

# I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

## 1.1 Planteamiento del problema

La reproducción humana está llena de dudas y expectativas. Muchas mujeres harían lo que fuera por ser madres, otras en cambio, pagan altos precios por deshacerse de la vida que llevan dentro. El aborto es un problema que ha estado presente durante todas las épocas de la existencia del ser humano, adquiriendo en la actualidad una gran importancia por sus implicancias y por los factores que influyen en dicho proceso.

Puede que las secuelas físicas en las mujeres luego de un aborto sean similares entre ellas, pero las características psicológicas posiblemente varíen en cada mujer ya sea que ésta haya sufrido un aborto espontáneo o inducido, existiendo así muchas otras variables a tener en cuenta como ser la edad, la situación emocional y sentimental, la situación económica, y la salud. A partir de esto, siendo el aborto una práctica cotidiana como también clandestina, es importante que consideremos el caso por caso ya que aparentemente bastantes mujeres se muestran indiferentes luego de haber atravesado por ésta práctica, en especial cuando el aborto es de tipo autoinducido.

Circunscribiendo nuestro interés al principal problema de investigación que enfoca su accionar en enfocar las principales características psicológicas que presentan las mujeres que se han practicado un aborto autoinducido, se hace necesario comprender los *rasgos patológicos* en la población de estudio que decide haberse practicado un aborto. Es importante también poder estudiar la *apercepción* ya que permite conocer la existencia de depresión, el cómo están las relaciones familiares y el aspecto referente a la sexualidad de las mujeres que hayan atravesado por esta experiencia.

Asimismo, otra variable incluida en la investigación es la *depresión* siendo el factor desencadenante de la misma el haberse practicado un aborto.

También interesa la *autoestima*, puesto que al haber atravesado una mujer por un aborto puede influir muchísimo en el surgimiento de un autoestima baja.

Con las consideraciones planteadas en torno a esta problemática, finalmente es necesario poder conocer también la presencia de *ansiedad* en la población de estudio que se practicó un aborto.

El aborto autoinducido es aquel provocado por la propia embarazada para interrumpir el embarazo y ocasionar la expulsión del feto, éste puede ser provocado más fácilmente durante las primeras semanas de gestación. A pesar de estar contemplado por los medios legales y dentro de las recomendaciones específicas para terminar el embarazo, en aquellos casos en los que la ley así lo estipula y no así el aborto autoinducido que en muchos casos es provocado por métodos no recomendados por la medicina y que pueden poner en riesgo la vida de la mujer. Este tipo de práctica es común en países donde el acto del aborto está prohibido por ley, o bien donde la mujer no tiene acceso al aborto seguro.

A **nivel internacional** cerca de 46 millones de mujeres en el mundo se someten a un aborto inducido, de aquellas el 78% se ubican en los países en desarrollo y el 22% restante en los desarrollados. De hecho, el 11% de todas las mujeres que sufren un aborto residen en África, el 58% en Asia y el 9% en Latinoamérica y el Caribe. El continente europeo y otros países del mundo tienen el 22% faltante.

Los estudios han demostrado que cuantas más restricciones se aprueban sobre el aborto, mayor es la tasa de abortos autoinducidos. Por ejemplo, en 2016, cuando Texas aprobó muchos proyectos de ley TRAP cerrando más de la mitad de las clínicas del estado, la tasa de mujeres que intentaron autoinducir un aborto fue superior al 4,1% (un total de más de 100.000 mujeres embarazadas). Los estudios también han establecido una relación entre el aumento de las restricciones y el aumento de las búsquedas en Google sobre maneras de autoinducir un aborto o sobre cómo comprar una píldora abortiva a través del mercado negro. (Davidowitz, S. 2016)

Un estudio realizado por el Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C., de la ciudad de México revela datos que evidencian la estrecha relación entre las pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias y la aparición de estrés post

traumático (TEPT) y trastornos de depresión (TD). Además se observó, en los casos de interrupciones inducidas, una mayor tendencia a la comorbilidad, es decir, presencia de ambas patologías juntas, como también estados depresivos más severos. El análisis se llevó a cabo entre el 2013 hasta el 2016, en el cual participaron 287 mujeres de la ciudad de México atendidas en la misma institución, de las cuales 201 vivieron pérdida inducida y 86 pérdida involuntaria. Los resultados confirman que en los dos casos de pérdida gestacional, ya sea de forma inducida o involuntaria, pueden causar TEPT intenso, y las mujeres con pérdidas inducidas pueden presentar estados depresivos más severos. (Centro de Bioética, Octubre. 2017).

Speckhard y Rue llevaron un estudio sobre los síntomas psicológicos después del aborto, encontraron los siguientes: (1) dos grupos: el primero agobiado por la rabia y la culpa y el segundo por el estrés; (2) 45% informaron la presencia de pensamientos obsesivos, preocupación con los posteriores embarazos y deseos de reemplazar al niño no nacido, (3) de las mujeres con pareja, 5,9% terminaron su relación; (4) 24% asociaban de manera irracional problemas médicos con el aborto; (5) 36% de las mujeres tuvieron ideación suicida; (6) 42% manifestaron insatisfacción y rabia con el personal de la clínica. En un estudio previo, Speckhard entrevistó a 30 mujeres en distintos momentos durante cinco años, encontrando la presencia de síntomas depresivos, culpa, preocupación por el niño abortado, disfunciones sexuales, ideas suicidas, abuso de alcohol. (Speckhard, A. 1987).

Durante el 2014 en Colombia se llevó a cabo un estudio en mujeres que abortaron, acerca de la presencia de depresión y ansiedad, encontrándose 33% de ellas con síntomas depresivos, trastornos de ansiedad 22%, episodio depresivo leve. Coincidiendo con varios estudios acerca de la existencia de psicopatología después de un aborto inducido. (Ramos, J. 2015)

El estudio más importante sobre la relevancia científica de las investigaciones sobre el aborto es el *Report of the APA task force on mental health and abortion*, publicado por la American Psychological Association. Dicho estudio concluye que la mayoría de las investigaciones adolecen de problemas metodológicos, a menudo muy severos. En base a la evidencia, concluye que no es factible afirmar que las mujeres que

inducen un aborto presenten mayor riesgo para su salud mental que aquellas que deciden continuar el embarazo. Los trastornos psicológicos detectados después del aborto son efecto de múltiples factores como la edad, la procedencia y otras circunstancias y no necesariamente consecuencia directa del aborto. No existen pruebas para plantear que el aborto en sí mismo determine alteraciones psicológicas inevitables. Los problemas a largo plazo de mujeres que abortaron pueden relacionarse con otras circunstancias vitales. Los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones psicológicas son comunes a los de cualquier otro estresor: uso de estrategias de evitación o negación, presencia de problemas psicológicos previos al evento, estructura de personalidad, bajo apoyo social, estigma social, etc. (Major, B. 2008)

En algunas regiones de Estados Unidos se exige que a las mujeres que desean abortar se les informe sobre el hecho de que podrían desarrollar problemas de salud mental. Un estudio reciente, que es considerado el acercamiento más riguroso al tema en ese país, socava ese argumento. Durante cinco años los investigadores dieron seguimiento a mil mujeres que buscaron practicarse un aborto en ese país y descubrieron que las que se sometieron al procedimiento no experimentaron más depresión, ansiedad, baja autoestima ni insatisfacción con la vida que aquellas a quienes se les negó. Randall K. O'Bannon, director de educación e investigación de Derecho Nacional a la Vida, señaló que *“no es sorprendente que exista esa sensación de ansiedad y frustración”* en las mujeres a las que se les niega el aborto, puesto que *“se les ha dicho que sus planes se derrumbaron”*. Sin embargo, enfatizó que la investigación muestra que esas sensaciones se disipan rápido, lo cual sugiere que los efectos de negar el aborto a las mujeres *“no fueron completamente negativos”*.

M. Antonia Biggs, una psicóloga social que realizó y escribió el estudio, dijo que algunas personas *“esperarían que las mujeres que han pasado por un aborto tuvieran depresión y ansiedad con el tiempo, pero no vemos eso”*. Dijo que, en cambio, la investigación mostró que *“las mujeres a quienes se les niega el aborto presentan más ansiedad, baja autoestima y menor satisfacción con la vida que las mujeres que sí*

*pueden obtenerlo. Sin embargo, después de seis meses a un año, ya se sienten igual que las mujeres que sí abortaron”.* (Belluck, 2016)

A **nivel nacional**, en Bolivia se observa que la magnitud del aborto inseguro entre 2010 y 2016 se ha incrementado en un 14,6% así como el porcentaje de embarazos esperados que culminó en aborto. Se estima que durante el año 2016 que 59.646 abortos fueron realizados en Bolivia. Si se divide esta cifra por los 365 días del año, se calcula un promedio de 163 abortos por día. (Cortés, P. 2018, 9 de agosto. Las cifras hablan, falta el debate. El Deber. Recuperado de <https://www.pressreader.com/>)

El psicólogo Bismarck Pinto, en su investigación “Efectos psicológicos del aborto” sugiere que es urgente el desarrollo de investigaciones de la psicología boliviana sobre esta problemática, muchas instituciones que trabajan con mujeres, fundamentan su accionar sin fundamentación científica, la predominancia que les guía es ideológica, política o religiosa. (Pinto, B. 2017)

A **nivel regional**, en el departamento de Tarija se obtiene un promedio de 180 casos de aborto al mes. Anualmente llegan a los 2190 casos atendidos a niñas desde los 12 años hasta mujeres que ya formalizaron su relación de pareja. El 60% de atenciones se realiza a mujeres casadas.

En la UAJMS se realizó un estudio de diez casos sobre las características psicológicas que presentan mujeres de 20 a 25 años de edad que se realizaron un aborto inducido; las conclusiones a las que se llegaron en dicho estudio son un nivel de autoestima que oscila entre medio y baja, presentan problemas en su equilibrio fisiológico y psicológico, un nivel de ansiedad moderado, un nivel de depresión moderado y tales mujeres no presentan riesgo suicida. (Rios, L. 2013)

En el mismo estudio se realizó también la entrevista al psicólogo Fernando Montero quien indica que los casos atendidos por su persona, la mayoría de sus pacientes presentaban características psicológicas expresadas en un alto nivel de ansiedad y depresión, sentimientos de culpa por haber abortado, conductas autodestructivas, características desencadenadas a través de un estrés post traumático, a su vez que el hecho de tener un aborto inducido aumentaba la intensidad del problema.

En este contexto y tomando en cuenta lo mencionado se presenta el siguiente problema de investigación:

**¿Cuáles son las características psicológicas en las mujeres de 25 a 30 años de edad que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija?**

### **1.2 Justificación de la investigación**

Múltiples investigaciones se realizaron en cuanto a los daños y consecuencias físicas en la mujer provenientes de un aborto, los estudios de caso son escasos en cuanto a las características psicológicas en las mismas. Por tanto el presente trabajo se justifica puesto que:

El presente estudio tiene una relevancia teórica ya que brinda información actualizada sobre las características psicológicas en las mujeres que se realizaron un aborto autoinducido, brindando conocimientos específicos en cuanto a los rasgos de personalidad, la apercepción de cada una de ellas, detección de niveles de ansiedad y de depresión, como también un estudio de su autoestima. Se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre la temática del aborto, la cual es abundante en cuanto a leyes y teorías.

El aporte práctico de esta investigación pretende abrir un camino en el estudio de este fenómeno, que a pesar de ser reconocido por muchos como un fenómeno en fuerte crecimiento, no existen estudios acabados del problema. El desarrollo exitoso de la presente investigación genera información de gran valor para padres de familia, mujeres y varones que posiblemente estén atravesando por dicha situación así como también para profesionales que trabajan en instituciones que se dedican a brindar atención a personas que experimentaron la práctica del aborto.

El aporte metodológico en esta investigación es la elaboración de una entrevista en profundidad, como parte importante de la entrevista clínica, y una técnica de gran relevancia para la práctica profesional. Los resultados obtenidos dan paso a nuevas investigaciones relativas no sólo a la temática del aborto, sino también a

diversos temas de actualidad en los que se pueda realizar un estudio de caso a profundidad.

## **II. DISEÑO TEÓRICO**

### **2.1 Problema Científico**

¿Cuáles son las características psicológicas de las mujeres de 25 a 30 años de edad que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija?

### **2.2 Objetivos**

#### **2.2.1 Objetivo General**

Determinar las características psicológicas de las mujeres de 25 a 30 años que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija.

#### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Describir los rasgos patológicos de las mujeres de 25 a 30 años que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija.
2. Determinar características de depresión, relaciones familiares y sexualidad a través de la técnica proyectiva de apercepción temática en las mujeres de 25 a 30 años que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija sobre el tema del aborto.
3. Identificar el nivel de ansiedad de las mujeres de 25 a 30 años que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija.
4. Establecer el nivel de depresión de las mujeres de 25 a 30 años que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija
5. Identificar el nivel de autoestima de las mujeres de 25 a 30 años que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija.

### **2.3 Hipótesis**

- Las mujeres de 25 a 30 años que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija presentan rasgos patológicos de depresión baja energía, culpa-resentimiento, desajuste psicológico de pequeña desviación dentro de los decatipos bajos.
- Las mujeres de 25 a 30 años que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija presentan un grado de depresión leve.

- Las mujeres de 25 a 30 años que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija presentan un grado de ansiedad moderada.
- Las mujeres de 25 a 30 años que tuvieron un aborto autoinducido en la ciudad de Tarija presentan un grado de autoestima medio alto.

## 2.4 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Rasgos patológicos	Un rasgo es una disposición relativamente permanente de la personalidad que es inferida del comportamiento y que a su vez se supone determina el comportamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión.</li> <li>• Rasgos psicopatológicos.</li> </ul>	Hipocondriasis. Depresión-Suicida. Agitación. Depresión-Ansiosa. Depresión baja-energía Culpa-resentimiento. Apatía-retirada. Paranoia. Desviación psicopática. Esquizofrenia. Psicastenia. Desajuste psicológico.	<b>Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)</b> Decatipos medios: 5 y 6 Desviaciones pequeñas: 4 y 7 Gran desviación: 2-3 y 8-9 Desviación extrema: 1 y 10
Apercepción	Percepción consciente de la realidad o del objeto percibido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Relaciones familiares</li> <li>• Sexualidad</li> </ul>	Afectividad lábil Agresividad Agresividad reprimida	<b>Test de Apercepción Temática (TAT)</b> Lámina 4 Lámina 5

			<p>Ansiedad</p> <p>Resistencia</p> <p>Compulsión</p> <p>Esquizofrenia</p> <p>Depresión</p> <p>Psicosis y límites</p> <p>Elementos paranoides</p>	<p>Lámina 10</p> <p>Lámina 14</p> <p>Lámina 15</p> <p>Lámina 20</p> <p>Lámina 3NM</p> <p>Lámina 6NM</p> <p>Lámina 7NM</p> <p>Lámina 8NM</p> <p>Lámina 9NM</p> <p>Lámina 12M</p> <p>Lámina 13 HM</p> <p>Lámina 17NM</p>
Depresión	Estado emocional dominado por aquellos sentimientos de tristeza, falta de actividad, dificultades en la concentración, pensamiento, desesperación y desaliento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensión cognitivo-afectiva</li> </ul>	<p>Tristeza</p> <p>Pesimismo</p> <p>Fracaso</p> <p>Pérdida de placer</p> <p>Sentimientos de culpa</p> <p>Sentimientos de castigo</p> <p>Disconformidad con uno mismo</p> <p>Autocrítica</p> <p>Pensamientos o deseos suicidas</p> <p>Llanto</p> <p>Pérdida de interés</p> <p>Desvalorización</p> <p>Cambios en el apetito</p> <p>Agitación</p>	<p><b>Inventario de Depresión de Beck.</b></p> <p>Depresión mínima: 0-13</p> <p>Depresión leve: 14-19</p> <p>Depresión moderada: 20-28</p> <p>Depresión severa: 29-63</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensión</li> </ul>		

		somática	<p>Indecisión</p> <p>Pérdida de energía</p> <p>Cambios en los hábitos de sueño</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Dificultad de concentración</p> <p>Pérdida de interés en el sexo</p>	
Ansiedad	Estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas somáticos</li> <li>• Síntomas subjetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjetivo</li> <li>• Neurofisiológico</li> <li>• Autonómico</li> <li>• Pánico</li> </ul>	<p><b>Inventario de Ansiedad de Beck</b></p> <p>Ansiedad Mínima: 0-7</p> <p>Ansiedad Leve: 8-15</p> <p>Ansiedad Moderada: 16-25</p> <p>Ansiedad Grave: 26-63</p>



### III. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se exponen los principales conceptos relacionados con el tema de estudio. En primer lugar se hace un acercamiento al tema del aborto, posteriormente se abordaran las características psicológicas y rasgos de personalidad. A continuación se hace una descripción detallada de las variables de estudio, es decir, la apercepción, depresión, ansiedad y autoestima que las mujeres presentan luego de haberse realizado un aborto.

#### 3.1 El aborto

El aborto proviene del latín “*ab*” que quiere decir privación, y “*ortus*” que quiere decir nacimiento. La Real Academia Española lo define como “*la interrupción del nacimiento del embarazo por causas naturales o provocadas*”. (Diccionario de la lengua española, 2017.)

El Aborto se puede definir como la culminación de un embarazo antes de que el feto pueda vivir de forma independiente fuera del vientre de la madre.

##### 3.2.1 Clasificación del aborto

- **Aborto Espontáneo:** Consiste en la interrupción involuntaria del embarazo, antes de que el feto sea viable, o sea, antes de que tenga capacidad de vida extra-uterina independiente. Se considera aborto espontáneo a la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta. (Recuperado de: [http://www.abortos.com/tipos\\_aborto.htm](http://www.abortos.com/tipos_aborto.htm))

*Es la ocurrencia espontánea del proceso de aborto o de la muerte del embrión o feto. No hay intervención de la embarazada o de terceros. Es un proceso que ocurre involuntariamente. Las causas pueden ser otras enfermedades o patologías genéticas incompatibles con la vida o accidentes como una caída o golpe accidental de la embarazada. En general un aborto espontáneo resulta en un proceso sin infección o aséptico. (Molina, 1995)*

Un 8 y 15 por ciento de los embarazos, según las fuentes, que se detectan terminan de esta manera, aunque un número importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos. La mayoría de los abortos espontáneos, tanto conocidos como desconocidos, tiene lugar durante las primeras 12 semanas de embarazo y en muchos casos no requieren de ningún tipo de intervención médica ni quirúrgica. De igual forma, también la inmensa mayoría de los abortos inducidos se dan antes de las 12 semanas.

- **Aborto Inducido:** *“Existen acciones de la embarazada o de terceros que interrumpen el desarrollo del embrión o feto o que estimulan el proceso de su expulsión del embrión o feto. En general este tipo de abortos tiene consecuencias de infección o procesos sépticos, cuando se efectúa en forma clandestina y sin los cuidados técnicos adecuados”.*  
(Íbid.)

El aborto inducido, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta. El aborto inducido es cuando se provoca intencionalmente la interrupción del embarazo. (Recuperado de: [http://www.abortos.com/tipos\\_aborto.htm](http://www.abortos.com/tipos_aborto.htm))  
Desde las primeras leyes a principios del siglo pasado, el aborto provocado ha ido siendo despenalizado en muchos países, tanto del primer, segundo o tercer mundo y su despenalización ha supuesto en estos países una disminución drástica de la morbilidad y mortalidad materna.

- **Aborto autoinducido:** El aborto autoinducido es aquel provocado por la propia embarazada para ocasionar la expulsión del feto. A pesar de estar disponibles los medios legales y dentro de las recomendaciones para terminar el embarazo, el aborto autoinducido es provocado por métodos no recomendados por la medicina y que pueden poner en riesgo la vida de la mujer. (Recuperado de: <https://womenhelp.org/es/page/878/hacer-un-plan-antes-de-realizar-un-aborto-auto-inducido>)

- **Aborto terapéutico:** El aborto terapéutico es la interrupción provocada del desarrollo vital del embrión o feto (por lo que se trata de un aborto inducido), pero al que preceden razones estrictamente médicas. Entre estos motivos cabe si la salud de la madre (física o mental) se encuentra directamente comprometida con dicho embarazo o, en su caso, si la vida de la madre corre riesgo.

Es el aborto inducido justificado por razones médicas. La mayor parte de las legislaciones que regulan el aborto, tanto las permisivas como las restrictivas, distinguen, en diferente grado, entre la total o mayor admisibilidad del aborto terapéutico respecto a la interrupción voluntaria del embarazo. (Recuperado de: <http://www.colectiva-cr.com/node/96>)

- **Aborto Indirecto:** Es el aborto que se produce como efecto secundario no deseado de una intervención médica dirigida a salvar la vida de una mujer embarazada, en la que se produce la muerte del embrión o feto. No hay, por tanto, intención primaria de acabar con la vida del nasciturus. Se considera aborto indirecto aun cuando la muerte del feto, sin ser buscada, se hubiere previsto, pero de no intervenir, o de esperar a que el feto sea viable fuera del útero, tanto la madre como el no nacido resultarían muertos. (Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Aborto\\_indirecto](https://es.wikipedia.org/wiki/Aborto_indirecto))

No se puede decir que sea espontáneo porque se han llevado a cabo unas acciones a consecuencia de las cuales se ha producido el aborto. Pero tampoco se puede decir que sea inducido porque no ha sido la intención producir el aborto, ni tampoco se ha llevado a cabo directamente.

Para hablar de aborto indirecto, deben cumplirse dos condiciones:

- La intervención médica va destinada a salvar la vida de la madre embarazada en situaciones en las que ésta corre peligro cierto.
- La viabilidad del feto es nula según los conocimientos que se poseen sobre el caso o el trastorno.

### 3.2.2 Causas y factores del aborto

Los motivos por los que se produce un aborto son muy amplios y en muchas ocasiones incluso se desconocen. Para clasificarlos se distinguen tres categorías:

- **Causas fetales:** Los abortos relacionados con los problemas del feto suelen asociarse a mutaciones cromosómicas, anomalías congénitas, infecciones o efectos ajenos causados por medicamentos o radiaciones ionizantes (como la de los rayos X, por ejemplo).
- **Causas maternas:** En este caso las causas se asocian a problemas relacionados con la madre. Entre ellos se encuentran:
  - ✓ Trastornos en el desarrollo de la placenta
  - ✓ Deformidades o tumores en el cuello uterino, como miomas, o insuficiencia cervical.
  - ✓ Traumatismos producidos por alguna caída.
  - ✓ Infecciones
  - ✓ Enfermedades sistemáticas como diabetes, hipertensión o hipertiroidismo.
  - ✓ Intolerancia de Rh, que se produce cuando existe una incompatibilidad con la sangre de la madre y del feto.
  - ✓ Insuficiencia del cuerpo lúteo
  - ✓ Consumo excesivo de cafeína
  - ✓ Abuso de sustancias nocivas como alcohol, drogas o tabaco.
- **Causas paternas:** Los problemas que se asocian al padre suelen estar relacionados con alteraciones genéticas o algún tipo de anomalía en el esperma. (Recuperado de: <https://www.enfemenino.com/embarazo/posibles-causas-que-pueden-producir-un-aborto-s1511146.html> )

Es importante situar la problemática del aborto en su dimensión real y concreta. Un aborto es una situación difícil de afrontar no solo por las decisiones que implica sino también porque involucra muchos aspectos personales de la mujer, y su relación con el medio que la rodea. Esta relación está determinada y puede estudiarse a partir de diferentes factores sociales que hacen parte de la complejidad de la existencia del ser humano, como pueden ser la relación afectiva con el compañero, la familia, la influencia de la economía existente, motivos reproductivos, motivaciones personales, entre otros.

Las decisiones que implican un aborto suelen ser difíciles de tomar ya que involucra no solo aspectos emocionales y psicológicos de la mujer sino también los aspectos culturales y sociales que la rodean.

- **Factor familiar:** La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. En este contexto, los miembros de la familia pueden reaccionar de diferente manera frente a un embarazo no esperado o no deseado. Una de sus reacciones puede ser el de influir en la consecución del aborto, si bien es cierto no en todo, pero si en parte, cuando uno de los miembros dan sus puntos de vista u opiniones sobre cómo podría ella solucionar sus problemas.

Otra manera, es obligar a la mujer al aborto, quiere decir que cualquiera de los miembros de la familia se encarga de tomar la decisión por la mujer y que luego ellos las llevan a que se le realice el aborto. Otro factor involucrado dentro de la variable familia es el miedo, que es la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo (por ejemplo, salir de casa muy temprano y no tener donde ir), un daño real (el ser golpeadas) o daño imaginario (causar una decepción a los padres) por un embarazo no deseado, que tienen a la familia, a los padres o al padre, que generalmente es el jefe del hogar y que impone normas o reglas de conducta. Si un embarazo, deseado o no, está presente y esta no es una conducta que será aceptada por la familia según la consideración de la mujer, el miedo puede anular sus facultades de decisión y raciocinio, y puede impulsar a estas mujeres a un aborto provocado.

- **Factor pareja:** La procreación es un resultado de dos, y muchas veces solo se hace el análisis de la mujer, a pesar de que el hombre pueda ser determinante a la hora de decidir la continuación del embarazo o la realización del aborto, puesto que pueden ocurrir diferentes situaciones en la relación de una pareja. Si la pareja se encuentra en difíciles condiciones para la procreación (económicas, de relación, sociales y cultural), podrían tener un riesgo mayor de recurrir al aborto si se embaraza la mujer. La solución de un problema que se presenta en una relación de pareja debe ser tomada por los dos, previo acuerdo, en donde ellos evalúan su situación, la estabilidad económica, aspiraciones personales, la familia, la sociedad, tomando ambos la decisión.

Otra cosa es, que se presenten situaciones anómalas en la relación de pareja y que influyan en la decisión de un aborto, estas situaciones anómalas puede ser una pareja sexual sin unirse, pues en ocasiones una pareja sin vínculo estable puede conducir a la decisión de no tener un hijo, esto es influenciado a la vez por el tiempo de relación de la pareja, que posiblemente puede ser considerado como poco. La estabilidad en la relación de pareja es importante, porque el tener una mala relación con la pareja conllevaría a la decisión del aborto, el no tener en ese momento a la pareja, porque no quiso responsabilizarse del embarazo (por ejemplo, abandono). El establecimiento de relaciones de pareja simultáneas y fortuitas podrían obligar a acudir al aborto ante una relación de pareja inestable.

- **Factor económico:** La economía siempre es un motivo importante para tomar cualquier decisión, los ingresos bajos por parte de la mujer son un factor determinante para que esta aborte, que las mujeres estén atravesando algún problema económico, como el caso de no tener trabajo en esos momentos, o simplemente no contar con un trabajo estable, (Inestabilidad laboral).
- **Factor futuro personal:** Los resultados de algunas investigaciones muestran que la mayoría de las mujeres que abortan son estudiantes o tienen aspiraciones de

continuar sus estudios, señalando esta causa como motivo del aborto. Estas personas desean retrasar el deseo de tener un hijo, el displacer que produce un hijo cuando no ha sido planeado y obstaculiza el desarrollo de metas personales, aquellas situaciones que vive la mujer, como el hecho de ser muy joven, no desear ser madre en esos momentos, no encontrarse preparada para ser madre, o simplemente el hecho de estar estudiando.

- **Factor reproductivo:** El tener muchos hijos y no desear más, o el tener el número de hijos ideal para la mujer o la pareja, son factores para la decisión del aborto.
- **Factor condición de vida:** Este factor, en particular tratándose de jóvenes pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas, explica en mucho la práctica del aborto en este sector de la población. En situaciones de dependencia económica y social, el aborto sigue siendo la única solución para adolescentes que enfrentan un embarazo no deseado y no pueden asumir por sí solos la crianza de un hijo. (Salomón, 2005)

### 3.2.3 Métodos del aborto inducido

La interrupción del embarazo de manera inducida se puede hacer de varias maneras y la decisión de usar uno u otro método dependerá del tiempo de gestación.

- Durante el **primer trimestre** (entre 0 y 12 semanas) se recomienda utilizar alguno de estos métodos: la aspiración manual, la succión al vacío, la dilatación y curetaje o el uso de fármacos para abortar.
- Durante el **segundo trimestre** (entre 12 y 28 semanas) se recomienda el uso de métodos como: dilatación y evacuación, dilatación y extracción intacta o inducción al parto prematuro.

- Durante el **tercer trimestre** (entre 28 y 30 semanas) se puede terminar con un embarazo con técnicas como: histerectomía, dilatación y extracción intacta o inducción al parto prematuro.

Los **métodos** son los siguientes:

- **Aspiración manual o aspiración uterina:** Es una técnica en la que se dilata el cuello de la matriz a través de la vagina y se aspira el contenido del útero. Tras la aspiración, se realiza un legrado posterior, que consiste en un raspado de las paredes uterinas con el fin de terminar el vaciado del contenido. Primero se desinfecta toda la zona genital y después se procede a dilatar el cuello del útero con un instrumento llamado espéculo, que sirve para mantener la cavidad abierta para introducir el instrumental. Tras la dilatación, se procede a vaciar el contenido uterino mediante la aspiración y a continuación se realiza el legrado o raspado de las paredes uterinas.

Esta técnica siempre se realiza con control ecográfico, con el que los profesionales van viendo el contenido del útero y le sirve de guía para realizar la intervención. La duración de todo este proceso es de 7 a 15 minutos. Una vez finalizada la intervención, se lleva a la paciente a una sala de recuperación, controlada por el personal de la clínica. Se permanece en observación alrededor de una hora, en la que la mujer se recupera de la anestesia. (Recuperado de: <https://www.clinicas-aborto.com.mx/tipos-de-aborto/metodo-quirurgico/>)

- **Succión al vacío:** El abortista empieza dilatando el cuello del útero de la madre, hasta que es lo suficientemente grande para insertar una cánula en el mismo. La cánula es un tubo de plástico hueco conectado a una bomba tipo aspiradora, a través de una manguera flexible. El abortista pasa el extremo de la cánula a lo largo de la superficie del útero, logrando que el feto sea arrastrado y succionado al interior del tubo, entero o en trozos. El líquido amniótico y la placenta son igualmente succionados al interior del tubo y junto con otras partes del cuerpo, introducidos en un bote de recolección. Otras partes del cuerpo que pudieran

quedar aun en el útero son extraídas quirúrgicamente mediante un raspaje. Después de esto, se introduce nuevamente dentro del útero de la madre la cánula utilizando la máquina de succión, para asegurarse de que ninguna parte del cuerpo del feto esté aun en el interior del útero. El contenido del bote de recolección se examina para comprobar que están en el mismo todas las partes del cuerpo del feto, así como la cantidad de tejido adecuada correspondiente a la edad gestacional. (Recuperado de: <http://pro-hi-vida.blogspot.com/2009/10/tecnicas-abortivas-succion-al-vacio.html>)

- **Dilatación y curetaje:** Se comienza por dilatar convenientemente el cuello del útero, lo que sólo se puede hacer bajo anestesia. Luego se introduce en el útero una especie de cucharilla de bordes cortantes llamada legra o "cureta", que trocea bien a la placenta y al feto al ser paseada de arriba abajo por toda la cavidad del útero. Los trozos así obtenidos se extraen con la misma legra. Este método suele practicarse sobre todo en los tres o cuatro primeros meses de la vida. Si el embarazo ha superado las doce semanas, las dificultades aumentan. A veces pueden quedar grandes restos en el interior del útero, por ejemplo la cabeza, y por eso el médico debe identificar cuidadosamente todos los restos extraídos para asegurarse de que no ha quedado nada dentro del vientre. (Recuperado de: <http://www.abortoentuciudad.com/metodos-de-aborto/aborto-por-dilatacion-y-curetaje>)
- **Fármacos:** El aborto farmacológico o con pastillas consiste en el uso de uno o varios medicamentos que producirán la interrupción del desarrollo normal del embrión y su posterior expulsión a través del canal de parto. Esta forma de interrumpir un embarazo es factible durante las primeras semanas de gestación y aunque puede hacerse en casa es recomendable estar cerca de un centro asistencial en caso de requerir ayuda médica. (Recuperado de: <https://www.abortar.org/aborto-inducido/> )

- **Inyección salina:** Este método se utiliza solamente después de las 16 semanas. El líquido amniótico que protege al feto es extraído y se inyecta en su lugar una solución salina concentrada. El feto ingiere esta solución que le produce la muerte por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos, y convulsiones. Esta solución salina produce graves quemaduras en la piel del feto. Unas horas más tarde, la madre comienza un 'parto' prematuro y da a luz. Algunas de las complicaciones de este tipo de aborto para la mujer son la ruptura del útero, embolismo pulmonar y peligrosos coágulos intra-vasculares. (Recuperado de : <http://www.redmadre.es/como-abortar-metodos-de-aborto#.W0KQa9IzZ0s>)
- **Dilatación y Evacuación:** La dilatación y evacuación (D y E) se hace generalmente en las segundas 12 semanas (segundo trimestre) del embarazo. Suele incluir una combinación de aspiración endouterina, dilatación y legrado y el uso de instrumentos quirúrgicos (como un fórceps). Antes de una D y E, se hace una ecografía para determinar el tamaño del útero y el número de semanas del embarazo. Antes del procedimiento, a menudo se introduce en el cuello uterino un dispositivo llamado *dilatador del cuello uterino (osmótico)* para ayudar a abrir lentamente el cuello uterino. Dilatar el cuello uterino reduce el riesgo de cualquier lesión al cuello uterino durante el procedimiento. También puede administrarse misoprostol varias horas antes de la cirugía. Este medicamento puede ayudar a ablandar el cuello uterino. En la mayoría de casos, 24 horas antes del procedimiento real, su proveedor del aborto inducido insertará laminarias o un dilatador sintético adentro de la cerviz. Cuando el procedimiento empieza el próximo día, su proveedor del aborto inducido utilizará un tenáculo para mantener la cerviz y el útero en su lugar y varillas con forma de cono de tamaño creciente se utilizan para continuar el proceso de dilatación. (Recuperado de: <http://americanpregnancy.org/es/unplanned-pregnancy/surgical-abortions/>)
- **Histerectomía:** Este procedimiento se lleva a cabo durante los últimos tres meses del embarazo. Consiste en realizar una cesárea, y extraer el feto. En ocasiones el feto nace vivo y tarda horas en morir, -se han documentado casos de más de 12

horas-. Al ser una intervención quirúrgica mayor, tiene frecuentes complicaciones. (Recuperado de: <http://www.redmadre.es/como-abortarmetodosdeaborto#.W0KQa9IzZ0s>)

### 3.2.4 Métodos del aborto autoinducido

- **Métodos caseros:** Estos son algunos métodos que podrían servir para provocar un aborto natural, pero es muy importante tener en cuenta que todos estos métodos funcionan de manera eficiente siempre que la mujer esté en las primeras cuatro semanas de gestación. A partir de éste momento, mientras más tiempo pase, más difícil será lograr el aborto.
  - Tomar bebidas o alimentos que contengan vitamina C en altos niveles. Esto estimula en gran medida la posibilidad de provocar un aborto natural, se recomienda consumir alimentos que contengan este componente en gran medida, tales como naranjas, mandarinas y piñas. La vitamina C ayuda a promover los niveles de estrógeno de las mujeres, una hormona que es responsable de inducir la menstruación. A medida que aumentan los niveles de estrógeno, comienzan las contracciones uterinas y se inicia el período.
  - Consumir canela sin cocinarla. La canela es bastante efectiva para producir los abortos de manera natural, puesto que tiene un efecto anticoagulante, lo que ayuda a incrementar el flujo de la menstruación y limpia en gran medida todo el aparato reproductor femenino. Al provocar un gran flujo de sangre en la menstruación, inducirá el aborto de manera espontánea.
  - Infusión de semilla de sésamo.
  - Infusión de perejil, la bebida aumenta los niveles de estrógeno, lo que provoca que aumente la menstruación y de esta manera se bajan los niveles de progesterona, lo que ocasiona que el útero no esté capacitado para mantener al óvulo.

- Té de jengibre, el cuál tiende a tomarse como mínimo un par de veces al día y presenta muy buenos resultados al poco tiempo como té abortivo.
  - Baños con agua caliente, se puede lograr aumentar los niveles de estrógeno en el cuerpo, y de ésta manera se puede forzar la menstruación.
  - Leche de soja junto con ajo y reducir un poco las comidas con azúcar, lograrán aumentar los niveles de estrógeno, lo que ocasionara que la mujer empiece a menstruar en pleno embarazo, con lo que provocaría un aborto de forma natural.
  - Ejercicios de fuerza y cardiovasculares.  
(Recuperado de: <https://www.abortar.org/remedios-naturales/provocar-aborto-natural/>)
- **Píldora abortiva:** La “*píldora abortiva*” es el nombre popular que recibe el proceso de tomar dos medicamentos diferentes para interrumpir un embarazo: la mifepristona y el misoprostol. Primero se toma la pastilla llamada mifepristona. El embarazo necesita una hormona llamada progesterona para avanzar normalmente. La mifepristona bloquea la progesterona que produce el cuerpo, impidiendo que el embarazo avance. Posteriormente se toma el segundo medicamento misoprostol inmediatamente o hasta 48 horas después. Este medicamento produce cólicos y sangrado para vaciar el útero. En la mayoría de los casos, los cólicos y el sangrado suelen comenzar entre 1 y 4 horas después de tomar el misoprostol. Los cólicos y el sangrado pueden durar varias horas. En la mayoría de los casos, se termina de eliminar el tejido del embarazo entre 4 y 5 horas, pero puede tardar más. Los cólicos y el sangrado disminuyen después de que se expulsa el tejido del embarazo. La mujer puede tener cólicos intermitentes durante 1 o 2 días más.

La efectividad de la píldora abortiva depende de cuánto tiempo de embarazo tenga la mujer en el momento en que tome los medicamentos. (Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/aborto/la-pildora-abortiva>)

### **3.2.5 Efectos físicos del aborto**

Cualquiera de los métodos para culminar con un embarazo debe hacerse bajo supervisión médica o bajo el cuidado de personal capacitado, de lo contrario existe la posibilidad de contraer afecciones a la salud.

Algunas de estas afecciones pueden ser: infecciones en las trompas de Falopio o útero, hemorragias, daños al útero que pueden causar infertilidad, daño a otros órganos y en casos más severos la muerte de la madre.

### **3.2.6 Efectos psicológicos del aborto**

La siguiente es una lista de posibles efectos psicológicos y emocionales de un aborto. La duración o intensidad de estos efectos varían de una persona a otra.

- **En la mujer:**

- ✓ Arrepentimiento
- ✓ Coraje
- ✓ Sentimiento de culpa
- ✓ Vergüenza
- ✓ Sentido de soledad o aislamiento
- ✓ Pérdida de confianza en sí misma
- ✓ Pesadillas o insomnio
- ✓ Trastornos de la alimentación
- ✓ Depresión
- ✓ Ansiedad

(Recuperado de: <http://americanpregnancy.org/es/unplanned-pregnancy/abortion-emotional-effects/> )

- **En el hombre:**

- ✓ **El dolor y la tristeza:** Los hombres en nuestra cultura pueden tener dificultades para articular una sensación de tristeza. Pero, después de un aborto, los hombres se encuentran a menudo tristes y deprimidos.
- ✓ **Masculinidad:** Después del aborto, los hombres pueden experimentar una sensación de ser incapaz de proteger a su pareja o a sus hijos. Esto puede ser incapacitante, afectar la autoestima y su valor masculino, y causar derrotismo en él.
- ✓ **La rabia o la ira:** La rabia y la ira seguidos es cómo los hombres se desahogan después de la pérdida por el aborto. La ira puede ser interiorizada o dirigida hacia la madre del niño u otras personas involucradas.
- ✓ **Comportamientos de riesgos:** El comportamiento imprudente o arriesgado puede aumentar después de haber estado involucrado en un aborto.
- ✓ **Ideas de suicidio:** Los padres que se opusieron al aborto pueden tener tendencias suicidas ellos mismos. Esto ocurre sobre todo si el padre quería al bebé y estaba en contra del aborto.
- ✓ **Abuso de alcohol y drogas:** Este es un mecanismo de defensa común compartido por muchos hombres. Algunos buscarán ayuda a través de un programa de tratamiento, mientras que otros seguirán en el exceso de alcohol y drogas.
- ✓ **El abuso emocional y / o maltrato conyugal:** Esto puede dirigirse de hombre a mujer o mujer a hombre. En un nivel subconsciente, este es el escenario de la ira y el ataque, pero también puede estar "castigando" conscientemente al cónyuge por la elección de abortar. Algunas relaciones pueden deteriorarse por completo y dar lugar a un divorcio. (Recuperado de: <http://www.legadocultural.org/abortion-sideeffects-men> )

### **3.2.7 Aborto Ilegal**

Se considera aborto ilegal o clandestino cuando es realizado en contra de alguna de las leyes del país donde se practica. (Recuperado de: [www.abortos.com/tipos\\_aborto.htm](http://www.abortos.com/tipos_aborto.htm)). Cuando el aborto está prohibido por la ley, las circunstancias hacen que muchas mujeres busquen a comadronas o a médicos que se prestan a colaborar. Pero el aborto practicado en estas circunstancias es peligroso y mantiene unas estadísticas de mortalidad y morbilidad materna infinitamente superiores a las del aborto legal.

El aborto ilegal se practica generalmente en las peores condiciones higiénicas y con las posibilidades escasas de recurrir con urgencia a un hospital. Por ejemplo, un aborto inseguro puede referirse a un procedimiento extremadamente peligroso para la vida que es autoinducido en condiciones antihigiénicas, o puede referirse a un aborto mucho más seguro realizado por un médico que no brinda la atención adecuada después del aborto.

### **3.2.8 Aborto Legal**

Se considera aborto inducido legal cuando es realizado bajo las leyes despenalizadoras del país donde se practica. En España se considera aborto legal cuando es realizado con consentimiento de la mujer, en un Centro Acreditado para ello y bajo uno de los tres supuestos despenalizadores de la ley, es decir cuando hay peligro para la salud o la vida de la embarazada, por causa de violación o por malformaciones fetales. En otros países existen leyes que permiten la realización del aborto bajo la ley de plazos de tal forma que una mujer puede interrumpir su embarazo solamente con la libre decisión.

Cuando hablamos de aborto médico-legal nos referimos al acto médico o quirúrgico que consiste en la interrupción voluntaria de la gestación en los casos en que el derecho interno de cada país prevé la no imposición de una pena por tal motivo, aunque el aborto en general sea considerado un delito. La importancia del aborto por indicación médico-legal está en que facilita que estas interrupciones se practiquen dentro del ámbito sanitario institucional, eliminando riesgos innecesarios para las mujeres. (Recuperado de:

[https://es.wikipedia.org/wiki/Aborto\\_inducido#Aspectos\\_legales:\\_aborto\\_terap%C3%A9utico\\_y\\_aborto\\_voluntario](https://es.wikipedia.org/wiki/Aborto_inducido#Aspectos_legales:_aborto_terap%C3%A9utico_y_aborto_voluntario))

### **3.2.9 El Aborto en Bolivia**

Desde 1973 el aborto en Bolivia es ilegal, salvo para prevenir daño a la salud de la mujer o en casos de violación. La pena es de uno a tres años en prisión para la mujer embarazada que consiente la operación, y de uno a seis años para la persona que realiza el aborto. Si una mujer realiza el procedimiento por sí misma, solo puede acusársela de consentir al aborto.

Sin embargo, es complicado conseguir un aborto legal y seguro, aunque la mujer haya sido violada. Con las reformas aprobadas en diciembre de 2017 por el senado durante el gobierno de Evo Morales se amplificaron las causales, según la nueva legislación, tampoco será penalizado un aborto cuando sea para prevenir riesgos presentes o futuros para la vida y la salud integral de las mujeres embarazadas, se detecten malformaciones incompatibles con la vida, sea consecuencia de una reproducción asistida no consentida, de una violación o incesto, y cuando se trate de niñas y adolescentes, o si tienen a su cargo personas adultas mayores, con discapacidad u otros menores, o sean estudiantes.

En Bolivia, el aborto estaba penado de acuerdo al artículo 263 del código penal que establecía que las mujeres pueden realizarse un aborto de manera excepcional previa autorización judicial. Con las modificaciones de 2017 se estableció la obligatoriedad para que el sistema público de salud le otorgue a las mujeres este derecho de manera gratuita sin condición, tutelaje, sin que ningún médico evalúe.

Esta penalización del aborto inducido y no autorizado se traduce en la práctica clandestina del mismo por personas de dudosa formación y en condiciones insalubres e inseguras, deslindando responsabilidades de quienes lo practican generando la muerte de varios cientos de mujeres al año en el país.

Como se mencionaba, si bien las mujeres víctimas de una violación sexual o cuya vida se encuentra en peligro pueden acceder a un servicio de aborto seguro e impune a través de una solicitud judicial, las mujeres deben atravesar una serie de obstáculos para conseguir la misma, tales como la objeción de conciencia, la demora judicial, las amenazas y la represión, sin mencionar la revictimización que sufren en cada uno de los pasos a seguir para conseguir la autorización judicial deseada.

En este proceso largo, muchas mujeres, para cuando consiguen la autorización, se encuentran fuera del período “seguro” establecido para la realización de un aborto. En otros casos, las mujeres claudican en el proceso legal y optan por la vía clandestina, exponiendo de la misma manera sus vidas.

### **3.2 Características psicológicas**

El ser humano posee un conjunto de reacciones y hábitos de comportamiento que se han adquirido durante la vida y que dan especificidad al modo de ser individual. Junto con el temperamento y las aptitudes configuran la personalidad de un individuo. El ser humano se caracteriza por el desarrollo de la actividad psíquica en su máximo grado.

Podemos entender como características psicológicas, a todas aquellas cualidades que se presentan en los individuos y que le permiten distinguirse y sobresalir en alguna materia en especial. (Simmons, 2013)

Así podemos apreciar plenamente una serie de distintivos en la psicología de los líderes, de los jóvenes, de los deportistas o de algún tipo de persona o rama de personas, las mismas que tienen una formación psicológica especial o diferente. Todas estas apreciaciones y distintivos psicológicos, permiten separar a las personas en individuos mentalmente calificados para la realización de un cierto tipo de actividad.

Existe un concepto de la salud mental entendida como la presencia de ciertas características psicológicas, que se reflejan o manifiestan en la forma en que el individuo se relaciona consigo mismo y con los demás. Entre estas características podemos encontrar una actitud de aceptación

de sí mismo, que permite valorar atributos y aceptar limitaciones y que conlleva un estar consciente de las propias motivaciones, impulsos y necesidades; un sentimiento de continuidad entre lo que ha sido, lo que es y lo que será; un cierto grado de integración, de equilibrio, psicológico; es decir, una ausencia de conflictos internos tan intensos que obliguen a comportarse en forma incongruente consigo mismo o con sus valores. Otras características se refieren a la capacidad para actuar con autonomía, de acuerdo con una escala propia de valores y criterios; a la capacidad para percibir el mundo objetivamente, con un mínimo de distorsión provocado por las propias fantasías y necesidades emocionales. Finalmente otras características incluyen la capacidad para amar, para relacionarse interpersonalmente en forma satisfactoria, para trabajar, para ajustarse a las situaciones en que participa Y para enfrentarse a situaciones problemáticas. (Castro, 1976)

Al revisar éstas y otras características, cuya presencia defina la salud mental, se observa que en realidad se está haciendo énfasis en la forma en que el individuo se relaciona consigo mismo y con los demás, en la manera característica en que éste se ajusta al mundo en que participa, en la forma particular que tiene tanto para enfrentarse a los problemas cotidianos y cómo hace para resolverlos.

### **3.3 Rasgos patológicos**

Frecuentemente, cuando hablamos sobre la personalidad de alguien, nos referimos a lo que diferencia a esa persona de los demás, incluso lo que le hace única. A este aspecto de la personalidad se conoce como diferencias individuales. Para algunas teorías, ésta es la cuestión central. Éstas prestan una atención considerable a tipos y rasgos de las personas, entre otras características, con los cuales categorizar o comparar. Algunas personas son neuróticas, otras no; algunas son más introvertidas, otras más extravertidas, y así sucesivamente.

Los teóricos de la personalidad se interesan en las características estables y duraderas de la gente, o lo que denominan *rasgos*: formas consistentes de percibir el self, el mundo y a la otra gente; formas consistentes de experimentar y manejar las emociones; y formas consistentes de comportarse. Esas consistencias básicas en la conducta, los pensamientos y los sentimientos pueden deberse a factores genéticos, o ser patrones de conducta aprendidos y arraigados, o pueden compartir ambos aspectos. (Compas, Gotlib, 2003).

Los rasgos son las unidades de personalidad que tienen un valor predictivo. Cattell (1979, p.14) definió un rasgo como *“lo que define lo que hará una persona cuando se enfrente con una situación determinada”*. A diferencia de Allport, no sentía que fuera necesario definir los rasgos en términos psicofísicos. Para Cattell los rasgos eran conceptos abstractos, herramientas conceptuales útiles para propósitos predictivos, pero que no necesariamente correspondían a una realidad física específica. No obstante, creía que los rasgos de personalidad no eran fenómenos puramente estadísticos. Aunque su método era correlacional más que experimental, la sofisticación de los estudios y los patrones que surgieron de tantos de ellos lo llevaron a creer que *“los rasgos existen como determinantes de la conducta”* (p.98).

Cattell divide los rasgos en tres modalidades: temperamento, dinámica y capacidad. A menudo los rasgos de temperamento se alían con las características constitucionales del cuerpo. Los rasgos dinámicos se relacionan con el inicio de actos conductuales. Los rasgos de capacidad miden o expresan la eficiencia de la personalidad en una conducta tendiente a resolver problemas cognoscitivos (Buschof, 1980:499).

Cattell clasifica los rasgos de la siguiente manera:

- **Rasgos de superficie:** son rasgos que cambian. El término *superficie* indica que, aunque en la superficie parecen ser un rasgo, no existe evidencia de que en realidad lo sean en un sentido duradero.
- **Rasgos de origen:** agrupamientos bastante sólidos, es decir, reaparecen una y otra vez. Emergen a pesar de diferencias en la población, las situaciones de prueba, etc. Cattell hacía referencia a que dicho patrón sólido debía tener una sola fuente de varianza, debe corresponder a una causa dentro de la personalidad. Estos rasgos son estables y sumamente importantes, constituyen el material central que deberían estudiar los psicólogos de la personalidad. Son las influencias base que ayudan a determinar los rasgos de superficie. Cattell llama a los rasgos de origen *factores primarios de personalidad*.

Adentrándonos a la psicopatología, debemos entender que el término *Psicopatología* hace referencia a psique que sufre o que está enferma. El término enfermedad mental es restrictivo y actualmente se tiende a no utilizarlo para definir el objeto de estudio de la psicopatología.

La Psicopatología estudia los aspectos desviados o anormales del funcionamiento mental y la conducta humanas aunque la definición del concepto de *anormalidad* es motivo de controversia. La Psicopatología es una disciplina científica que tiene que ser capaz de describir y clasificar las manifestaciones de la conducta desviada, especificar sus causas y sus factores de riesgo, y ofrecer las pautas necesarias para su prevención e intervención.

### 3.3.1 Rasgos patológicos según Samuel E. Krug

- **Hipocondriasis**

La persona que puntúa alto es depresiva en el sentido de que le preocupa la alteración de las funciones de su cuerpo. De acuerdo con el contenido de los elementos que comprende esta escala, muchas de las quejas no son específicas, así por ejemplo, esta persona cree que sus nervios están a punto de estallar, que está peor de salud que los demás, que se siente floja y tan cansada que apenas puede moverse, o que al oír hablar de una enfermedad empieza a pensar que ella tiene algo parecido. Esta escala es una de las principales contribuciones al factor secundario de Depresión, y existe algún indicio de que su importancia es ligeramente mayor entre las mujeres.

- **Depresión suicida**

El contenido de los elementos de esta escala se centra en los pensamientos de autodestrucción. Los sujetos que puntúan alto afirman estar hartos y a disgusto con la vida, que esta les parece ya vacía, sin sentido ni propósito, les ronda el pensamiento de que la muerte es el final de todos nuestros problemas y que han llegado al final de su camino y prefieren detenerse. Junto con hipocondriasis y depresión baja energía forman la triada de mayor peso en el factor secundario de depresión. Las puntuaciones son altas en personas diagnosticadas como depresivas o esquizofrénicas, pero no en las neurosis de ansiedad; también son altas en relación con otras depresiones primarias, en los tipos de personalidad pasivo-agresiva y antisocial.

Una puntuación elevada de esta escala no es en sí misma un predictor del intento de suicidio si en el perfil es baja la escala de Agitación.

- **Agitación**

Los sujetos que puntúan alto afirman que les gustaría hacer cosas arriesgadas e intentar cosas nuevas, o que están a disgusto hasta que encuentran algo arriesgado para hacer y buscan la agitación. Debajo de estos deseos puede haber un anhelo de muerte asociado a esta dimensión y que explicaría esta búsqueda inquieta de aventura y riesgo.

- **Depresión ansiosa**

Aunque puede llegar a confundirse esta dimensión con la Ansiedad, el autor indica según estudios realizados que es diferente del patrón de esa dimensión secundaria y, es una de las contribuciones menos importantes en la estructura de la Depresión. La persona que puntúa alto se define a sí misma como torpe y desmañada al manejar objetos, sueña mucho sobre cosas que le dan miedo, no se siente segura de sí y tranquila y pocas veces dice lo que piensa sobre lo que hacen los demás, sea bueno o malo. Estas personas están desorientadas, y se sienten incapaces de enfrentarse a las exigencias inmediatas y sometidas a pesadillas. La escala representa un aspecto de la depresión que puede ser profundamente perturbador y molesto.

- **Depresión baja energía**

Alguna de las escalas primarias de la depresión incluyen la fatiga como un síntoma secundario, pero en esta escala de baja energía, es el núcleo de ese patrón. Es una de las tres contribuciones más importantes a la dimensión secundaria de la Depresión. El individuo que puntúa alto se siente triste y de mal humor, se despierta sin energías para comenzar el día, casi nunca duerme profundamente, a menudo la vida le parece vacía y solitaria, le entusiasma muy poco la vida y se siente agotado y bajo.

- **Culpabilidad-resentimiento**

Este es el aspecto de la depresión asociado al sentimiento de haber cometido lo imperdonable y la consecuente sensación de inutilidad o impotencia. El sujeto que puntúa alto declara que le perturban los sentimientos de culpabilidad, que a veces no puede dormir pensando en las cosas que debiera haber hecho o en lo que le va a pasar por los errores que ha cometido o tiene pesadillas en las que está solo y abandonado.

- **Apatía-retirada**

Esta dimensión se caracteriza por dos rasgos principales: la sensación de que la vida es bastante absurda y sin sentido como para preocuparse, y la tendencia a evitar el trato con los demás. El sujeto que puntúa alto se encuentra a gusto cuando está solo, sin los demás y se siente demasiado decaído e inútil como para querer hablar con la gente.

- **Paranoia**

El contenido de los elementos de la paranoia se acopla a la clásica definición de síndrome paranoico; hay declaraciones de recelo, sensación de injusticia y persecución, celos con respecto a otros, cierto cinismo sobre la naturaleza humana y miedo a ser envenenado.

- **Desviación psicopática**

Los sujetos que puntúan alto son generalmente menos inhibidos que el promedio de las personas, tanto con respecto al peligro o dolor físico como a las críticas de la sociedad. Hay también un cierto grado de búsqueda de sensaciones o excitación, característica que se comparte con la escala de Agitación. Estas personas tienen fuerza y energía para estar dos o tres días sin dormir, a ellas no les importa ser el centro de atención y les encantan las discusiones y situaciones de emergencia.

- **Esquizofrenia**

Según sus propias autoevaluaciones, el sujeto que puntúa alto encuentra dificultades para expresar sus ideas, tiene impulsos extraños, cree que la gente no lo comprende y lo evita por motivos que desconoce y no le da la importancia que merece, y tiene pérdidas de memoria, sentimientos de irrealidad y alucinaciones. Los comportamientos incluidos en esta escala no son privativos del diagnóstico esquizofrénico, sino que están también presentes en otras perturbaciones.

- **Psicastenia**

Se caracteriza por el tipo obsesivo de conducta sobre la que el sujeto declara tener poco autocontrol. Estas conductas incluyen el contar cosas, tener ideas o palabras sin

importancia que pasan por la cabeza y están rondando una y otra vez durante días o preocuparse una y otra vez por cosas sin importancia. También se recoge alguna sugerencia de comportamientos fóbicos. A nivel de dimensión secundaria contribuye de manera importante en el factor de Ansiedad, pero también al de Psicosis General.

- **Desajuste psicológico**

El sujeto con puntuación alta piensa de sí mismo que no vale para nada. La desviación se da en el área de la autovaloración de la realidad, cuando un sujeto se considera una persona sin éxito, un desastre. Esto sugiere el patrón de desesperanza adquirida al que alude Beck al tratar la depresión, y por tanto, no es sorprendente la importancia de esta escala en la dimensión secundaria de la Depresión.

### **3.4 Apercepción**

Se considera la apercepción como la interpretación dinámicamente significativa que hace un organismo de una percepción, siguiendo la definición de Herbart *“proceso mediante el cual la nueva experiencia es asimilada y transformada por el residuo de la experiencia pasada de cualquier individuo para formar un todo nuevo. El residuo de la experiencia pasada se conoce como masa aperceptiva.”* (Psicología como Ciencia. Cap.5 pág. 15)

Esta definición nos permite sugerir que pueden existir procesos perceptuales que no impliquen una interpretación y que cualquier interpretación subjetiva constituye una distorsión aperceptiva dinámicamente significativa. De la misma manera podemos dar por sentado, operacionalmente, que existe una condición en la que la percepción es objetiva porque es casi puramente cognoscitiva. Pero, la percepción cognoscitiva queda solo como una hipótesis ya que cada persona distorsiona aperceptivamente y las distorsiones difieren solamente en grado. (Bellak, 1967: 23)

#### **3.4.1 Formas de distorsión aperceptiva**

Toda interpretación subjetiva es conocida como distorsión aperceptiva. Por medio de ella cada individuo interpreta el estímulo a su manera, por lo cual cada interpretación es totalmente diferente. Todos tenemos distorsiones aperceptivas lo único que varía y diferencia es el grado de esto.

- Proyección invertida: Se ha sugerido que el término proyección se reserve para el mayor grado de distorsión aperceptiva como en el caso de los delirios paranoides. Su polo opuesto sería, hipotéticamente, una percepción totalmente objetiva.
- Proyección simple: Influencia que las imágenes previas tienen sobre las presentes.
- Sensibilización: Mayor sensibilidad a estímulos a partir de exposición previa. La sensibilidad neurótica se refiere a que en lugar de crear una percepción que objetivamente no existe, nos encontramos con una percepción más sensible del estímulo existente. *“La hipótesis de la sensibilización quiere decir sencillamente que cuando un objeto se adecúa a un patrón previamente formado, se percibe más fácilmente que cuando no se adecúa a él”* (Bellack, 1967: 25)
- Percepción autista: El individuo es sensible a lo que le falta, se basa en necesidades, es instintivo. *“Se trata con impulsos básicos a sencillos que conducen a distorsiones gratificantes simples en lugar de las situaciones más complejas posibles que ocurren en la proyección simple”* (Bellack, 1967: 27).
- Externalización: Configuración ligeramente reprimida, cuyo efecto organizador hace que sea fácilmente evocada. Relato preconscious.

### 3.5 Depresión

La depresión es un problema médico de siglos, se ha incrementado notablemente en los últimos años, y ha adquirido características que la sacan de su tradicional marco psiquiátrico para colocarla de lleno en el campo de la medicina general y de la salud pública. Durante los últimos quince años se han publicado cientos de estudios sistemáticos referentes a las bases biológicas de la depresión y a la quimioterapia de la depresión. Es más, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como índice de la frecuencia de la depresión, no ha disminuido, sino que de hecho ha mostrado un incremento a lo largo de los últimos años.

Aun cuando el uso del término *depresión* se remonta a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de *melancolía*.

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las

endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes obvios; entonces, la depresión es llamada *exógena o reactiva*; en otros casos no hay factores desencadenantes evidentes y la depresión es considerada *endógena*. (Calderón, 1996: 14)

Según Beck, el individuo depresivo tiene una sensación de incapacidad que le impide ejecutar acciones que produzcan satisfacción personal y que acaben con el sufrimiento. Por otra parte, tiene la creencia de que cualquier acción que ejecute va a tener un resultado negativo. No actúa por temor a que el resultado previsto le vaya a originar aún más dolor del que naturalmente percibe; espera que los acontecimientos negativos ya presentes continúen por tiempo indefinido y empeoren el futuro. En consecuencia se encuentra atrapado en la red de su incapacidad, él mismo no puede hacer nada para obtener el tipo de satisfacción que desea, nada va a tomar un giro favorable, ni siquiera con la intervención de otra persona. (MEDCOM, 1970)

### **3.5.1 El modelo cognitivo de la depresión**

La teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión. Esta teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos (Beltrán, Hernández & Freyre, 2011:6).

El modelo cognitivo postula tres conceptos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

- **Triada cognitiva**

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un efecto suyo, de tipo moral o

físico. Debido a este modo de ver las cosas el paciente cree que a causa de estos defectos es inútil y carece de valor. Tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace unas demandas exageradas y le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración.

El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones, y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato inevitablemente sus expectativas son de fracaso. (Beck, 2005: 20)

- **Esquemas**

Los esquemas se utilizan para explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones; el término *esquema* designa esos patrones cognitivos estables. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como el individuo estructurará distintas experiencias. Existen esquemas que se activan en determinadas situaciones, estos esquemas son los que determinan la manera de responder de la persona.

En estados de depresión las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El individuo pierde el control sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

En los estados depresivos más leves, el individuo es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas y pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes y puede encontrar difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias. (Beck, 2005:20)

- **Errores cognitivos**

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. Personalización (relativo a la respuesta: tendencia y facilidad para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): tendencia en clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

(Beck, 2005:22)

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos en determinadas

circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas (Beck, 2005: 25).

La conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones a su vez, influyen sobre sobre la persona. Puede suceder que una persona que se encuentra en las primeras fases de una depresión se aparte de algunas personas significativas o relevantes para ella. Estas personas significativas pueden responder con rechazos o críticas que activarían o agravarían el autorechazo del propio individuo. Tales conceptualizaciones negativas llevan al paciente a un mayor aislamiento. Este círculo vicioso puede continuar hasta que el paciente esté tan deprimido que ya no le causen efecto los intentos de ayuda y las muestras de cariño y afecto por parte de los demás.

Una de las características principales del paciente depresivo es su relativa inconsistencia o falta de atención respecto a los estímulos ambientales. Independientemente de lo que ocurra a su alrededor, tiende a perseverar en sus temas de privación, anormalidad o enfermedad (Beck, 2005:29).

La depresión presenta varias características diferenciales:

- Presenta un conjunto de síntomas y conductas peculiares que la hacen diferente de otras neurosis.
- Tiende a seguir un desarrollo determinado. La depresión típica suele comenzar con un grado medio de intensidad, alcanza un punto álgido y a continuación disminuye generalmente de intensidad. La depresión suele ser episódica con periodos que se da en una ausencia de los síntomas. La naturaleza temporal de la depresión diferencia este síndrome de otros tales como las fobias, las neurosis obsesivas compulsivas e incluso la ansiedad crónica, los cuales pueden estar presentes durante toda la vida del individuo sin presentar cambios sustanciales.
- A causa de la complicación letal de este síndrome, es decir, el suicidio, el diagnóstico de la depresión es particularmente importante.
- El tipo de factores desencadenantes (cuando se hallan presentes) pueden diferir en cada una de las distintas alteraciones neuróticas. Los factores desencadenantes de la depresión surgen de una pérdida percibida o real. (Beck, 2005:30)

### 3.5.2 Depresión y aborto

Puesto que el aborto es legal, se presume que debería ser seguro. De hecho, suele identificarse como un "derecho" de la mujer. Se supone que este derecho, o privilegio, libera a las mujeres de la carga de los embarazos no queridos, se supone que les proporciona alivio, no pena ni depresión. Uno de los grandes problemas es que cuando las mujeres se ven asaltadas por sus propias reacciones naturales ante la pérdida, no entienden qué es lo que va mal. El recuerdo y los sentimientos sin resolver sobre el aborto se convierten en fuentes de presión que pueden surgir hasta años después en formas inesperadas. Las emociones sin resolver demandarán atención tarde o temprano, con frecuencia a través del desarrollo de perturbaciones emocionales o de comportamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), sólo hay un tipo de depresión, aquella entidad con más de seis meses de duración caracterizada por síntomas como el sufrimiento, la tristeza o la baja autoestima. Se confunde porque es reactiva, es decir, se activa a consecuencia de algún suceso, como la pérdida de una pareja, del trabajo y, en este caso, después de un aborto. Sin embargo, la literatura médica se refiere al "*síndrome postaborto*" el cual se desencadena después de la pérdida del feto ya sea por interrupción espontánea o procurada.

Problemas de concentración, ansiedad, irritación, cambios en el patrón del sueño, alteraciones de los hábitos alimentarios, cansancio extremo, pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban, tristeza, ganas de llorar, son algunos de los síntomas más característicos de este síndrome. En cualquier caso, como en todo tipo de pérdidas, se genera un estado de duelo; y parece que es más difícil superar el dolor de un aborto provocado que el de uno espontáneo producido por la misma naturaleza. Las razones que se esgrimen son varias, entre ellas, que la persona se sabe culpable de la pérdida y que se ha autoconvencido de que no es un ser humano. Cuando este dolor no se supera, conduce a la depresión.

La depresión en este tipo de situaciones implica evitación de pensamientos o sentimientos acerca del aborto, evitación de situaciones relacionadas con el mismo evento, sentimientos reprimidos, aislamiento, sensación de revivir la experiencia, ataques de angustia, recelo hacia sus hijos vivos, concentrarse, falta de energía, desinterés, llanto frecuente, conductas autodestructivas, entre otros (Alva, 2007).

### 3.6 Ansiedad

Las definiciones de miedo y ansiedad se confunden a menudo al usarse las palabras como un mismo concepto general. El término *anxiety* (ansiedad) se define como un "estado emocional tenso" (Funk & Wagnalls, 1963), "a menudo marcado por síntomas físicos tales como tensión, temblor, sudor, palpitaciones y aumento de pulsaciones" (Webster's Third International Dictionary, 1981). Este término viene del latín *ansius*, y su uso se remonta a 1525. El término latino se definía como un estado de agitación y angustia. La raíz de "ansioso", *anx*, proviene a su vez de otra palabra latina, *angere* que significa "ahogar" o "estrangular". La palabra ansioso probablemente se refería a la sensación de ahogo frecuentemente experimentada por individuos de dicho estado. (Lewis, 1970).

Por su parte, la palabra inglesa *fear*, miedo en castellano, actualmente se define como el "presentimiento desazonador de un peligro real o específico" (Webster's Third International Dictionary, 1981). El miedo se refiere entonces a la valoración de un peligro real o potencial en una situación dada. Es un proceso cognitivo por oposición a una relación emocional (Beck, 2014:59).

La ansiedad puede distinguirse del miedo en cuanto que es un proceso emocional, mientras que éste es un proceso cognitivo. El miedo implica la valoración intelectual de un estímulo amenazador, la ansiedad, la respuesta a emocional a dicha valoración. Cuando una persona dice que teme algo generalmente se refiere a una serie de circunstancias no presentes pero que pueden ocurrir en determinado punto del futuro. Cuando una persona tiene ansiedad, experimenta un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sensaciones subjetivas desagradables, como por ejemplo, tensión o nerviosismo, y por síntomas fisiológicos tales como palpitaciones cardiacas, temblores, náuseas y mareos.

El miedo se activa cuando una persona se ve expuesta, física o psíquicamente, a una situación de estímulo que considera amenazadora. Cuando el miedo se activa, la persona experimenta ansiedad. El miedo es entonces una valoración del peligro, la ansiedad, un estado emocional desagradable provocado cuando se estimula el miedo, la ansiedad es entonces un patrón de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual más compleja que se produce cuando los

sucesos o circunstancias se interpretan como amenazas altamente aversivas, inciertas e incontrolables para nuestros intereses vitales. (Beck; 2014:30-31).

### 3.6.1 Síntomas de la ansiedad

Los síntomas que denotan un trastorno de ansiedad pueden dividirse en cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos, cuatro sistemas funcionales coordinados para producir respuestas adaptativas a situaciones de peligro.

<b>Síntomas cognitivos</b>		
<b>Sensorio-perceptuales</b>	<b>Dificultades para pensar</b>	<b>Conceptual</b>
Mente confusa, nublada, obnubilada, aturdida Los objetos parecen borrosos o distantes El entorno parece diferente, irreal Sensación de irrealidad Timidez Hipervigilancia	No se recuerdan cosas importantes Confusión Incapacidad para controlar el pensamiento Dificultad para concentrarse Uno se distrae con facilidad Bloqueo Dificultad para razonar Pérdida de objetividad y de perspectiva	Distorsión cognitiva Miedo a perder el control Miedo a no ser capaz de hacer frente Miedo a una lesión física, muerte Miedo a un trastorno mental Miedo a evaluaciones negativas Imágenes visuales atemorizantes Ideación temerosa repetitiva

Fuente: *Trastornos de ansiedad y fobias* Aaron T. Beck

<b>Síntomas afectivos</b>	
Irritables	Tenso
Temeroso	Aterrorizado
Impaciente	Con los nervios de punta
Asustado	Agitado
Inquieto	Ansioso
Atemorizado	Excitado
Nervioso	Alarmado

Fuente: *Trastornos de ansiedad y fobias* Aaron T. Beck

<b>Síntomas conductuales</b>	
Inhibición	Coordinación defectuosa
Inmovilidad tónica	Agitación
Huida	Colapso
Evitación	Hiperventilación
Disfluencia del habla	

Fuente: *Trastornos de ansiedad y fobias* Aaron T. Beck

<b>Síntomas fisiológicos</b>		
<b>Cardiovasculares</b>	<b>Respiratorios</b>	<b>Neuromusculares</b>
Palpitaciones Corazón desbocado Aumento o disminución de la presión sanguínea Desmayo Mareo real Disminución ritmo pulsaciones	Respiración rápida Dificultad para coger aire Falta de aire Presión en el pecho Respiración poco profunda Nudo en la garganta Sensación de ahogo Espasmo bronquial Jadeo	Aumento de reflejos Reacción sobresaltada Parpadeo Insomnio Espasmo Temblores Rigidez
<b>Gastrointestinales</b>	<b>Tracto-urinario</b>	<b>Epidermis</b>
Dolor o ardor estomacal Molestias intestinales Vómitos Náuseas Pérdida de apetito Repulsión hacia la comida	Presión para orinar Frecuencia de micción	Sonrojo Cara pálida Sudor localizado (palmas) Sudor generalizado Rachas de frío y calor Picores

Fuente: *Trastornos de ansiedad y fobias* Aaron T. Beck

### 3.6.2 Ansiedad y aborto

Diversos estudios sugieren que aproximadamente un 30% a 50% de las mujeres tienen síntomas de ansiedad luego de haber tenido la experiencia de un aborto, el porcentaje es mayor cuando el aborto fue espontáneo.

La ansiedad está íntimamente relacionada a la baja autoestima, la falta de auto-confianza es altamente específica para las preocupaciones específicas del individuo. A diferencia de la depresión, donde encontramos una perspectiva negativa generalizada sobre el self, la baja autoestima de la ansiedad sólo se evidencia en situaciones relevantes a las preocupaciones ansiosas de la persona. Así también, la falta de auto-confianza será un determinante significativo de las respuestas auto-protectoras en situaciones de ansiedad, como la huida o la evitación y ejecución deficitaria al manejar la situación. (Beck, 2012: 207)

Puede que situaciones amenazantes como abortos, embarazos, nacimientos, etc. que rodeen el contexto de la mujer que se practicó un aborto o que tuvo un aborto espontáneo sean generadoras de ansiedad. Las mujeres en estado de ansiedad muestran menos confianza en sí mismas que las mujeres no-ansiosas al manejar las situaciones amenazantes relevantes a su estado de ansiedad. De forma similar a la depresión, la presencia de trastornos de ansiedad se caracteriza por una disminución significativa de la auto-estima. Posiblemente estas situaciones tengan cierto valor de trauma en la vida de la mujer, así, los sucesos vitales amenazantes y otras experiencias de trauma y adversidad vital son elementos contribuyentes significativos en la patogénesis de la ansiedad.

### **3.7 Autoestima**

Es difícil definir la autoestima ya que no existe una definición exacta, pero en su mayoría establecen al bienestar del ser humano.

Rogers (1971) psicólogo humanista, al referirse a la autoestima dice: *“la autoestima constituye el núcleo de la personalidad y todo individuo tiene una tendencia dirigida a la actualización de sus potencialidades y es capaz de representar su experiencia de una forma concreta”*

Otra definición humanista dice respecto de la autoestima *“se considera como un síndrome porque se trata de un grupo de sentimientos, comportamientos que se sobreponen, enlazan e inter dependen y que tienen una misma finalidad”* (Maslow, 1954).

Alcántara también trata el tema de la autoestima y la define de la siguiente manera *“La autoestima es una actitud hacia uno mismo. Como actitud es la forma habitual de pensar, amar, sentir, y comportarse consigo mismo. Es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. Es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas a nuestro yo personal”* (1990:17)

Otra aportación de suma importancia al estudio de la autoestima fue la desarrollada por Coopersmith quien considera que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y generalmente mantiene con respecto a sí mismo; ésta expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en la que el sujeto es capaz, importante, exitoso y valioso. Coopersmith se basa en una teoría conductual (Coopersmith, 1967, citado en Valék de Bracho, 2007).

A su vez plantea que existen distintos niveles de autoestima, por lo cual cada persona reacciona ante situaciones similares de forma diferente teniendo expectativas desiguales ante el futuro, reacciones y auto conceptos disímiles. Por lo cual caracteriza a las personas con alta, mediana y baja autoestima (Coopersmith, 1967, citado en Valék de Bracho 2007)

La autoestima no es innata, es adquirida y se genera como resultado de la historia de cada persona, como lo plantea Alcántara, la autoestima tiene su origen en dos fuentes:

1. La observación de uno mismo en base a una serie de sucesivas autoevaluaciones referidas a los niveles alcanzados, en relación con los propuestos previamente.
2. La asimilación e interiorización de la imagen y opinión que los demás tienen y proyectan de nosotros.

La autoestima tiene su origen en las continuas interacciones del individuo con las demás personas, primero en la familia y más tarde en las relaciones interpersonales con el entorno social que rodea al individuo (colegio, amigos, etc.). El concepto que los demás tengan hacia una persona influirá en la formación de su autoestima.

Para Pope y otros autores *“la formación de la autoestima se fundamenta en la percepción de uno mismo y del ideal de uno mismo. La primera es equivalente al auto concepto (habilidades,*

*características y cualidades personales) y el ideal de uno mismo es la imagen de la persona que le gustaría ser. Cuando ambos aspectos se equiparan la autoestima es positiva, lo contrario genera un autoestima baja'' (1996).*

### **3.7.1 Componentes de la autoestima**

La autoestima posee tres componentes importantes: cognitivo, afectivo y conativo, los tres operan íntimamente correlacionados de manera que una modificación en uno de ellos afecta a los demás.

El *componente cognitivo* indica idea, opinión, creencias, percepción, y procesamiento de la información acerca de sí mismo (auto concepto). Es el conjunto de auto esquemas que organizan las experiencias pasadas y son usados para reconocer e interpretar estímulos elevados en el ambiente social.

El *componente afectivo* conlleva la valoración de lo que la persona tiene de positivo y negativo, implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que ve la persona de sí mismo, es admiración ante la propia valía, considera que este elemento constituye el corazón de la autoestima y donde se formula la ley principal que gobierna su dinámica: a mayor carga efectiva, mayor potencia de la autoestima.

El *componente conativo (conductual)* significa tensión, intensión y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento, consecuente o coherente. Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo en busca de consideración y reconocimiento de los demás.

### **3.7.2 Niveles de autoestima**

Como dijimos anteriormente, Coopersmith caracteriza a las personas con alta, media y baja autoestima y las define con las siguientes características:

- *Autoestima alta:* son personas expresivas, asertivas, con éxito académico social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, consideran su trabajo de alta calidad, y mantienen altas expectativas con respecto a trabajos futuros , manejan la

creatividad, se autorrespetan y sienten orgullo de sí mismos, caminan hacia metas realistas.

- *Autoestima media*: son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tienen alto número de afirmaciones positivas, siendo más moderadas en sus expectativas y competencias que las anteriores.
- *Autoestima baja*: son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse, se sienten débiles para vencer sus deficiencias, tienen miedo de provocar el enfado de los demás, la actitud hacia sí mismos es negativa, carecen de herramientas internas para tolerar situaciones y ansiedades. (Coopersmith, 1967, citado en Valék de Bracho 2007)

### **3.7.3 Dimensiones de la autoestima**

Desde la perspectiva que se ha adoptado, Coopersmith señala que la autoestima posee cuatro dimensiones que se caracterizan por su amplitud y radio de acción, logrando identificar las siguientes:

1. *Autoestima en el área personal*: consiste en la evaluación que el individuo realiza y con frecuencia mantiene de sí, en relación con su imagen corporal y cualidades personales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lleva implícito un juicio personal expresado en la actitud hacia sí mismo.
2. *Autoestima en el área académica*: es la evaluación que el individuo hace y con frecuencia sostiene sobre sí mismo, en relación con su desempeño en el ámbito escolar teniendo en cuenta su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lo cual nuevamente implica un juicio personal manifestado en la actitud hacia sí mismo.
3. *Autoestima en el área familiar*: consiste en la evaluación que el individuo hace y con frecuencia mantiene con respecto a sí, en relación con sus interacciones con los miembros de su grupo familiar, su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal manifestado en las actitudes asumidas hacia sí mismo.
4. *Autoestima en el área social*: es la valoración que el individuo realiza y con frecuencia mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales, considerando su capacidad, importancia y dignidad, lo cual igualmente lleva

implícitamente un juicio personal que se manifiesta en las actitudes asumidas hacia sí mismo.

Para resumir esto, podríamos decir que el individuo realiza frecuentes estimaciones de las interacciones que día a día tiene consigo mismo y con el ambiente en el que se desenvuelve, logrando monitorear constantemente cómo influye dentro de él, posterior a lo cual y dependiendo de la satisfacción que le brinde, va a asumir una actitud hacia sí mismo.

### **3.7.4 Autoestima y aborto**

Una de las ideas que durante mucho tiempo se ha utilizado como argumento contra el aborto es que finalizar un embarazo provoca que las mujeres experimenten traumas emocionales y psicológicos. Toda mujer queda marcada tras pasar por un aborto. No es una experiencia agradable, independientemente de si se trata de un aborto inducido o un aborto natural. Se dice que las mujeres que han pasado por un aborto inducido tienen una experiencia mucho más dolorosa que un aborto espontáneo, ya que la situación es diferente muchos afirman que un aborto inducido puede potenciar las consecuencias psicológicas que provoca un aborto. Sin embargo, el dolor de la pérdida depende de cada mujer, de sus perspectivas y realidad.

La autoestima ni es un juicio estático para toda la vida y fluctúa según como se presenten las circunstancias de la vida. Generalmente se piensa que lo ideal es mantener la autoestima bien alta, pero en una personalidad madura, es normal que fluctúe y en algún momento esté baja.

Cuando una mujer sufre un aborto pierde la confianza en sí misma para volver a tener otro hijo. Bien es cierto que necesitará un tiempo, pero pensará que no será capaz de llevarlo hasta el final. Esto sugiere una falta de autoestima que provocará que en su mente aparezcan frases tales como «eres una inútil», «no sirves para nada», «no eres capaz de mantener a un hijo en el vientre», etc. La autoeficiencia en la autoestima generalmente sufre consecuencias, debido a que la mujer siente que no tiene habilidad para escoger y tomar decisiones apropiadas, sintiendo cierta confusión al no saber si el aborto fue una decisión correcta, por lo tanto le será un tanto difícil asumir con responsabilidad la toma de aquella decisión.

Esta baja autoestima hará que la mujer se considere menos que los demás, poca valía personal y que las personas son mejores que ella. Cuando la autoestima es negativa hará que no exista confianza en sí misma para poder afrontar este tipo de circunstancias que nos ofrece la vida. Al faltarle esta autoconfianza a la mujer difícilmente fijará metas a futuro y aspiraciones propias por lo que son más vulnerables a actuar de acuerdo a con lo que se espera de ellas y no de acuerdo a sus propias decisiones.

#### **IV. DISEÑO METODOLÓGICO**

##### **4.1 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación que da a conocer las características psicológicas de mujeres de 25 a 30 años que hayan atravesado por un aborto autoinducido, corresponde al área de la psicología clínica, ya que se averiguan las características psicológicas de las personas involucradas, sus rasgos de personalidad, la apercepción, si es que están atravesando por episodios de ansiedad y depresión y también el nivel de autoestima que poseen.

El estudio es de tipo exploratorio, debido a que las investigaciones de este modelo son aquellas que permiten una visión general, de tipo aproximativo, respecto a una determinada realidad. Este tipo de investigación se realiza especialmente cuando el tema elegido ha sido poco explorado y reconocido, es decir, existen escasas investigaciones en lo referente al aborto autoinducido.

La investigación es de tipo descriptiva debido a que se busca especificar propiedades importantes de las personas, grupos o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis, se miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir; en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

La investigación es de tipo teórico, ya que el fin primordial es de generar información relacionada con la autoestima, depresión, ansiedad, apercepción y rasgos de personalidad de las mujeres que atravesaron por un aborto autoinducido. Estos datos nos ayudarán a comprender el tema en la actualidad, ya que el aborto es un fenómeno que está en incremento año tras año.

Finalmente, el estudio es de tipo cualitativo, haciendo un tratamiento individual de los datos y solo se expresaran las tendencias o elementos comunes que se identifican en los casos estudiados. La investigación cualitativa es una investigación formativa ya que brinda información acerca de los sentimientos, pensamientos y opiniones de los sujetos en estudio, permitiendo así comprender mejor las actitudes, creencias, motivos y comportamientos de una población determinada.

## **4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.2.1 Población**

La población está constituida por todas las mujeres de la ciudad de Tarija, provincia Cercado que comprendan las edades de 25 a 30 años que hayan realizado un aborto en la presente gestión.

#### **4.2.2 Criterios de selección**

Para realizar la investigación se tomó en cuenta a individuos de sexo femenino que atravesaron por un aborto autoinducido, dejando de lado el tipo de aborto espontáneo y aborto inducido. La edad de las mujeres es importante para esta investigación, teniendo ésta un rango desde los 25 años hasta los 30 años. Otro factor que se considera importante es el tiempo que transcurrió desde el aborto, mientras más reciente sea el aborto mejor será la investigación de las características psicológicas de dichas mujeres. Asimismo el estado civil de las personas elegidas para la muestra fue diverso ya que este factor es irrelevante para la investigación.

#### **4.2.3 Muestra**

La muestra tomada en la realización de la actividad fue de diez sujetos, el tipo de muestreo fue no aleatorio (no probabilístico) por conveniencia, donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. Existe mucha dificultad para poder encontrar mujeres que hayan experimentado un aborto autoinducido, así como también que las mismas estén dispuestas a poder hablarlo y contar cómo fue la experiencia que tuvieron. A partir de esto se pudo elegir la muestra de diez mujeres que voluntariamente estuvieron dispuestas a cooperar con la investigación.

### **4.3 MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **4.3.1 MÉTODO**

En el desarrollo de la investigación se utilizaron los siguientes métodos:

- Método teórico: como análisis y síntesis, principalmente en la construcción del marco teórico y en la interpretación de los datos, aunque está presente en todos los momentos de la investigación.
- Método empírico: este método radica en un modelo de investigación científica, se basa en la experimentación y lógica empírica, que junto a la observación de fenómenos y su análisis estadístico es el más usado en el campo de las ciencias sociales y ciencias

naturales. Se utilizaron tests psicológicos en la recopilación de datos y en la intervención, registro, medición, análisis e interpretación.

- **Método de medición:** se desarrolla con el objetivo de obtener información numérica acerca de una propiedad o cualidad del objeto, proceso o fenómeno, donde se comparan magnitudes medibles conocidas. Es la asignación de valores numéricos a determinadas propiedades del objeto, así como relaciones para evaluarlas y representarlas adecuadamente. Para ello se apoya en procedimientos estadísticos los cuales se ven plasmados en los inventarios y cuestionarios seleccionados.

### **4.3.2 TÉCNICAS**

#### **ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

Es una técnica de investigación cualitativa, en la que el entrevistador guía la conversación pero concede espacio al entrevistado para que exprese sus propios puntos de vista. Tiene una guía y una serie de preguntas determinadas, pero en el proceso de realizar las entrevistas no se sigue necesariamente el orden porque se deja bastante libre al que habla, sin olvidar de centrar la entrevista y objetivos de la investigación. Permite procesar y comparar los resultados de los distintos entrevistados, a la vez posibilita improvisar durante la entrevista y ser flexible para adaptarse a circunstancias específicas.

La finalidad de la entrevista a profundidad en esta investigación es la de corroborar los datos obtenidos en la aplicación de los instrumentos aplicados y así mismo definir las características psicológicas que presenta el sujeto entrevistado.

#### **TEST PSICOLÓGICO**

El test psicológico o prueba psicológica es un instrumento experimental que tiene por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. En el área clínica, el test psicológico le permite al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo, así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos. Los tests psicológicos utilizados en esta investigación permiten evaluar las características psicológicas de las mujeres que atravesaron por un aborto autoinducido, estas características son ansiedad, depresión, autoestima y rasgos de

personalidad, utilizando también un test proyectivo que permitió determinar la existencia de características de depresión, relaciones familiares y sexualidad en dichas personas.

### **4.3.3 INSTRUMENTOS**

#### **CUESTIONARIO DE ANÁLISIS CLÍNICO (CAQ)**

El cuestionario de análisis clínico (CAQ por sus siglas en inglés) fue elaborado por Samuel E. Krug. El objetivo de este instrumento es la evaluación de doce variables clínicas de personalidad. En la investigación contribuye a conocer los rasgos patológicos de la muestra.

La administración del instrumento es individual y colectiva, la duración es variable, entre 30 y 45 minutos aproximadamente, y puede ser aplicada a adolescentes y adultos.

Las cuestiones del CAQ no fueron tomadas de ningún instrumento previo, el conjunto inicial fue elaborado basándose en la sintomatología clínica, y durante el curso de seis estudios de validación factorial se fueron depurando en su redacción y seleccionando en su número hasta llegar a los 144 finalmente elegidos. Cada elemento tiene tres alternativas de respuesta (A, B y C); generalmente la alternativa B es *término medio* o *no estoy seguro*, para posibilitar un punto medio entre las alternativas A y C; sin embargo, en las instrucciones de aplicación se le pide al sujeto que utilice la respuesta B lo menos posible

El material que se requiere es el cuadernillo del CAQ, la hoja de respuestas y la plantilla de corrección, única para las 12 escalas clínicas.

En las muestras experimentales españolas se han obtenido los coeficientes alfa de Cronbach de las 12 escalas, así como los índices de atracción promedio de los 12 elementos de cada escala. Los pocos trabajos que abordan el tema de la fiabilidad del CAQ, han sido llevados a cabo en población no clínica. Krug obtuvo unos valores de promedio de 0,80 para la fiabilidad test-retest y de 0,71 para la consistencia interna. En la adaptación española del test, realizada por la casa TEA, se ofrece un coeficiente promedio de 0,51.

Las contestaciones anotadas en la hoja de respuestas pueden ser puntuadas y corregidas mediante un proceso de mecanización o manualmente con la ayuda de la plantilla de corrección. Cada

respuesta puede recibir 2, 1 o 0 puntos y la puntuación de cada elemento contribuye a una sola escala.

En la adaptación española se ha modificado el diseño original de la hoja de respuestas y la ordenación de los elementos para que todo este proceso de corrección pueda realizarse con una sola plantilla. Está formada por bandas horizontales, cada una se refiere a una escala y su posición corresponde con las casillas existentes en el margen derecho de la Hoja de respuestas para anotar las puntuaciones directas. Dicha puntuación puede hallarse comenzando por la izquierda y sumando los puntos obtenidos por las contestaciones del sujeto que aparezcan a través de la plantilla (al lado de los cuales se indican los puntos 2 ó 1, que recibe la contestación. La puntuación máxima en cualquiera de las escalas D1 a Ps es de 24 puntos.

### **TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA (TAT)**

El test de apercepción temática fue elaborado por Henry Murray. Es una prueba proyectiva en el mismo sentido amplio en que lo es el Rorschach, presenta estímulos más estructurados y requiere respuestas verbales más complejas y organizadas. El TAT sirve para la exploración de la personalidad de niños y adultos.

En cuanto a la confiabilidad, los coeficientes hallados en diversas investigaciones varían ampliamente entre + 0,30 y + 0,95, esto depende del tipo de material que se analiza, del entrenamiento y capacidad del intérprete, y el marco de referencia conceptual que se utilice para el análisis y la interpretación. En la Clínica Psicológica de Harvard, la confiabilidad de las interpretaciones realizadas por algunos investigadores asciende a + 0,95.

La prueba consiste en exhibir al examinado en forma sucesiva una colección de láminas que reproducen escenas dramáticas escogidas, que por sus contornos imprecisos, su impresión difusa o su tema implícito, son lo suficientemente ambiguos como para provocar la proyección de la realidad íntima del sujeto a través de sus interpretaciones (estructuraciones) perceptuales (descripciones) mnémicas e imaginativas (historias) y en una variedad suficiente como para averiguar qué situaciones y relaciones sugieren al sujeto temor, deseos, dificultades, necesidades y presiones fundamentales en la dinámica subyacente de su personalidad.

El repertorio está integrado por 31 láminas, de ellas 30 son pictóricas y una blanca. De las 31 láminas sólo se administran 20: 11 son universales y se administran a todo examinado; 9 son específicas y se administran discriminadamente, según la edad y sexo del examinado. Cada lámina lleva en el reverso un número que indica el orden de presentación. Éste número va solo en las once láminas de administración universal, y acompañado de letras claves cuando son específicas (H: para hombre; M: para mujer; V: para niño varón; N: niña).

En las láminas puede distinguirse: un *contenido textual* (las figuras que integran la composición pictórica), lo aparente y manifiesto de la lámina, aquello que se capta por visualización del cuadro, y un *contenido contextual*, el significado o sentido que se le atribuye comúnmente a la escena, que se capta por comprensión.

Murray recomienda administrar su test en dos sesiones, de aproximadamente una hora cada una y con un intervalo entre ambas de un día por lo menos. En tanto al registro de la prueba debe hacerse un registro total y fiel de la conducta del sujeto durante el examen: anotación completa y literal de los relatos, pausas, hesitaciones, preguntas y comportamiento del sujeto, así como los tiempos empleados y los comentarios que el propio examinador introduzca.

En cuanto a la consigna se debe pedir al examinado la invención de una historia dramática que comprenda el pasado (los sucesos determinantes de la escena figurada en la lámina), el presente (las acciones, pensamientos y sentimientos de sus personajes), y el futuro (desenlace).

En cuanto al análisis del TAT se debe hacer un *análisis de contenido*, para ello se desmembra cada unidad dramática en sus contenidos materiales (tema, personajes, interrelaciones personales, etc) consiste en desentrañar por un proceso abstractivo de categorías funcionales generales de amplitud progresivamente creciente, el contenido esencial oculto tras el contenido manifiesto; la tarea consiste en desentrañar las tendencias y actitudes del sujeto escondidas tras las manifestaciones eventuales del personaje. También se debe hacer un *análisis formal* en el cual se debe desmembrar las características formales (calidad y estructura de la historia, adecuación a la consigna y a la lámina, modo de comunicar el relato, lenguaje, etc.)

En cuanto a la interpretación se debe establecer qué significan, traducir los motivos (problemas, necesidades, pasiones, etc.) hallados en el repertorio de las historias a términos de factores internos y externos de la personalidad de los sujetos (sentimientos, tendencias, actitudes,

mecanismos subyacentes, ambiente, personas, objetos que operan sobre él). La preocupación interpretativa del psicólogo debe orientarse sobre todo hacia el conocimiento de la dinámica esencial de la dinámica de la personalidad del sujeto, desechando toda pretensión de averiguar detalles biográficos precisos acerca del sujeto.

Ahora bien, en la investigación no se utilizaron todas las láminas universales ni todas las láminas aplicables al sexo femenino, sino se tomó en cuenta la *situación contextual*.

<b>Grupo</b>	<b>Cantidad de láminas</b>	<b>Universales</b>	<b>Para Mujeres</b>
Depresión	10	10, 14, 15, 20	3NM, 8NM, 17NM.
Relaciones familiares	9	5, 10	6NM, 7NM, 12M.
Sexualidad	10	4, 5, 10	3NM, 6NM, 9NM, 12M, 13HM

Fuente: "Test de apercepción temática" Henry A. Murray.

### **INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)**

El inventario de ansiedad (BAI por sus siglas en inglés) fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80, es un breve cuestionario autoadministrado de gran aceptación para medir ansiedad en adultos y adolescentes.

Posee de una elevada consistencia interna alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94. La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93; y tras 7 semanas de 0,62. En cuanto a la validez tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51; con el Inventario de Ansiedad Rango-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,62.

Se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.

Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes:

1. **Subjetivo** (por ejemplo, “no puedo relajarme”).
2. **Neurofisiológico** (por ejemplo, “entumecimiento u hormigueo”).
3. **Autónomo** (por ejemplo, “sensación de calor”).
4. **Pánico** (por ejemplo, “miedo a perder el control”).

El BAI sólo requiere un nivel básico de lectura, se puede utilizar con personas que tienen discapacidad intelectual, y puede completarse en 5-10 minutos utilizando un formulario de papel y un lápiz. Debido a la relativa simplicidad del inventario, también se puede administrar por vía oral para personas con discapacidad visual.

Se le pide al sujeto objeto de la evaluación que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior. Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como ansiedad grave.

## **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)**

En el año 1994 Aaron T. Beck realizó la elaboración del Inventario de Depresión BDI-II cuyo objetivo principal fue el de adecuar el contenido de los ítems a los criterios diagnósticos para la depresión considerados por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV)*. Por sus características se trata de una prueba que sirve al psicólogo, al psiquiatra y al neurólogo para discriminar rápidamente los posibles casos de depresión.

Para la confiabilidad y validez del inventario se utilizó una muestra de población general y una muestra de pacientes clínicos externos. El coeficiente alfa fue de 0,88 para los pacientes y de 0,86 para la población general. Tanto en la muestra de pacientes externos como en la de población general todas las correlaciones ítem-total fueron significativas. Para los pacientes, las correlaciones fueron desde 0,19 (Agitación, que fue indicado por el 75% de los entrevistados) hasta 0,61 (Pesimismo, que fue indicado por el 60%). En los sujetos del grupo de no pacientes, el rango de las correlaciones estuvo comprendido entre 0,25 (Pensamientos y Deseos suicidas) y 0,55 (Desvalorización). Con respecto a la validez convergente el BDI-II está positivamente correlacionado con la Escala de Depresión del MMPI-II ( $r: 0,58$ ) y con la Escala de Depresión de la SCL-90-R ( $r: 0,81$ ). En cuanto a la validez discriminante y la Escala de Ansiedad de la SCL-90-R fue de 0,63.

El inventario de Beck segunda edición es un instrumento de autoinforme que está compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. No presenta dificultades en su administración y es fácil de utilizar, en general se requiere de 5 a 10 minutos para poder completar el inventario.

La puntuación se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem es validado según una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Si un examinado hizo elecciones múltiples se utiliza la alternativa con el valor más alto. La puntuación total máxima es de 63. Una puntuación total de 0 a 13 se interpreta como una depresión mínima, una puntuación de 14 a 19 corresponde a una depresión leve, de 20 a 28 una depresión moderada, y finalmente una puntuación de 29 a 63 corresponde a una depresión severa.

## **ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH**

Este inventario de autoestima fue creado por Stanley Coopersmith cuya finalidad es la medir las actitudes valorativas hacia sí mismo en las áreas personal, familiar y social de un sujeto. La

administración de esta prueba es individual y colectiva y la duración es aproximadamente de 15 minutos. Ya que se utilizó en esta investigación la versión adultos, la aplicación es para sujetos de 16 años en adelante.

Existen estudios de validez y confiabilidad de este instrumento, siendo bastante utilizado y validado en un elevado número de investigaciones transculturales demostrando siempre sus buenas propiedades psicométricas. Coopersmith informa que la confiabilidad test-retest fue de 0,88

Está compuesto por 25 ítems los cuales se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso. El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las sub-escalas multiplicadas por 4. La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí).

**Clave de respuesta:**

Items Verdaderos: 1,4,5,8,9,14,19,20.

Items Falsos: 2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25.

Los intervalos para cada categoría de autoestima son: Un puntaje total de 0 a 24 corresponde a un nivel de autoestima bajo, de 25 a 49 un nivel de autoestima medio bajo, un puntaje de 50 a 74 indica un nivel de autoestima medio alto, y un puntaje de 75 a 100 indica un nivel de autoestima alto.

#### **4.4 PROCEDIMIENTO**

- En una primera etapa se hizo una revisión bibliográfica y revisión de investigaciones anteriores sobre todo literatura de la psicología clínica sobre el tema para delimitar el

problema y planificar los instrumentos, posteriormente elaborar el marco conceptual de la investigación, así como de las posibles técnicas o instrumentos idóneos para la recogida y análisis de la información necesaria con el fin de tener una comprensión global de la problemática.

- Se seleccionaron instrumentos que ayudaron a evaluar las variables de los objetivos, tanto general como específicos. La recolección de pruebas se llevó a cabo por los siguientes instrumentos: Cuestionario de análisis clínico, Test de apercepción temática, Inventario de ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck y finalmente la Escala de Autoestima de Coopersmith. Es importante recalcar que se utilizó la entrevista a profundidad para corroborar datos.
- En la tercera etapa se realizó la selección de la muestra para dar curso a la investigación.
- Como cuarta etapa, se realizó la aplicación de los instrumentos y entrevistas a la muestra seleccionada.
- Finalmente, como quinta etapa se llevó a cabo el análisis de los instrumentos y entrevistas aplicadas a la muestra para así concretar las conclusiones y recomendaciones de la investigación.