACUERDO A LAS TECNICA UTILIZADAS**

| Tecnicas utilizadas para el aborto | Número de procedimientos | Número de muertes | Tasa de mortalidad (por 100.000 AB) |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Succión                            | 265.963                  | 1                 | 0.4                                 |
| Dilatación y curetaje              | 80.302                   | 2                 | 0.5                                 |
| Infusión salina                    | 9.147                    | 8                 | 16.3                                |
| Microcesárea                       | 224                      | 5                 | <del>22.8</del>                     |

*Fuente: Rueda, R.*