

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y
JUSTIFICACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Son considerables las repercusiones psicológicas que tiene el aborto en la mujer. Sin embargo, son también innumerables los factores que influyen en la decisión de abortar. Es por esta razón que el tema del aborto, relacionado con la personalidad, la ansiedad, el vínculo marital, etc., es una cuestión emergente en el ámbito de la psicología científica, ya que las sociedades modernas han abierto el espacio para la discusión, particularmente desde una perspectiva de género, soslayando la actitud ético - religiosa tradicional, lo cual ha causado gran controversia y diferentes líneas de investigación de la cuestión. Las características psicológicas determina en última instancia, todo el comportamiento del individuo por lo cual, conocerlo, permite explicar y comprender la manera de actuar de las personas, en las cuestiones más simples, como las más trascendentales, como es el caso del aborto.

La variable principal sobre la cual gira toda la investigación son las características psicológicas. Las características psicológicas es el conjunto de rasgos permanentes en el tiempo que caracterizan el pensamiento y comportamiento de los seres humanos. Las características psicológicas se entienden “todas aquellas características comporta mentales relativamente estables que definen a un individuo y que son producto de sus pensamientos, sentimientos valores y actitudes en general”. (Cattell, 1972: 96). Las características psicológicas, es imprescindible para efectuar el diagnóstico de un individuo o para conocer las características básicas de un grupo humano.

Dentro de las características psicológicas confluyen una serie de dimensiones y variables; en este estudio se ha visto por conveniente explorar las siguientes variables: actitud hacia el aborto; inteligencia emocional percibida; estilo vincular temprano y ansiedad, depresión y estrés.

La primera variable medida en esta tesis es la *actitud hacia el aborto inducido*. Esta variable se define como “La posición de una persona sobre una dimensión bipolar evaluativa o afectiva con respecto de un objeto, acción o evento. Y representa el sentimiento favorable o no de una persona hacia algún objeto estímulo”.

(Palomino, 2009, p.147). En el caso concreto de esta tesis la actitud está referida hacia el aborto inducido.

Una segunda variable medida en esta tesis es la *inteligencia emocional percibida* (meta conocimientos sobre estados emocionales), la cual es definida como “el producto del proceso reflexivo continuado que está asociado al estado de ánimo mediante el cual de forma constante se percibe, valora y regulan los estados anímicos”. (Fernández, et al, 1998,p. 64). En este contexto la inteligencia emocional percibida consiste en un conjunto de habilidades de procesamiento emocional. Incluye la capacidad para percibir los propios estados emocionales, atención emocional, comprenderlos y expresarlos lingüísticamente. Este constructo se encuadra dentro del enfoque de la Psicología Positiva, ha sido asociado a la resiliencia y funciona como amortiguador de las respuestas de estrés y como un factor protector contra el burnout. (Fernández, et al, 1998).

De acuerdo con la teoría del vínculo de John Bowlby, existe una tendencia natural en los seres humanos a establecer relaciones íntimas y estables con personas determinadas, la cual comienza desde los primeros meses de vida y se evidencia en las diversas formas que el niño tiene para obtener y/o mantener la proximidad con una figura significativa. En el curso del desarrollo de un individuo se dirá que está apegado cuando está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con ese individuo, y a hacerlo sobre todo en ciertas circunstancias específicas. Esa tendencia se llama estilo vincular temprano. Esta variable se define como “cualquier tipo de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Parker, et al, 1979, citado por Melis, et. al. 2001,p. 93).

El aborto se asocia a estados emotivos negativos. En esta tesis se emplea un instrumento que mide la depresión, ansiedad y estrés.

La depresión es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas. (...) La ansiedad es un estado mental que se

caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad. (...) El estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia. (Antúnez y Vinet, 2012: 14-15).

A través de la revisión bibliográfica se identificó diversos estudios realizados sobre el tema en el *plano internacional*. A continuación, se describen brevemente los principales:

La Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental HealthSurvey) realizada en 17 países encontró que aproximadamente tres de cada 20 personas que abortaron reportaron haber tenido un episodio de depresión en la experiencia previa. Se detectó que el aborto está asociado a una serie de factores de riesgo fuertemente vinculados con la depresión: antecedentes de ideas suicidas, ansiedad en situaciones de conflicto, estilo de atribución cognitiva negativa, baja autoestima, bajo apoyo social y bajos ingresos. Otros factores precipitantes del aborto incluyen la edad joven, menos años de educación, un historial de problemas familiares, así como múltiples experiencias de abuso en la infancia, particularmente de tipo sexual. (Medina, Figueras y Gómez, 2013).

En otro estudio realizado por DiPietro (2016), se indica que existen factores importantes de mencionar que guardan relación con la decisión de abortar, entre los que destaca la inteligencia emocional. La inteligencia emocional posibilita una apertura hacia las emociones negativas y positivas, canalización, direccionamiento y expresión emocional, implicación o desvinculación en los estados emocionales según las diferentes situaciones. Ante una dificultad, la persona con una elevada inteligencia emocional puede analizar con objetividad el problema, canalizar la solución en la dirección adecuada, no superponer lo empírico con lo sentimental y generar energía motivacional. Se encontró que las mujeres que tuvieron experiencias reiteradas de aborto, tienen un escaso control y autorregulación de sus emociones, así como una deficiente interacción afectiva con las personas representativas de su existencia.

Para Borders et al. (2007) los diferentes eventos estresantes en la vida de una persona han demostrado tener influencia directa en la decisión de abortar,

considerando el estrés como un factor precipitante de este hecho. Estos datos se han corroborado en estudios que indican que las mujeres que sufren de estrés tienen entre 20 y 30% más probabilidades de adoptar la decisión de abortarlo, que aquellas que no experimentan estrés. El estrés se ha establecido de manera importante como un factor predictor de la decisión de adoptar. Se ha visto que las mujeres que están viviendo episodios de estrés cuando se enteran que están embarazadas, están 3 veces más propensas a sufrir una crisis depresiva y considerar como opción la posibilidad de abortar. Específicamente, el vivir en situaciones de estrés constante, como violencia doméstica, problemas económicos, desintegración familiar y problemas de salud, ha demostrado incrementar en un tercio las probabilidades de abortar.

A *nivel nacional* no se han encontrado estudios específicos sobre las características psicológicas de las mujeres que abortan. Se tienen estudios relacionados con esta problemática de manera global, tomando en cuenta principalmente, estadísticas o el contexto legal del mismo. Por ejemplo, el estudio realizado por Teresa Lanza Monje en La Paz, que dice:

El embarazo no deseado es la principal causa del aborto. Un estudio reciente en cinco ciudades de Bolivia, señala que de un 84.8% (correspondiente a 1.175 mujeres sexualmente activas) un 13% tuvo al menos un aborto inducido, además que un 61% no usa métodos anticonceptivos modernos, y un 48% tuvo al menos un embarazo no deseado en su vida. Otro importante estudio señala que en nuestro país se realizan 185 abortos cada día y que el año 2010 se produjeron 66.497 casos de abortos con complicaciones, evidenciándose un incremento de éstos en los últimos 10 años, y en los últimos 5 años los abortos incompletos atendidos en establecimientos públicos de salud subieron de 15 mil el 2005 a 27 mil el 2010. (Lanza, 2014,p.120). En una investigación realizada por Bismarck Pinto, de la Universidad Católica Boliviana, sobre los efectos del aborto inducido, se menciona:

- Las mujeres que interrumpen su embarazo tienen mayores riesgos de desarrollar problemas psicológicos.

- La probabilidad de la aparición de problemas en la salud mental de las mujeres es mayor cuando el bebé abortado era deseado
- Las mujeres con historia de problemas mentales previos al aborto tienen más probabilidades de sufrir alteraciones en su salud mental después de un aborto.
- Las circunstancias, condiciones, comportamientos y otros factores asociados a problemas psicológicos son similares en mujeres que abortaron que en mujeres que dieron a luz.
- La ausencia de apoyo de la pareja durante el proceso previo y posterior al aborto incrementan el riesgo de problemas psicológicos en las mujeres que abortan. (Pinto, 2017, p. 16)

A nivel regional no se ha encontrado ninguna investigación que aborde las características psicológicas de las mujeres que abortan. Sólo se ha encontrado investigaciones que abordan esta temática de manera muy general. Así se tiene la investigación realizada por Cavero Otondo (2007), titulada, Actitud hacia el aborto provocado en adolescentes de tercero y cuarto de secundaria, en la cual se indica que dichos adolescentes tienen una actitud de aceptación del aborto, en un grado moderado. En otra tesis muy parecida, realizada por Solano Calderón (2008), titulada, Actitud de los estudiantes de la carrera de psicología frente a la práctica del aborto según el nivel de estudios que cursan, se encontró que es poco significativo el cambio que se da en la actitud de aceptación de los universitarios a medida que ascienden en los niveles académicos.

Al haber concluido la fase de planteamiento del problema mediante la revisión de las diferentes investigaciones en los ámbitos internacional, nacional y regional, comprobándose que en el medio local no existe ninguna investigación que coincida con los objetivos específicos planteados en esta tesis, se planea la pregunta de trabajo que guio todo el accionar de este trabajo de titulación:

¿Cuáles son las características psicológicas de mujeres que se practicaron más de un aborto, en la ciudad de Tarija?

1.2 Justificación

El estudiar las características psicológicas de las mujeres que abortaron más de una vez tiene relevancia científica y social puesto que es un tema que incumbe a gran proporción de la población, no solo porque es algo polémico sobre el cual toda la población tiene un punto de vista, sino porque muchas mujeres y sus familiares se ven involucrados con este problema. En Bolivia el aborto representa la tercera causa por la que mueren las mujeres en el país. Los abortos son resultado de embarazos que no fueron planificados o bien de embarazos no deseados. En consecuencia, el embarazo no deseado puede representar entre el 15% y 35% del total anual de embarazos, suele ocurrir como resultado de una relación sexual involuntaria (violación, incesto, estupro), por no usar anticoncepción de ningún tipo o por la falla en el uso de un método anticonceptivo, esto se debe al poco acceso que se tiene a la información sobre anticoncepción, la disponibilidad de métodos en los servicios de salud, como con la capacidad de la población para acceder a los mismos.

El estudio realizado tiene *justificación teórica* puesto que aporta con información valiosa sobre un tema muy poco estudiado en el medio. Como se ha podido evidenciar en el planteamiento del problema, a nivel nacional y regional existe una casi total carencia de datos sobre el tema abordado por esta tesis. En el presente documento se encuentra información sobre la actitud hacia el aborto de una muestra de mujeres que viven en Tarija; asimismo hay información sobre la inteligencia emocional de las mismas, la cual es decisiva en el hecho del aborto; también se analiza el estilo vincular temprano que tuvieron estas mujeres con sus madres y el grado de influencia que tiene la ansiedad, depresión y estrés.

La investigación realizada tiene *justificación social* ya que los datos recopilados a lo largo del proceso de recojo de la información pueden ser útiles en diferentes contextos donde se aborda el tema del aborto. Consideramos que la información que se expone en este documento tiene posibilidad de ser empleada en el quehacer de muchas instituciones y, también, por personas involucradas en el tema de la salud sexual.

El conocer las características psicológicas de las mujeres que abortaron por más de una vez puede ser información valiosa para instituciones como el CIES, SEDEGES, la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, Seguridad Ciudadana, etc. Estos datos pueden contribuir a optimizar los programas de prevención del embarazo no deseado, la mortalidad materna relacionada con el aborto y orientar a las mujeres que están involucradas en esta problemática.

CAPÍTULO II
DISEÑO TEÓRICO

2.1 Problema

¿Cuáles son las características psicológicas de las mujeres que se practicaron más de un aborto, en la ciudad de Tarija?

2.2 Objetivos.

2.2.1 Objetivo general

Establecer las características psicológicas de las mujeres que se practicaron más de un aborto, en la ciudad de Tarija.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Determinar la actitud hacia el aborto
2. Evaluar la inteligencia emocional percibida.
3. Medir el estilo vincular temprano.
4. Indagar la ansiedad, depresión y estrés.

2.3 Hipótesis

1. La actitud hacia el aborto es “de aceptación”.
2. La inteligencia emocional percibida corresponde a la categoría “baja”.
3. El estilo vincular temprano se ubica en la categoría de “Vínculo Ausente o Débil”.
4. La ansiedad, depresión y estrés corresponde al nivel “severo”.

2.4 Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
<p>ACTITUD HACIA EL ABORTO “La posición de una persona sobre una dimensión bipolar evaluativa o afectiva con respecto de un objeto, acción o evento. Y representa el sentimiento favorable o no de una persona hacia algún objeto estímulo”. (Palomino, 2009: 147).</p>	Unidimensional	Conocimientos, creencias, opiniones, sentimientos y conductas sobre el aborto.	<p>ESCALA DE ACTITUD HACIA EL ABORTO INDUCIDO. (Palomino, 2009)</p> <p>ESCALA DE CADA ÍTEM: Totalmente de acuerdo (TA) Acuerdo (A) Indiferente (I) Desacuerdo (DA) Totalmente desacuerdo (TDA)</p> <p>ESCALA DE ACTITUD: De aceptación De indiferencia De rechazo</p>
<p>INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA (metaconocimientos sobre estados emocionales): Es el producto del proceso reflexivo continuado</p>	Atención	Capacidad de atender a los sentimientos de forma adecuada.	<p>ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA (metaconocimientos sobre estados emocionales) TMMS-24</p>
	Claridad	Capacidad de comprender los estados emocionales.	

<p>que está asociado al estado de ánimo mediante el cual de forma constante se percibe, valora y regulan los estados anímicos. (Almonte y Conejero, 2009,P.46).</p>	<p>Reparación</p>	<p>Capacidad de regular los estados emocionales de forma adecuada</p>	<p>Adaptación hecha por Fernández, et al, 1998) al test Trait Meta-MoodScale (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995)</p> <p>Escala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja (menos de 23 puntos). • Mediana (24 a 33 puntos). • Excelente (34 o más puntos).
<p>ESTILO VINCULAR TEMPRANO: Cualquier tipo de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para</p>	<p>Cuidado:</p>	<p>Afectuosidad, contención emocional, Empatía y cercanía, y por otro, como frialdad emotiva, indiferencia y negligencia.</p>	<p>ESCALA DE ESTILO VINCULAR TEMPRANO (Parental BondingInstrument, P.B.I.) de Parker, Tupling y Brown (1979) adaptada por Melis, et. al. (2001).</p> <p>CADA ÍTEMS SE MIDE: Muy en desacuerdo Moderadamente en</p>
	<p>Sobreprotección :</p>	<p>Control, sobreprotección, intrusión, contacto</p>	

enfrentarse al mundo. (Parker et al, 1979, citado por Melis, et al. 2001,p. 93)		excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma	desacuerdo Moderadamente de acuerdo Muy de acuerdo ESCALA FINAL: 1. Vínculo Óptimo. 2. Vínculo Ausente o Débil. 3. Constricción Cariñosa. 4. Control Sin Afecto. 5. Promedio.
DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS: La depresión es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas. (...) La ansiedad es un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una	Depresión	Animo vital disminuido en: hábitos cotidianos, estudio, trabajo, socialización y diversión	Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Adaptación chilena realizada por: Antúnez & Vinet (2012). Escala final: <ul style="list-style-type: none">• Normal.• Leve.• Moderado.• Severo.• Extremadamente severo.
	Ansiedad	Inquietud y excitación en el plano personal, social y familiar.	
	Estrés	Nivel de alerta por encima de lo normal en las situaciones cotidianas	

<p>intensa excitación y una extrema inseguridad. (...) El estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia".</p> <p>(Antúnez y o Vinet, 2012,p. 14-15)</p>			
---	--	--	--

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

En este capítulo del marco teórico se exponen las principales teorías relacionadas con el tema de investigación de la tesis. En primer lugar, se presenta todos los conceptos vinculados al aborto, puesto que es la idea central de esta tesis. Posteriormente se desarrollan cada una de las teorías que le dan el sustento teórico a cada una de las variables de los objetivos específicos. Se exponen las definiciones y constructos teóricos vinculados a la actitud hacia el aborto; inteligencia emocional percibida; estilo vincular temprano y ansiedad, depresión y estrés. Al final del capítulo se presentan algunas de las principales investigaciones relacionadas con el tema de estudio.

3.1 El aborto.

El aborto o interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se puede definir según la Organización Mundial de la Salud como la “interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno” (Barambio, 2003: 27). En la sociedad occidental, el aborto es considerado un tema controvertido, es un fenómeno social que arroja estadísticas alarmantes. La interrupción voluntaria del embarazo ha sido una práctica frecuente desde hace siglos dentro de la historia del aborto. Cuando nos referimos al aborto como interrupción voluntaria del embarazo, se genera la mayoría de veces una gran polémica donde confluyen intereses científicos, sanitarios, socioeconómicos, éticos y religiosos. Algunos de ellos quedan recogidos en los distintos ordenamientos jurídicos que hacen referencia al aborto dentro de cada país, ya que dependiendo de cada uno de ellos el aborto provocado puede contemplarse como un delito o un derecho. (Zurriarán, 2007).

El tema del aborto se podría considerar como un mal necesario de la sociedad del siglo XX, pues si bien todos lo han criticado en su momento, pero ningún país ha estado exento de él y ninguno ha promovido las medidas suficientes como para controlarlo.

3.1.1 Técnicas practicadas en la interrupción voluntaria del embarazo (ive).

Para evacuar el contenido uterino: nasciturus (potencial futuro nacido), saco y placenta, se utilizan técnicas farmacológicas y quirúrgicas. A continuación, se explica en qué consiste cada una de las técnicas:

- a) Aspiración. Es la técnica que normalmente más se utiliza. Se basa en la dilatación mecánica del cérvix uterino (utilizando el material apropiado), para poder insertar un tubo que se conecta a un eficaz aspirador atraumático (que puede ser eléctrico o manual) que aspira al feto. Después de este procedimiento, no sería necesario utilizar una legra roma para asegurarse que la cavidad ha sido vaciada completamente, sólo en casos seleccionados. Tanto la aspiración como el acto de repasar posteriormente la cavidad uterina con una legra se podría realizar bajo control directo ecográfico, minimizando así los riesgos de dicha técnica. El alta suele ser precoz (aproximadamente entre 1 y 3 horas después del procedimiento) y suele depender del tipo de anestesia. Esta técnica se asocia con menos sangrado y menor dolor para la paciente.
- b) Aborto farmacológico. Para realizar este tipo de técnica es necesario tener en cuenta una serie de pasos que se detalla a continuación: 1) En un primer momento, después de comprobar que no existen contraindicaciones, se administran las píldoras. El mecanismo de acción de la mifepristona (RU 486) es por bloqueo de los receptores de la progesterona dejando al embrión en desarrollo sin poder recibir los nutrientes que le llegaban a través del útero. La mifepristona hace efecto a las 24-48 horas. 2) Posteriormente, 36 a 48 horas después, a la mujer se le administrará una dosis de prostaglandinas, normalmente misoprostol (cytotec). El misoprostol produce contracciones uterinas, lo que llevará a desencadenar la expulsión del embrión de la cavidad uterina. Tanto para la administración de mifepristona como para la administración de misoprostol no hay una dosis óptima, pudiéndose utilizar distintas pautas de tratamiento. La mayoría de las mujeres abortarán durante las 4 horas siguientes, aunque aproximadamente un 30% abortarán durante los días posteriores (aproximadamente a los cinco días).
- c) Aspiración Hasta la semana 14 de gestación es posible, sobre todo en múltiparas, evacuar el útero en un solo tiempo. Posteriormente a la aspiración, la mayoría de veces es necesario hacer un legrado para confirmar que el útero está vacío. Este procedimiento es aconsejable realizarlo bajo control ecográfico directo para minimizar posibles complicaciones. El alta se suele dar a las 2-4 horas del procedimiento.

- d) Método de la inyección intraamniótica Se suele emplear a partir de las 16 semanas de gestación (4 meses aproximadamente). Consiste en introducir una solución salina hipertónica –o una solución de urea- en el líquido amniótico mediante aguja larga a través del abdomen de la madre. Estas soluciones que se inyectan son irritantes para el feto y además provocan contracciones parecidas a las del parto.
- e) Método de la minicesárea o histerotomía Esta técnica se aplica sólo en casos de fracaso de inducción del parto o contraindicación para el uso de otros procedimientos. Suele ser una técnica de última elección por su tasa de morbimortalidad si se compara con las técnicas descritas anteriormente. Esta técnica radica en practicar una incisión en el útero para poder extraer al feto y la placenta. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), apoyándose en la definición de aborto de la Organización Mundial de la Salud, considera que una interrupción del embarazo en estas fases no debería ser llamada aborto, puesto que a partir de la semana 22 de gestación el feto podría vivir fuera del útero materno por sí mismo con el apoyo médico conveniente (Hernández Jerez, 2005).

3.1.2 Aborto en el contexto psicológico de la mujer.

El hecho de abortar implica tomar una decisión que constituye un hecho histórico irreparable por su gravedad e irreversibilidad. Generalmente, se asocian muchos factores (algunos de ellos condicionan y/o desencadenan ciertas patologías) en el momento de tomar la decisión de abortar. Estos factores pueden ser agrupados en 3 etapas, dependiendo de su relevancia y frecuencia de ocurrencia:

- a) Factores personales y/o familiares. En un primer momento la mujer tiende a recurrir a su pareja, suele ser el padre biológico de la criatura, pero en muchos casos la mujer se encuentra con que su se desentiende, ya sea por miedo o por no querer ninguna responsabilidad. Posteriormente, la mujer suele recurrir a sus padres, pero ya con el miedo de pensar en cómo van a afrontar esta nueva información y, añadido muchas veces al mismo temor a la reacción de sus padres por miedo a sufrir otro rechazo hace que rechace la posibilidad de pedirles ayuda y busque otras alternativas.

- b) Factores provenientes del contexto social, el miedo a escándalos y rechazo. Para la madre embarazada es importante el qué dirán. Una mujer sola y joven que se haya quedado gestante se siente asustada porque piensa que su nuevo estado le va a causar vergüenza y va a ser motivo de desprestigio o deshonra social.
- c) También puede intervenir en el momento de la decisión que la mujer embarazada soltera, sin pareja, no tenga una adecuada información en relación con el embarazo y con las ayudas y prestaciones que puede obtener, ya que es algo para lo que aún no estaba preparada, surgiendo así la lucha entre debatirse entre dos temores: el temor al embarazo y al parto y el temor a abortar. (Hernández Jerez, 2005).

3.1.3 Efectos del aborto en la salud mental.

Se presenta en esta sección una revisión de la literatura científica sobre la relación entre IVE y presencia de problemas de salud mental. Esta revisión intenta dar respuesta a una serie de preguntas como: (a) ¿Cuál es la prevalencia de los problemas de salud mental de las mujeres que han tenido un aborto provocado? (b) ¿A qué puede deberse que los resultados sobre los trastornos mentales en las mujeres que han sufrido un aborto sean poco convincentes? (c) ¿En las mujeres que han abortado se puede decir que son más frecuentes los problemas mentales que en las mujeres que han tenido un embarazo no deseado y han llegado a término y han dado a luz? Las principales conclusiones a las que llegaron fueron:

- Un embarazo no deseado estaba asociado a una mayor probabilidad de padecer problemas de salud mental.
- El factor predictivo más relevante para desarrollar trastornos de salud mental posteriormente a la práctica de un aborto era que la mujer tuviera una historia previa de trastorno mental.
- Parece ser que, la presencia de algunos factores externos, pueden estar asociados a un aumento del riesgo de problemas de salud mental relacionados con el aborto. Entre éstos, podrían estar la presión a la que puede estar sometida la mujer para que aborte por parte de su pareja, o si la mujer ha vivido la experiencia del aborto de una manera negativa.

Otra revisión de la literatura fue la que la American Psychological Association (APA) encargó a la Task Force on Mental Health and Abortion, y que se publicó en 2008. La APA es la principal organización de profesionales de la psicología en los Estados Unidos, y la más influyente en el contexto internacional. La American Psychiatric Association publica el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, también conocido como DSM, siendo actualmente el texto de referencia para el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. En el DSM-III de 1987, el aborto se consideraba como un acontecimiento que podría ser potencialmente traumático y por tanto el desencadenante de un trastorno por estrés posttraumático. Sin embargo, en su posterior revisión en 1994 (DSM-IV) se excluyó el aborto como uno de los eventos potencialmente traumáticos, no sin cierta polémica y con la sospecha de intereses partidistas, ya que no cabe duda de que el aborto inducido encaja con la definición de un evento potencialmente traumático (en relación con la pérdida de un familiar o ser querido). Actualmente ya se ha publicado el DSM-5, donde tampoco se incluye el aborto como evento potencialmente traumático.

El informe del Comité nombrado por la APA reconoció que no había estudios, lo suficientemente rigurosos, como para establecer una asociación directa entre alteraciones de salud mental y aborto, sin que se pudiera excluir el influjo de factores de confusión. Pero la conclusión principal y esencial a la que llegaron los autores de esta revisión fue que el riesgo relativo de padecer trastornos de salud mental, después de una interrupción voluntaria del embarazo que ocurra en el primer trimestre, no era superior al que puede darse en las mujeres que dan a luz, aunque sí sugieren que se detectaron situaciones de soledad, pena, tristeza, depresión o ansiedad en algunas mujeres que abortaron. En esta revisión también se comprobó si aquellas mujeres que abortaron tenían antecedentes personales de padecer trastornos psicológicos anteriores a realizar el aborto, ya que, si existieran, se podría predecir que la mujer tuviera una posible respuesta no adaptativa mental tras producirse el aborto.

Cuando los autores de esta revisión analizaron estudios realizados con una metodología más sólida, encontraron que en las mujeres que habían abortado varias veces había evidencia de problemas mentales. No obstante, cabe la

posibilidad de que la existencia de desequilibrios psíquicos previos, sentimientos opuestos ante la decisión de abortar o características personales sean los factores clave asociados con el desarrollo de problemas mentales después de un aborto.

En resumen, puede decirse que, en el informe del Comité nombrado por la APA, aunque de forma no del todo explícita, se recogía la existencia de evidencias de que el aborto inducido es un alto factor de riesgo para: (a) las mujeres con múltiples abortos, (b) las mujeres que no desean abortar y lo hacen por presión de terceros, (c) las menores que abortan y (d) las mujeres que han sufrido problemas previos de salud mental, ya que el aborto puede precipitar o agravar los problemas.

En otra revisión sistemática Charles et, al. evaluaron los problemas de salud mental que se habían producido en un tiempo más prolongado (por encima de los tres meses) secundarios al aborto y agrupados según la metodología de calidad de la APA. Los autores llegaron a la conclusión que no se podía establecer de manera evidente que existiera una relación causal entre desarrollar problemas de salud mental tardíamente en las mujeres que habían abortado, sobre todo considerando que cuanto mayor fue la calidad metodológica de los estudios que se evaluaron, una menor asociación entre riesgo de salud mental y aborto se observó. Una clara tendencia emergió de esta revisión sistemática: los estudios de mayor calidad fueron los que encontraron los resultados más neutrales, sugiriendo la existencia de tan sólo escasas diferencias entre las mujeres que abortan y los grupos control, en lo que respecta a su salud mental. Posiblemente, la revisión de la literatura más comprehensiva sobre esta cuestión ha sido la llevada a cabo por Priscilla Coleman, en la que se evaluó la evidencia de trastornos psíquicos en las mujeres que habían abortado, comparándola con la de mujeres que no lo habían hecho. En este estudio se agruparon en tres grupos: (a) mujeres sanas no embarazadas, sin abortos; (b) mujeres sanas y embarazadas que habían dado a luz y (c) mujeres con un embarazo no deseado que habían abortado.

La conclusión a la que llegaron estos autores fue que había un 81% más de probabilidades de desarrollar problemas mentales en las mujeres que habían abortado que en aquellas que no lo habían hecho, y cerca de un 10 % de la incidencia de estos problemas se demostró ser directamente atribuible al aborto.

También se evidenció un mayor riesgo de consumir sustancias adictivas y de ideación suicida, si se comparaban las mujeres que habían tenido un aborto con aquellas mujeres que habían llevado el embarazo a término y habían dado a luz. Además, encontraron que la probabilidad de padecer problemas de ansiedad en las mujeres que habían abortado era un 34% mayor que en los controles, y un 37% mayor a la de sufrir depresión. De manera que en esta revisión reveló que el aborto provoca un riesgo entre moderado y muy alto de desarrollar problemas de salud mental.

Otro estudio que aporta datos relevantes al propósito de esta investigación fue el realizado por Fergusson et al. , en el que se realizó un seguimiento longitudinal de una cohorte de 534 mujeres, de la que nacieron 1265 niños, en Nueva Zelanda. El seguimiento de esta cohorte fue realizado desde el nacimiento hasta que cumplieron 30 años. En este estudio se comprobó que, al que corroboraron en otro posterior los mismos autores, 284 mujeres tuvieron 686 embarazos antes de los 30 años, que incluyeron 153 abortos, ocurridos en 117 mujeres; 138 embarazos que se perdieron de forma natural, en 95 mujeres; 66 nacidos vivos de 52 mujeres que mostraron reacciones adversas y 329 nacimientos de 197 mujeres que no mostraron problemas médicos.

A partir de estos datos, los autores alcanzaron las siguientes conclusiones: El aborto inducido se asoció con un aumento de problemas mentales, entre 1,86 y 7,08 veces, cuando se comparó con las mujeres que no habían abortado. Todos los resultados encontrados por estos autores son consistentes con la conclusión de que incluso después de ajustar con los factores confusores, la exposición a un aborto inducido estaba asociada con un pequeño pero consistente aumento en las tasas de problemas de salud mental. Sin embargo, aunque había evidencia de una asociación estadísticamente significativa entre la exposición al aborto inducido y tasas de sufrir trastornos de salud mental, la contribución del aborto provocado en las tasas de problemas de salud mental en la población era pequeña. Además, los trastornos de salud mental relacionados con el aborto representaban entre el 1,5% y el 5,5% de la totalidad de los trastornos mentales. (Restrepo, 2015).

3.2 Actitud.

La actitud es la posición de una persona sobre una dimensión bipolar evaluativa o afectiva con respecto de un objeto, acción o evento. Y representa el sentimiento favorable o no de una persona hacia algún objeto estímulo. (Palomino, 2009: 147). En el caso concreto de esta tesis la actitud está referida hacia el aborto inducido.

En este contexto, la actitud es entendida como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son predisposiciones, de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación u otro sujeto y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal; las actitudes son susceptibles de ser modificadas por ser relativamente estables. (Palomino, 2009).

3.2.1 Componentes de la actitud.

Bajo esta forma tradicional de concebir las actitudes, se destacan tres componentes básicos: el cognitivo, el afectivo y el conductual. A continuación, se desglosan cada uno de ellos:

a) **Componente cognitivo.** Se refiere a que para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto la cual está formada por las percepciones y creencias hacia el objeto, así como por la información que tenemos sobre él. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

Las actitudes son conjuntos de creencias, valores conocimientos o expectativas, relativamente estables y el componente cognitivo es en el que más fácilmente se puede incidir en la enseñanza, y suele ser congruente con la actitud respectiva. Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe

acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. (Constenla, 2009,p30).

- b) Componente afectivo. Es el sentimiento a favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes, aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones, en que las últimas se caracterizan por su componente cognoscitivo. La actitud tiene una carga afectiva, asociada a los sentimientos que influyen en cómo se percibe el objeto de la actitud y estas pautas de valoración acompañadas de sentimientos agradables o desagradables, se activan ante la presencia del objeto o situación. Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El componente afectivo de las actitudes viene mejor definido por ser sentimiento que emoción. (Constenla, 2009,p32).
- c) Componente reactivo. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud; se trata de la disposición o tendencia a actuar favorable o desfavorablemente.

Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Para intentar predecir conducta habría que tener conocimiento sobre la parte actitudinal, necesidades del sujeto, normas morales y sociales del momento que guían el comportamiento, tener constancia de factores contextuales. Las actitudes ayudan como predictores de comportamiento, pero no es una relación directa causa-efecto, sino una predisposición (Constenla, 2009,p,34).

3.2.2 Funciones de la actitud.

Todo constructo psicológico cumple una función en el proceso adaptativo del individuo, por tal motivo se han propuesto tres funciones psicológicas que proporciona la adopción de normas sobre las actitudes, las cuales son:

1. Función defensiva: ante los hechos, situaciones, ideas, exigencias, que degrada las actitudes. Actúan como mecanismos de defensa para evitar dichas situaciones.

2. Función adaptativa: las actitudes ayudan a alcanzar y evitar los objetivos no deseados, minimizando los castigos, las penalidades o sanciones; ejemplo: adoptar una actitud semejante a la del jefe, el cual exige el cumplimiento de algo, puede resultar funcional para conseguir simpatía, acercamiento, ascenso, otros.
3. Función expresiva: supone que las personas tienen necesidad de expresar actitudes que refleje sus valores más relevantes sobre algo, alguien y/o sobresí mismo. Así, las actitudes ayudan a confirmar socialmente la validez de un concepto.

3.2.3 Características de las actitudes.

Las principales características de las actitudes las siguientes:

- a) Las actitudes no son innatas, sino que se adquieren, se aprenden, se modifican y maduran; son educables como los valores.
- b) Son predisposiciones estables, es decir, son estados personales adquiridos de forma duradera.
- c) Tienen un carácter dinámico, entran menos en el campo de los ideales y de las creencias, y son, contrariamente, mucho más funcionales y operativas. Esta característica implica que las actitudes tienen que realizarse en la acción, es decir, en estrecha y permanente relación con todas las actividades que el individuo realiza en su vida.
- d) Las actitudes se fundamentan en los valores, lo que implica que los valores se expresan, se concretan y se alcanzan con el desarrollo de las actitudes.
- e) Las actitudes tienen un carácter bastante fijo, estable, no se trata de simples opiniones. (Motta, 2009).

3.3 Inteligencia emocional percibida

La capacidad de percibir y manejar racionalmente las emociones ha recibido especial atención en el campo del autocontrol. Esta capacidad se conoce con el nombre de inteligencia emocional percibida o metaconocimientos sobre estados emocionales. La inteligencia emocional percibida es definida como “el producto del proceso reflexivo continuado que está asociado al estado de ánimo mediante el cual de forma constante se percibe, valora y regulan los estados anímicos”.

(Fernández, et al, 1998,p. 64). En este contexto la inteligencia emocional percibida consiste en un conjunto de habilidades de procesamiento emocional. Incluye la capacidad para percibir los propios estados emocionales, atención emocional, comprenderlos y expresarlos lingüísticamente. Este constructo se encuadra dentro del enfoque de la Psicología Positiva, ha sido asociado a la resiliencia y funciona como amortiguador de las respuestas de estrés y como un factor protector contra el burnout. (Fernández, et al, 1998,p.68).

3.3.1 Orígenes del concepto.

El procesamiento de las emociones mediado por procesos metacognitivos es explorado a través del constructo “Inteligencia Emocional Percibida” (IEP), propuesto por Mayer y Stevens. Puntualmente, la inteligencia emocional consiste en un conjunto de habilidades que facilita la resolución de problemas de la vida cotidiana, mediante la utilización de conocimiento metacognitivo acerca del funcionamiento de las emociones a nivel intra e interpersonal. Se la considera una inteligencia en tanto se trata de una habilidad mental y no de estilos conductuales; correlaciona con otros tipos de inteligencia, pero no se solapa con ellas y se desarrolla con la edad y la experiencia. (Mayer; Caruso, Salovey, 2000).

3.3.2 Áreas de la inteligencia emocional percibida.

La inteligencia emocional percibida comprende tres dominios:

- a) Atención Emocional Se define como la predisposición de los individuos a estar pendientes y a registrar sus emociones y estados de ánimo. Incluye la capacidad de atender a la expresión verbal de las emociones, las configuraciones faciales, los movimientos corporales y el tono de voz, así como la habilidad para discernir entre las expresiones sinceras y fingidas. Este dominio es el más básico, sin un buen desarrollo de éste resulta poco probable que las otras ramas tengan niveles de funcionamiento adecuados. La capacidad para reconocer emociones es fundamental para la interacción humana y la conducta pro social, así como para el aprendizaje social. Se desarrolla al momento del nacimiento y dentro del primer año de vida, reflejando la emergencia de circuitos neuronales precableados. Para lograr la maduración de la habilidad de reconocimiento emocional se necesita de una mínima

provisión ambiental que establezca ciertas conexiones y produzca el refinamiento de la red funcional. La adquisición temprana de esta habilidad produce que los niños pequeños atiendan preferencialmente a expresiones emocionales, facilitando el aprendizaje de representaciones de patrones expresivos característicos de la especie (Leppänen, 2011).

- b) Claridad Emocional. También llamada claridad de sentimientos. Se refiere a la capacidad de comprender los estados emocionales: desglosar las respuestas emocionales complejas y multimodales, para poder reconocer sus componentes y categorizarlas, entender sus posibles combinaciones, dinámica y transiciones entre diferentes emociones y la aparición simultánea de afectos contradictorios. Es una habilidad que puede utilizarse para anticipar y para comprender retrospectivamente las causas de las reacciones emocionales y sus posibles consecuencias. También incluye a la posibilidad de referirse a ellas lingüísticamente. La claridad de sentimientos es considerada una estrategia preventiva de regulación de los estados emocionales, en tanto el acto de interpretar y otorgar sentido a la experiencia emocional favorece que la misma no sea sentida como disruptiva
- c) Reparación Emocional. Se refiere a las habilidades de regular las emociones adaptativamente, decidir si se las considerará relevantes o no en alguna situación específica. Esta capacidad implica poder incrementar o disminuir tanto las emociones positivas como las negativas. El manejo de las emociones involucra el monitoreo y distinción efectiva de las mismas, la motivación para regularlas y la percepción de autoeficacia en esa tarea, así como la posibilidad de intervenir sobre ellas y modificarlas efectivamente. La Reparación Emocional ha sido considerada una habilidad paliativa, en tanto se despliega cuando los estados emocionales no deseados o incompatibles con las metas son registrados conscientemente. Las personas con altos niveles de Atención Emocional y similares habilidades de claridad y reparación presentan los efectos positivos de un mejor procesamiento emocional, identificando expresiones faciales con mayor exactitud, mayor complejidad emocional y mayor sensibilidad, mientras que elevados niveles de atención, pero no de los restantes dos dominios, se asocia con y síntomas depresivos. Estos dos tipos

de configuraciones pueden ser pensados como perfiles de habilidades de IEP más y menos saludables, respectivamente.

3.3.3 Teorías sobre la inteligencia emocional percibida.

Existen diferentes teorías que tratan de explicar la configuración, alcance y factores que regulan la inteligencia emocional percibida. A continuación, se desarrollan las principales:

- a) La propuesta por Labouvie-Vief (Labouvie-Vief et al., 2007) señala que los adultos mayores presentan mayor optimización emocional – más emociones positivas que negativas – que los jóvenes y los adultos de mediana edad, aunque éstas son de menor complejidad. Según los autores, esto implica que los adultos mayores procesan sus emociones de una manera simplificada, dicotómica y estereotipada en relación a la variabilidad que caracteriza al pensamiento emocional de los adultos jóvenes. Estas características se deberían al deterioro normal de las funciones ejecutivas que se produce a partir de los 60 años. Dicho deterioro está moderado por la clase social, la educación y el perfil de salud física y mental. Asimismo, las diferencias entre los grupos de edad desaparecen cuando se evalúan las emociones referidas a problemáticas que involucran la seguridad, la moral y la verdad o se produce una identificación importante con metas personales. Es decir que a pesar de haber hallado evidencia de un deterioro normativo en lo que hace a la comprensión de las emociones, el desempeño estaría influido por otros factores.
- b) La teoría de la selectividad socioemocional (Charles; Carstensen, 2007) explora los factores motivacionales, extrínsecos al deterioro cognitivo, que afectan al procesamiento emocional. Esta teoría propone la existencia de un cambio normativo en las metas motivacionales a lo largo de la adultez. Este cambio se debe a que se percibe el tiempo vital restante como acotado, finito, en contraste al carácter ilimitado que presenta en la juventud. La nueva concepción produce que se prioricen metas relacionadas con el estado de ánimo y la búsqueda de significado, en lugar de la acumulación de información para la obtención de ventajas futuras, característica de la juventud. Este cambio motivacional repercute en el desarrollo de lo que los

autores han llamado “efecto de positividad”. El mismo consiste en un patrón normativo de selección de la información ambiental: en la juventud se prefiere el material emocionalmente negativo, porque favorece la adaptación al medio, mientras que a lo largo de la adultez el sesgo se transforma en una preferencia desproporcionada por la información positiva. Esta nueva dirección en la selección de la información impacta en una profundización de los significados personales asociados a las emociones y al bienestar y una mayor implicación en actividades que produzcan satisfacción personal. Esta línea propone que el incremento de la edad repercute positivamente en la capacidad de distinguir las emociones, comprenderlas con mayor riqueza y complejidad, así como de optimizar las habilidades de regulación emocional, debido a los cambios ya referidos.

3.4 Estilo vincular temprano.

De acuerdo con la teoría del vínculo de John Bowlby, existe una tendencia natural en los seres humanos a establecer relaciones íntimas y estables con personas determinadas, la cual comienza desde los primeros meses de vida y se evidencia en las diversas formas que el niño tiene para obtener y/o mantener la proximidad con una figura significativa. En el curso del desarrollo de un individuo se dirá que está apegado cuando está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con ese individuo, y a hacerlo sobre todo en ciertas circunstancias específicas. Esa tendencia se llama estilo vincular temprano. Esta variable se define como “cualquier tipo de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Parker et al, 1979, citado por Melis, et. al. 2001: 93).

Por otra parte, la actividad que realizan los padres para permitir que la conducta de apego logre su objetivo, se denomina "conducta de atención". La interrelación establecida entre la "conducta de apego" en el niño con la "conducta de atención" por parte de los cuidadores dará cuenta del tipo y calidad del vínculo.

3.4.1 Factores o dimensiones del apego.

En el apego se distinguen dos factores:

1. El factor Cuidado. Está definido, por un lado, como: afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, y por otro, como frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, apuntando de esta manera a la presencia o ausencia de esta variable.
2. El factor sobreprotección. Apunta de igual manera a la presencia o ausencia de éste, y se define como: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma (Melis et al., 2001).

3.4.2 Estilos de apego.

De la conducta de cuidado y sobreprotección surgen cinco tipos de vínculos parentales:

1. Vínculo óptimo: Son aquellos padres que obtienen puntajes en el P.B.I. altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. Se caracterizan por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y, a su vez, favorecen la independencia y la autonomía.
2. Vínculo ausente o débil: Son aquellos padres que obtienen puntajes en el P.B.I. bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; al mismo tiempo son padres que favorecen la independencia y la autonomía.
3. Constricción cariñosa: Son aquellos padres que puntúan en el P.B.I. con alto puntaje en cuidado y alto puntaje en sobreprotección. Se caracterizan por presentar afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, por un lado, y al mismo tiempo son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos.
4. Control sin afecto: Son aquellos padres que puntúan con bajo cuidado y alta sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma.
5. Promedio: Son aquellos padres que obtienen puntajes promedios en ambas escalas. (Melis et al., 2001).

3.4.3 Factores que determinan el estilo vincular temprano.

El estudio sobre la relación entre el niño y la madre se ha convertido en el centro de un gran número de investigaciones. Las aportaciones de Bowlby con la teoría del apego en la década de los cuarenta a los setenta, se centraron en los efectos que el vínculo tiene en los niños como elemento esencial para el desarrollo de una personalidad saludable en la vida adulta.

Bowlby, identifica la conducta vincular como cualquier tipo de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar al mundo. La actividad que realizan los padres para permitir esta conducta se denomina conducta de atención, que está relacionada con la satisfacción de las necesidades del hijo. Al respecto, Melis et al. (2001) señala que la interrelación establecida entre la conducta vincular en el niño con la conducta de atención por parte de los cuidadores determinará el tipo y la calidad del vínculo, en el cual influyen factores como la experiencia individual, la constitución genética y las influencias culturales (Robles et al., 2016).

En cuanto a la experiencia personal, se considera que las representaciones mentales de los padres acerca de sus experiencias infantiles de apego determinan el patrón que sus hijos establecen con ellos, lo cual implica cierta continuidad a través de las generaciones.

De esta forma, los estilos vinculares (o parentales) difieren significativamente en dos dimensiones distintas respecto de cómo educar a los hijos: primero, el porcentaje de cuidado y ternura que demuestran los padres durante la interacción con sus hijos, y segundo, el porcentaje de control demostrado sobre las actividades y comportamiento de estos (Pierucci & Pinzón, 2003).

Ainsworth (1989), precursora de la teoría del vínculo, fue la primera que propuso la medición de relaciones vinculares con el argumento de que las relaciones madre-hijo diferían de unos a otros, pero que además éstas se podían clasificar. También postuló que la conducta de la madre en los primeros meses de vida del niño es un buen predictor del tipo de relación entre ambos. Ainsworth (1989) plantea tres pautas de apego que se describen y caracterizan según cuatro

variables fundamentales presentes en la relación niño–cuidador desde los primeros días de vida:

- 1) El contacto físico.
- 2) La sensibilidad de la madre ante las señales del bebé y su habilidad para sincronizar sus intervenciones de acuerdo al ritmo del niño.
- 3) Un ambiente regulado que le permita al bebé percibir las consecuencias de sus conductas.
- 4) El deleite que sienten ambos en la compañía del otro.

3.4.3.1 Importancia de la madre en la construcción del estilo vincular temprano.

La importancia de las relaciones de apego para la comprensión del origen y mantención de las relaciones cercanas, el desarrollo de la personalidad y la psicopatología, ha sido bien documentada en la literatura. El concepto de apego acuñado por Bowlby, da cuenta de un sistema comportamental innato, propio de los seres humanos, que se activa en situaciones de amenaza o aflicción y que tiene la finalidad de recuperar el bienestar, a través de comportamientos destinados a recibir apoyo, cuidado y protección del cuidador primario. El apego conforma un sistema de regulación diádica entre el cuidador y el infante, siendo imprescindible la presencia y disponibilidad del cuidador, ya que dependiendo de las experiencias repetidas (positivas, negativas o ambas), el niño desarrolla una serie de representaciones mentales acerca de la naturaleza de la relación con su figura de apego y acerca de su propia existencia¹. Se han descrito estilos o patrones de apego, de acuerdo a los distintos modelos mentales que se van construyendo, las que moldean el procesamiento de la experiencia cognitiva y afectiva de los seres humanos (Melis et al, 2001, 34).

El estilo de apego seguro describe a sujetos que son capaces de reconocer sus estados de necesidad, pudiendo recurrir en búsqueda de apoyo; su modelo mental internalizado es positivo tanto respecto a sí mismo como de los demás. El patrón de apego inseguro evitativo, falla en el reconocimiento de la angustia o incomodidad, por tanto, no busca ser consolado; su modelo mental implica una percepción de las otras negativa, en términos de la receptividad y disponibilidad al cuidado, y una percepción también negativa de sí mismo, como alguien que no

merece ser cuidado. El patrón de apego inseguro ambivalente mostraría un modelo mental caracterizado por la internalización de una relación poco predecible e inestable con sus figuras de apego temprano, manifestando una respuesta emocional hipersensible y expresiones intensificadas de angustia. Así, existiría una tendencia a buscar cuidado y afecto de la figura de apego, al mismo tiempo que sentimientos de temor a ser ignorados o abandonados (Melis et al, 2001, p34).

En las últimas décadas, se ha reconocido que la relación de apego entre una madre y su hijo se comienza a establecer durante el embarazo, lo cual es conocido como apego prenatal. Su importancia radica en que existen asociaciones entre el apego prenatal y postnatal, lo que tiene importantes implicancias para el desarrollo cognitivo, emocional y social posterior del bebé, al asociarse directamente con la calidad de la relación madre-hijo y la sensibilidad para captar y responder a las manifestaciones de apego del bebé, luego del nacimiento del mismo. De este modo, el tipo de representaciones que surjan en la madre, se asociarán posteriormente con su capacidad de regular los estados de estrés del bebé y con la calidad del cuidado y tipo de vinculación que establecerá posteriormente con éste (Melis et al., 2001). El inicio de este vínculo prenatal emerge a partir de las representaciones o imágenes internas que la madre va construyendo acerca de su hijo, siendo el embarazo un período clave para la emergencia de dichas representaciones. Así también, durante el proceso de convertirse en madre, ocurren importantes procesos en la mujer, en donde su identidad y rol sufren importantes transformaciones. Los modelos que traía sobre sí misma, van adaptándose y reorganizándose en la construcción de un nuevo mundo representacional, en el que se entrelazan modelos sobre su ser mujer, sobre su rol como futura madre, como pareja, y de su familia de origen en general. En relación a lo anterior, existe evidencia de que el tipo y calidad de las representaciones que la madre genera durante el embarazo, se relacionan estrechamente con su propia historia de apego.

3.5 Depresión, ansiedad y estrés.

El aborto se asocia a estados emotivos negativos. En esta tesis se emplea un instrumento que mide la depresión, ansiedad y estrés.

3.5.1 Definición de términos.

Dentro de las emociones negativas se encuentran las emociones básicas o primarias y también las emociones secundarias o complejas. Entre las principales emociones negativas están la depresión, ansiedad y estrés.

La depresión es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas. (...) La ansiedad es un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad. (...) El estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia (Antúnez y Vinet, 2012, p.14-15).

3.5.2 Depresión.

En la depresión existe una pérdida de afecto positivo que se manifiesta en un rango de síntomas, incluyendo trastornos del sueño, falta de auto cuidado, poca capacidad de concentración, ansiedad y la falta de interés en actividades diarias. Es estimado que la depresión afecta a 350 millones de personas alrededor del mundo, con un riesgo de por vida del 7%. Se encontraron una serie de correlatos sociodemográficos de la depresión, por ejemplo, educación baja, embarazos en la adolescencia, interrupción del matrimonio, empleo inestable, baja calidad conyugal, bajo rendimiento laboral, bajos ingresos. En los países de Latinoamérica el de mayor prevalencia fue Brasil con alrededor de 10% de prevalencia de depresión. Los otros países investigados –México, República dominicana, Uruguay, Ecuador y Paraguay – presentaron prevalencia alrededor del 5%. No cabe duda que la presencia de la depresión contribuye a precipitar la decisión de abortar. Este es un tema que suscita en el momento actual un amplio debate médico, sociológico e incluso antropológico. (Rai, et al, 2013).

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son:

1. El trastorno depresivo grave: También llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para

trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez a lo largo de la vida, pero generalmente se suele repetir cada cierto tiempo.

2. El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más). Aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedir el desarrollo de una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.
3. Trastorno adaptativo: Los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período corto de tiempo y se deben a algún problema puntual que se ha sufrido.
4. Otros trastornos depresivos: Son aquellos síndromes depresivos que pueden formar parte del conjunto de síntomas de otras enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el trastorno bipolar, la fobia social, etc.) y no psiquiátricas (anemias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, cáncer, etc.).

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

1. Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones y delirios.
2. Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del diez a quince por ciento de las mujeres padecen depresión posparto tras dar a luz.
3. El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. (Rai et al, 2013).

3.5.3 Ansiedad.

Son muchos los autores que han investigado la ansiedad y que han planteado modelos explicativos. Citamos a continuación los tres más importantes:

1. Modelo de Spielberger (Teoría Rasgo-Estado) Los “rasgos de personalidad” especifican una tendencia global y general a experimentar la vida como positiva o negativa como un componente importante. Se han propuesto varios factores como los rasgos de personalidad, para explicar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Cattell y Scheier fueron los pioneros en distinguir la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. Spielberger, definió la “ansiedad estado” como la vivencia emocional transitoria caracterizada por la excitación y la “ansiedad rasgo” como la predisposición de una persona para actuar de una forma determinada. Spielberger, considera que, para definir la ansiedad de forma adecuada, hay que enfatizar la diferencia entre la “ansiedad como estado emocional” y la “ansiedad como rasgo de personalidad”, como resultado de estas dos características, propuso la “Teoría de Ansiedad-Estado-Rasgo”(Vallejo & Gastó, 2000).
2. Modelo de Beck. La teoría de Beck en el ámbito de la escuela cognitiva, destaca la importancia de las modificaciones en el procesamiento de la información en relación con la etiología y mantenimiento de los mecanismos afectivos, fisiológicos y conductuales de los trastornos de ansiedad. Dicha disfunción cognitiva, surge en el plan con la preeminencia de pensamientos relacionados con el peligro, discrepando de los pensamientos del individuo depresivo, en que prevalecen contenidos de pérdida y falta de valoración de sí mismo. Beck plantea que la base del trastorno ansioso no se constituye en la estructura emocional, sino en los esquemas cognitivos en el contexto del peligro, que exteriorizan de forma continua una perspectiva de realidad como amenazante y del sí mismo como vulnerable. La teoría de Beck, considera que los trastornos emocionales ocurren debido a una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de información. De manera que cuando sucede la ansiedad, la situación del peligro es percibida por la persona, después de valorar sus capacidades de afrontarla según el valor básico para su supervivencia. (Vallejo & Gastó, 2000).

3. **Modelo cognitivo-conductual** El modelo cognitivo-conductual, relaciona que la ansiedad y depresión se constituye por conjuntos complejos de pensamientos negativos, acerca de sí mismo o del mundo externo, que entran en acción como resultado de diversas situaciones. En el caso de la ansiedad, se considera que estas representaciones son consecuencias de una gran cantidad de experiencias aversivas, causadas por procesamientos inconscientes complejos planteados para disociar significados comunes de experiencias repetidas. Según el enfoque cognitivo-conductual, la comprensión e interpretación de eventos dependen de nuestros esquemas, los cuales establecen los elementos básicos de la personalidad. Cuando se activan, las personas interpretan los eventos de acuerdo a la perspectiva de estos esquemas. Tiene por función seleccionar y categorizar la experiencia. Las personas se centran en la información que revalida un esquema y rechazan la información que lo debilita. De manera que, se puede conservar un esquema, aun cuando es equivocado. (Vallejo y Gastó, 2000).

3.5.4 Estrés.

El estrés es un hecho habitual en nuestras vidas. No puede evitarse, ya que cualquier cambio que requiera adaptación genera estrés. Sin embargo, cuando el estrés es mantenido o alcanza niveles patológicos, sus consecuencias negativas pueden ser múltiples. Aparecen así los conceptos de eustrés y distrés, el primero de ellos correspondería al estrés constructivo, agradable y bueno, el segundo al estrés destructivo, desagradable y malo. El estrés debería ser visto como un continuum en el cual un individuo puede estar en un estado de eustrés, distrés medio/moderado o distrés severo. La progresión a lo largo del continuum eustrés-distrés es subjetiva, depende de la relación entre el individuo y su medio. El estrés es un fenómeno subjetivo basado en percepciones individuales que da lugar a positivas (eustrés) o negativas (distrés) perspectivas.

El eustrés es una respuesta psicofisiológica agradable, gratificante, placentera. Se caracteriza porque la estimulación y la activación que se desencadenan permiten alcanzar resultados positivos y como consecuencia satisfacción. Si los cambios que se realizan en el organismo a consecuencia del estrés se hacen en relativa armonía, es decir, si las respuestas son adecuadas a los

estímulos, si están adaptadas a las posibilidades fisiológicas del sujeto, se habla de eustrés o buen estrés, y esto es indispensable para el desarrollo, funcionamiento y adaptación del organismo al medio. Experimentar eustrés genera bienestar y una actitud de confianza en relación a la vida. Se considera que una persona experimenta eustrés cuando ha de hacer frente a una situación de estrés en que las demandas son altas, pero no sobrepasan sus recursos y la persona se siente competente apostando por lo que le motiva. El eustrés es una experiencia generadora de salud. El distrés, en cambio, es una experiencia desagradable y frustrante. Una persona ha de hacer frente a una situación de distrés cuando percibe que las demandas sobrepasan sus recursos. Tiene una sensación de que no puede dar una respuesta efectiva y su cuerpo sufre una activación psicofisiológica desagradable: emociones, sensaciones corporales, sentimientos y pensamientos que generan malestar. También aumenta la vulnerabilidad psicológica y física.

Si las experiencias de distrés son muy frecuentes, se inicia un proceso con consecuencias nocivas para la salud física y mental. En nuestra sociedad predomina la idea de que el estrés es una experiencia nociva que puede llegar a producir graves problemas de salud. Sin embargo, esta concepción negativa del estrés no siempre es cierta. El estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos. Gracias al eustrés, uno se siente satisfecho de alcanzar sus metas. Es el distrés, entendido como sensación desagradable que acompaña a un esfuerzo, lo que puede originar malestar y enfermedad. De hecho, en un estado general de bienestar y salud, se está preparado para afrontar situaciones de distrés. Por todos es sabido que las dificultades existen y que sólo a base de un esfuerzo constante pueden superarse. El estado de salud está en peligro cuando se empieza a tener la impresión de que, a pesar de los esfuerzos, no se van a lograr los objetivos. En estas condiciones, la experiencia de distrés puede tener efectos negativos en la salud. (Vallejo & Gastó, 2000).

3.6 Estudios sobre el perfil psicológico de mujeres que abortan

Tal como se manifestó en el planteamiento del problema, no se ha encontrado de manera específica investigaciones que aborden el tema del perfil psicológico de las mujeres que abortan por más de una vez. Las investigaciones que se presentan a continuación son las más relacionadas que se pudieron

encontrar y en ellas se indica, particularmente, las consecuencias psicológicas del aborto y no así el perfil psicológico que motiva el aborto.

En una investigación realizada en el Perú, por Trujillo y Sembrera (2015), en la Universidad Peruana Unión, titulada, Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes, se descubrió que mientras más alto el conocimiento mayor actitud de rechazo hacia el aborto inducido y mientras más bajo es el nivel de conocimientos mayor actitud de aceptación hacia el aborto inducido (p. 69). Los adolescentes tienen un nivel medio (53,9%) de conocimientos sobre el aborto inducido y el 43% presenta una actitud de aceptación hacia el aborto inducido, seguido por la actitud de indiferencia (35.2%) y finalmente solo (21.9%) presenta una actitud rechazo hacia el aborto inducido. Estos datos revelan que mientras mayor es el conocimiento sobre cómo se da el aborto, métodos, detalles anatómicos, riesgos, etc., baja la actitud de aceptación hacia el aborto.

Forte, Conceicao y García(2015) realizaron un estudio con el fin de comprender las características psicológicas de las mujeres que abortan, específicamente en el primer trimestre de embarazo en mujeres primerizas. Encontraron reacciones emocionales complejas tales como el fenómeno de la desaparición del sueño que deriva de la privación repentina del embarazo y de la maternidad deseada, sus principales hallazgos se organizan en tres temas centrales: experiencias de sentimientos negativos, elaboración del duelo y deseo de garantía de la maternidad. Dichos temas coexisten a lo largo del tiempo, aunque se manifiestan con fuerzas distintas. Adicional a esto Simoes y Barros (2015) observaron en su estudio que el momento de la muerte fetal se caracteriza por reacciones de shock y negación seguido por un estado de ánimo deprimido, falta de motivación, baja autoestima y el miedo a que se presenten nuevas pérdidas. Si no se llega a realizar el proceso de duelo de manera adecuada con redes de apoyo, se encuentra que las mujeres pueden llegar a desarrollar síntomas sugestivos de depresión y/o ansiedad (Ambriz, Guerrero, Rodriguez, Treviño, Guzmán, Saldivar, 2017).

Con los datos anteriormente expuestos se (puede) deduce que en ambos tipos de aborto se experimenta un proceso de duelo sin importar sus causas principales, sin embargo, en el aborto espontaneo se tienen expectativas a futuro

sobre la maternidad se aprecia mejor la sintomatología del duelo. En ambos casos se pueden llegar a presentar trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad, siendo el trastorno por estrés postraumático el más nombrado por la literatura, así como la ideación suicida generado por un cuadro depresivo mayor proveniente de la pérdida y la culpa generado ya sea por el constructo social de aborto (Aborto voluntario) o por el constructor de maternidad (aborto espontaneo).

En otra investigación realizada por Pontón, Nagua, y Ramírez, 2012 (págs. 58, 59, 60) al referirse al contexto psicológico asociado al aborto, describen los siguientes síntomas:

- Sentimientos de vacío y malestar - Alteraciones del apetito, en el deseo sexual y en el sueño
- Pesadillas - Coexistente con falsa sensación de liberación de una carga (huida)
- Estrés post-traumático
- Hiper-excitación: sobre saltos, irritabilidad, ataques de ira
- Intrusión: pensamientos recurrentes
- Síndrome del aniversario
- Negación y Conductas de evitación
- Amnesia
- Depresión
- Disfunción sexual
- Planteamientos suicidas e intentos de suicidio
- Desórdenes alimentarios
- Embarazo de sustitución o reemplazo
- Conductas violentas hacia los niños
- Las mujeres que abortan tienen doble riesgo de padecer enfermedades mentales en los años siguientes.
- El aborto aumenta seis veces el riesgo de abuso de alcohol y drogas
- Las mujeres que han abortado voluntariamente sufren más angustia vital a largo plazo que las que sufren un aborto espontaneo

- Las mujeres que abortan embarazos no deseados tienen mayor probabilidad de sufrir problemas de ansiedad en las que dan a luz hijos deseados”.

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipificación de la investigación.

La investigación realizada corresponde al área de la psicología clínica puesto que pretende averiguar, las características psicológicas de mujeres que se practicaron más de un aborto, en la ciudad de Tarija. La psicología clínica investiga, evalúa y estudia las características psicológicas de los individuos para llegar a un diagnóstico, a través de diferentes pruebas y técnicas psicológicas, para luego realizar un tratamiento de los posibles conflictos identificados (Werner, 1991, p. 21).

La investigación realizada se la puede tipificar de la siguiente manera: Es una investigación de tipo *exploratorio*, ya que sobre el tema no se ha encontrado ninguna investigación específica. Además, se la clasifica como estudio exploratorio debido a que se hizo un abordaje aproximativo al fenómeno de estudio y no se hizo un análisis profundo del tema, asimismo, la muestra evaluada no alcanza el 10% de la población. “Las investigaciones exploratorias son también conocidas como estudio de tipo piloto, ya que son aquellos que se investigan por primera vez o son estudios muy pocos investigados. También se emplean para identificar una problemática” (Fernández, 1993, p. 37).

Desde otro punto de vista se puede tipificar a la investigación realizada como *descriptiva* que se limita a caracterizar una serie de dimensiones psicológicas (actitud, apego, estrés, ansiedad, etc.) de las mujeres que abortaron por más de una vez, sin analizar las causas y consecuencias de dicho acto. (cómo interactúan entre sí dichas variables). Los estudios descriptivos, según indica Moreno (1982, p. 64).

Son aquellos que cuyo objetivo consiste en reunir todo el material existente acerca del tema que se estudia. Es así que trata de establecer una descripción más precisa de las características de un determinado individuo, un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores.

También se puede decir que la investigación realizada corresponde al tipo *transversal* puesto que la misma se ejecutó en un tiempo corto, sin realizar un seguimiento de ninguna de las mujeres evaluadas, ni se pretendió analizar cómo evoluciona en el tiempo el perfil psicológico por influencia del aborto. Los

estudios transversales estudian las variables de forma simultánea en un momento dado. Son ejemplos característicos de estudios transversales los dirigidos a obtener tasas de prevalencia, en los cuales se extrae una muestra por estratos de todos los individuos que componen la población objeto de estudio (Fernández, 1993, P.40).

La investigación realizada es principalmente **cuantitativa**, pues los instrumentos empleados son de tipo psicométrico, ya que las respuestas se registran en base a opciones numéricas y los resultados son tabulados estadísticamente. “Un estudio cuantitativo o encuesta permite conocer las opiniones, actitudes o comportamientos que se desean investigar expresados en forma de porcentajes que son aplicables al conjunto de la población estudiada. Para obtenerlos se elabora un instrumento que debe responder una muestra representativa de dicha población. La generalización de la muestra a la población se basa en criterios estadístico”. (Moreno, 1982, p. 66).

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población

La población de estudio de la presente tesis estuvo constituida por todas las mujeres que se practicaron más de un aborto de la ciudad de Tarija. No se sabe con exactitud cuántas mujeres comparten esta característica, pues en ninguna parte figura esta información. Un dato referencial lo proporciona el Dr. Wilber Leytón del SEDES, quien afirma. El 54 por ciento de las adolescentes tarijeñas estuvieron embarazadas alguna vez, de ese total no todas llegaron al parto, algunas tuvieron un aborto, de otras murieron sus bebés al nacer. Así muestra el Estudio Temático de la Juventud realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). (Rivera, 2020, P. única).

Las variables de inclusión de la población definida, son las siguientes:

1. Mujeres
2. Que se practicaron más de un aborto inducido.
2. Edad
 - a) De 18 a 25 años
 - b) De 26 a 33 años

- c) De 34 a 40 años
3. Nivel de religiosidad:
- a) Ninguna
 - b) Moderada
 - c) Bastante
4. Estado civil actual (o relación afectiva):
- a) Pareja eventual
 - b) Concubinato
 - c) Matrimonio
5. Nivel educativo:
- a) Bachiller
 - b) Universitario
 - c) Profesional
6. Lugar de residencia: Capital del departamento de Tarija.

4.2.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 70 mujeres. Dado que el número exacto de la población es desconocido, no se puede calcular el porcentaje que representa la muestra.

Para determinar el número de la muestra no se empleó fórmulas estadísticas, debido a que se desconoce el número exacto de la población y principalmente porque al tratarse de un estudio exploratorio, no se pretendió tomar el 10 de la población, sino que esto fue llevado a cabo por criterios particulares del fenómeno de estudio y por características propias de las materias de Actividad de Profesionalización.

En esta investigación se empleó un procedimiento de muestreo intencional, basado principalmente en la técnica de bola de nieve, pues se procedió a seleccionar a todas las mujeres de la muestra empleando información de persona a persona. Es decir, la tesista partió de un grupo reducido de conocidas de las cuales tuvo conocimiento que se practicaron más de un aborto inducido; a dichas personas se les consultó si conocían amigas que estuvieran en la misma situación, con las cuales se entró en contacto y de manera muy discreta y confidencial se les consultó si querían participar de la investigación; luego se hizo lo mismo de

manera sucesiva con el segundo, tercer y cuarto grupo, hasta llegar a completar el número requerido.

4.3. Método, técnicas e instrumentos.

4.3.1 Métodos

Estos son los métodos que se emplearon en esta investigación:

Método Empírico: se basa en la acumulación sistemática de datos objetivos a través de técnicas estadísticas, matemáticas o computacionales. El objetivo de la investigación empírica es acceder a datos de primera mano, es decir, recabados por el mismo investigador, los cuales son sometidos a un proceso analítico y comparativo, con datos extraído por otros investigadores y en el marco de una determinada teoría. (Sampieri, 2009, p.85).

Método teórico: Este método se empleó en el momento de la interpretación de los resultados cuando en base a los datos empíricos se arriba a conclusiones y se establece el grado de cumplimiento de las hipótesis, empleando el razonamiento. Los métodos teóricos permiten descubrir en el objeto de investigación las relaciones esenciales y las cualidades fundamentales, no detectables de manera sensorial. Por ello se apoya básicamente en los procesos de abstracción, análisis, síntesis, inducción y deducción (Martínez y Rodríguez, 1995, p. 4).

Método analítico: El proyecto realizado es de naturaleza analítica, ya que realizó un análisis detallado de un conjunto de variables, tales como: imagen corporal autopercebida, asertividad, satisfacción sexual, etc. A través de este método se pretende identificar los elementos de un todo, con el fin de comprender de manera integral el fenómeno. “El método analítico es el análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Este método nos permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías” (Hernández Sampieri et al, 2014, p.112).

Método deductivo: Por otra parte, la investigación realizada corresponde a la lógica deductiva, porque a través de la aplicación de una batería de instrumentos se extraen conclusiones lógicas y válidas a partir de un conjunto de datos

obtenidos, pues dichos resultados cobran sentido al compararlos con los parámetros establecidos en un baremo y una teoría específica, por lo cual esto dará una interpretación respectiva de acuerdo al resultado.

Así mismo mediante un proceso del modelo hipotético deductivo se formularon la hipótesis, cuya naturaleza se basa en una deducción de una teoría psicológica. “El método deductivo es una forma jerárquica de razonamiento, ya que se parte de generalizaciones, que poco a poco se aplican a casos particulares. Esto hace al método deductivo muy útil para producir conocimiento de conocimientos anteriores. También es práctico cuando es imposible o muy difícil observar las causas de un fenómeno, pero sí aquellas consecuencias que produce” (Hernández Sampieri et al, 2014, p.115).

4.3.2 Técnicas

En la presente investigación se empleó la técnica de la escala, pues todos los test empleados corresponden a este tipo. “Una escala se caracteriza porque los sujetos han de responder eligiendo, sobre una escala de categorías graduada y ordenada, aquella categoría que mejor represente su posición respecto a aquello que se está midiendo”(Quiñonez, 2003, p. 79).

4.3.3. Instrumentos

A ficha técnica de los diferentes instrumentos que se emplearon en el estudio ejecutado se los presenta a continuación.

Tabla 1

Variables	Métodos	Técnicas	Instrumentos
Actitud	Test psicológico	Escala	Escala de actitud hacia el aborto inducido.
Inteligencia emocional percibida	Test psicológico	Escala	Escala de inteligencia emocional percibida
Estilo vincular temprano	Test psicológico	Escala	Escala estilo vincular temprano (Parental Bonding Instrument, P.B.I.)
Depresión, ansiedad y estrés	Test psicológico	Escala	Escalas de depresión, ansiedad y estrés (Dass-21).

1 Escala de actitud hacia el aborto inducido.

Autor: Palomino, M. L. (2009).

Objetivo: Mide la actitud hacia el aborto inducido.

Técnica: Escala.

Historia de Creación y Baremación. La escala fue construida por Palomino, M. L. (2009) en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, en el Perú. El instrumento valora las actitudes empleando una escala de tipo Lickert con 18 enunciados referentes a las actitudes hacia el aborto inducido. El propósito de dicho instrumento es medir las opiniones y predisposiciones a actuar, de personas jóvenes y adultas, en relación al aborto inducido. Dicha escala fue aplicada por diferentes centros investigativos en el Perú, con excelentes resultados.

Confiabilidad y Validez. El análisis de la correlación de los diferentes ítems entre sí y la comparación de los resultados de un pre y post prueba, refleja una elevada confiabilidad pues arroja un Alfa de 0,75. Del mismo modo la validez de constructo queda confirmada al comparar los resultados con otros instrumentos de elevada reputación en el área. Se evaluó la validez del instrumento utilizando el coeficiente alfa de Crombach donde el alfa obtenido fue de 0.865. Se concluyó que el test mide lo que pretende medir a través de sus 18 ítems y no es necesario prescindir de ninguno.

Procedimiento de Aplicación y Calificación: La escala consta de 18 ítems y puede ser aplicada de forma individual o colectiva. Cada ítem es evaluado con la siguiente escala: La codificación de los datos es la siguiente:

Actitudes sobre aborto inducido Ítems positivos: 1, 3, 4, 7, 10, 11, 14, 15 y 17(TA) Totalmente de acuerdo= 5

(A)Acuerdo = 4

(I) Indiferente= 3

(D) Desacuerdo = 2

(TDA) Totalmente desacuerdo= 1

Ítems negativos: 2, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 16 y 18

(TA) Totalmente de acuerdo = 1

(A) Acuerdo= 2

(I) Indiferente = 3

(D) Desacuerdo= 4

(TDA) Totalmente desacuerdo = 5

Escala final de actitud hacia el aborto:

- De aceptación (hasta 36)
- De duda (37 – 54)
- De rechazo (55 – 90)

2.- Escala de inteligencia emocional percibida.

(metaconocimientos sobre estados emocionales).TMMS-24

Autor: Adaptación hecha por Fernández, et al, (1998) al test Trait Meta-MoodScale (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995).

Objetivo: Mide la inteligencia emocional percibida.

Técnica: Escala.

Historia de creación y baremación:En 1995 se creó el Trait Meta-MoodScale (TMMS) por Salovey et al., (1995) con el fin examinar las diferencias individuales en el metaconocimiento de los estados emocionales y, sobre todo, para conocer cómo estas habilidades intrínsecas afectan a diversas áreas del individuo. En 1998 Fernández Berrocal, P.; Alcaide, R.; Domínguez, E.; Fernández-McNally, C.; Ramos, N. S.; Ravira, M. adaptaron el test al castellano con el nombre de TMMS-24 (Inteligencia emocional percibida; metaconocimiento

sobre estados emocionales) y presentada en el V Congreso de Evaluación Psicológica.

Confiabilidad y Validez:Análisis de consistencia interna: El análisis de consistencia interna empleado para la escala TMMS fue el coeficiente alfa de Cronbach, el cual evidenció valores entre 0,85 y 0,88 para las diferentes dimensiones de la escala, mostrando una excelente consistencia y fiabilidad de la prueba en la medición de la inteligencia emocional

Procedimiento de Aplicación y Calificación:La escala consta de 24 ítems, los cuales deben ser respondidos en base a la escala.

1. Nada de Acuerdo
2. Algo de Acuerdo
3. Bastante de acuerdo
4. Muy de Acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

La calificación final surge de la sumatoria de los diferentes valores por cada factor:

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del uno al ocho para el factor Atención, los ítems del nueve al dieciséis para el factor Claridad y del diecisiete al veinte cuatro para el factor Reparación.

Luego mire la puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

ATENCIÓN

Puntuaciones

Hombres

Puntuaciones

Mujeres

Debemejorarsuatención:pr estapocaatención <21	Debemejorarsuatención:pr estapocaatención <24
Adecuada atención22 a 32	Adecuadaatención25 a35
Debemejorarsuatención:pr estademasiadaatención >33	Debemejorarsuatención:pr estademasiadaatención >36

Puntuaciones

Hombres

Puntuaciones

Mujeres

**Claridad
comprensión**

Debemejorarsucomprensión, poca claridad <25	Debemejorarsuco mprensión <23
Adecuadacomprensión26 a 35	Adecuada comprensión24 a 34
Excelentecomprensión >36	Excelentecompren sión >35

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Reparación regulación	Debe mejorar su regulación, - poca reparación - regulación <23	Debe mejorar su regulación <23
	Adecuada reparación - regulación 24 a 35	Adecuada regulación 24 a 34
	Excelente reparación - regulación >36	Excelente regulación >35

3.- Escala estilo vincular temprano.(Parental Bonding Instrument, P.B.I.)

Autor: Autor de la escala original: Parker, Tupling y Brown (1979). Autor de la adaptación chilena Melis, et. al. (2001).

Objetivo: Mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y hasta los 16 de la adolescencia.

Técnica: Escala.

Historia de Creación y Baremación. El Parental Bonding Instrument (P.B.I), fue desarrollado originalmente por Parker, Tupling y Brown (1979). Basado en la teoría del apego de John Bowlby (1989), que mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y hasta los 16 de la adolescencia. El test original consta de dos escalas:

El Factor Cuidado. Está definido, por un lado, como: afectuosidad, contención emocional, Empatía y cercanía, y por otro, como frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, apuntando de esta manera a la presencia o ausencia de esta variable.

El Factor Sobreprotección. Apunta de igual manera a la presencia o ausencia de éste, y se define como: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

Este instrumento fue estandarizado para la población chilena primero por Albala y Sepúlveda (1997) y posteriormente por Melis, et. al. (2001). Esta última adaptación es la que se emplea en esta tesis.

Confiabilidad y Validez. Análisis de la Confiabilidad: como medida de la Consistencia Interna del test, se calculó el coeficiente de correlación Spearman-Brown y el coeficiente Alfa de Cronbach. Los índices para la versión estandarizada se encuentran entre los valores de 0,78 y 0,89, respectivamente, para las escalas subdivididas por el sexo del progenitor. En el estudio para la construcción del test los índices de confiabilidad fluctuaron entre 0,63 y 0,88. En la adaptación chilena los índices de Consistencia Interna antes mencionados fluctuaron entre 0,78 y 0,93, existiendo una concordancia en los resultados obtenidos, por lo cual es posible concluir que el instrumento estandarizado presenta un adecuado Índice de Confiabilidad.

Análisis de la Validez. La Validez de Constructo; Para el presente estudio, se obtuvo a través de la realización de un Análisis Factorial, por el método de Rotación Varimax; se encontró que la proporción de la varianza total, que es varianza de factores comunes, fue de 37,789% para el cuestionario de madres de 39,585% para el cuestionario de Padres, concordando estos datos con el estudio de la adaptación en Chile, donde los resultados fueron de 37,099% y 36,841%, respectivamente. Lo anterior sugiere que estos resultados son consistentes con los estudios anteriores, haciendo que el instrumento.

Procedimiento de Aplicación y Calificación estandarizado sea comparable con el original.

. Es un cuestionario de autorreporte para personas mayores de 16 años, de ambos sexos. Si bien no posee tiempo límite de aplicación, el promedio es de 15 minutos en total. El P.B.I. es clasificado como una prueba de comportamiento típico, de administración individual o colectiva, de lápiz y papel y de corrección objetiva.

El test consta de 25 afirmaciones, las que componen dos escalas: Cuidado (12 ítem) y Sobreprotección (13 ítem); cada ítem se puntúa a través del método Likert, de uno a cuatro De este modo cada respuesta se puntúa en un rango de cero

a tres puntos, quedando la escala de cuidado con un puntaje máximo de 36 puntos y la de Sobreprotección con 39 puntos. El sujeto debe elegir aquella alternativa que mejor describa la relación con cada uno de sus padres, por separado; es decir, se contesta uno para padre y otro para madre, basado en los recuerdos hasta los 16 años, según criterio de los autores.

Cada escala puede ser utilizada de manera independiente o conjunta, obteniendo así un puntaje para cuidado y otro para sobreprotección. El obtener puntajes de ambas escalas permite elaborar cinco tipos de vínculos parentales:

ESCALA:

1. Vínculo óptimo.
2. Vínculo ausente o débil.
3. Constricción cariñosa.
4. Control sin afecto.
5. Promedio.

4.- Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).

Autores: Lovibond y Lovibond (1995). Adaptación chilena realizada por: Antúnez y Vinet (2012).

Objetivo: Mide la depresión, ansiedad y estrés, en individuos jóvenes y adultos.

Técnica: Escala

Historia de Creación y Baremación: Lovibond y Lovibond (1995) desarrollaron la versión original de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) en Sidney, Australia; dicha escala fue diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés. Posteriormente surgió la versión abreviada de las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21), la cual tiene la ventaja de ser un instrumento de autorreporte breve, fácil de administrar y de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en jóvenes y adultos. Posteriormente se realizó una serie de adaptaciones a poblaciones latinas; en Chile el DASS-21 fue

adaptada y validada por Antúnez y Vinet (2012), versión que se utilizó en esta tesis.

Confiabilidad y Validez: Con respecto a la confiabilidad, evaluada a través de consistencia interna en los estudios realizados con adolescentes, se reportan valores de alfa para la escala de Depresión de 0,88-0,87; para la escala de Ansiedad de 0,79; para la escala de Tensión/Estrés es 0,82-0,83 y para la escala total es de 0,93. Estos valores son similares a los reportados en los estudios de validación del DASS-21 en población adulta. En la evaluación de evidencias de validez, las correlaciones observadas entre las escalas del DASS-21 y escalas que miden constructos similares, han sido altas y significativas. La validez discriminante del DASS-21, es decir, las correlaciones entre escalas que miden constructos diferentes (por ejemplo, escala de Depresión del DASS-21 y el Inventario de Ansiedad de Beck) fueron moderadamente altas y significativas en el proceso de construcción del instrumento y también en los estudios de validación realizados en población hispana.

Procedimiento de Aplicación y Calificación: El instrumento puede aplicarse a nivel individual o grupal. Pueden responderlo personas de 16 años en adelante. No existe tiempo límite para realización de la prueba, pero aproximadamente la contestan en media hora. Cada una de las tres escalas tiene siete ítems con formato de respuesta tipo Likert. El puntaje de cada escala se calcula con la suma de los puntajes de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos. Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas (de 0 a 3) que describen intensidades crecientes de síntomas de depresión. Lo que refleja cómo se han sentido los participantes durante la última semana. Los puntajes totales varían de 0 a 63, los valores más altos reflejan una sintomatología más severa. Los puntajes obtenidos en el DASS 21 se multiplican por 1.5873 para calcular el puntaje final en una escala percentilar.

Los ítems, según dimensiones, son los siguientes:

Depresión: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21.

Ansiedad: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20.

Estrés: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18.

Las puntuaciones directas, de corte recomendadas para los niveles de severidad (normal, leve, moderado, severo y extremadamente severo), con discriminación por dimensiones, son las siguientes:

Tabla 2

Punto de corte para los niveles de depresión, ansiedad y estrés

	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Severo	21-27	15-19	26-33
Extremadamente severo	28+	20+	37+

Fuente: Lovibond y Lovibond(1995)

Las puntuaciones percentilares, de corte recomendadas para los niveles de severidad (normal, leve, moderado, severo y extremadamente severo), en base a una escala percentilar, son las siguientes:

Tabla 3

Puntos de corte para los niveles de Depresión, Ansiedad y Estrés

	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0 - 24	0 - 24	0 - 24
Leve	25 - 36	25 - 36	25 - 36
Moderado	37 - 48	37 - 48	37 - 48
Severo	49 - 60	49 - 60	49 - 60
Extremadamente severo	61 +	61 +	61 +

Lovibond y

Lovibond (1995)

4.4 Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación atravesó por las siguientes etapas:

Primera fase: revisión bibliográfica: Esta fase consistió en la investigación bibliográfica de las diferentes teorías que respaldan cada uno de los instrumentos y de los conceptos implícitos en cada uno de los objetivos específicos.

Segunda fase: selección de los instrumentos. En esta etapa, tomando en cuenta la revisión bibliográfica, se seleccionó los instrumentos adecuados que permitan aportar con la información pertinente para cumplir con los objetivos trazados. Los instrumentos seleccionados fueron los siguientes:

Escala De Actitud Hacia El Aborto Inducido.

Escala De Inteligencia Emocional Percibida

Escala Estilo Vincular Temprano (Parental Bonding Instrument, P.B.I.)

Escalas De Depresión, Ansiedad Y Estrés (Dass-21).

Tercera fase: Prueba Piloto. En esta fase se realizó la aplicación de los instrumentos a un grupo reducido de mujeres, con el fin de obtener familiaridad con los instrumentos.

Cuarta fase: Selección de la Muestra. La selección de la muestra se realizó mediante un procedimiento intencional empleando la técnica de la bola de nieve, a través de la cual, valiéndonos de información personal, se procedió a consultar a las mujeres de las cuales se tenía conocimiento que se practicaron más de un aborto, si deseaban participar de la investigación, garantizándoles la máxima discreción y confidencialidad con los datos.

Quinta fase: Recojo de la Información. En esta etapa se aplicó los instrumentos de manera virtual (debido a la cuarentena por el COVID 19) enviando a todas las mujeres los tests en formato digitalizado y se recibió las respuestas de la misma manera.

Sexta fase: Procesamiento de la Información. Los datos que emanaron de la aplicación de los test fueron tabulados empleando el programa SPSS para Windows, debido a que todos los instrumentos previstos son de naturaleza numérica.

Séptima fase: Redacción del Informe Final. Al concluir la investigación se procedió a elaborar un documento final donde se expone, analiza e interpreta todos los datos recabados, llegando a las conclusiones y recomendaciones.

4.5. Cronograma

La investigación se desarrolló de acuerdo a estas etapas y calendario:

ACTIVIDAD	GESTIÓN 2021					GESTIÓN 2022									
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	
Revisión bibliográfica	X	X													
Prueba piloto					X										
Selección de los instrumentos		X	X												
Selección de la muestra			X	X											
Recojo de la información						X	X	X	X						
Procesamiento de la información										X	X	X			
Redacción del informe final													X	X	

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE LOS
RESULTADOS

Presentación, análisis e interpretación de los resultados

Todos los datos recogidos a través del proceso de aplicación de la batería de test seleccionada para el efecto, se los presenta en este capítulo a través de diferentes recursos estadísticos. Dicha información es expuesta siguiendo el orden establecido en los objetivos específicos.

De cada objetivo se presentan las respectivas frecuencias de los resultados de las escalas empleados, asimismo se cruzan las variables, se realiza una comparación e interpretación con la teoría propia de cada test y, finalmente, se saca una conclusión en relación a la variable medida.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

CUADRO 1.

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 - 25 años	15	21,4
26 - 33 años	23	32,9
34 - 40 años	32	45,7
Total	70	100,0

CUADRO 2.

Grado de religiosidad

Grado	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	14	20,0
Moderada	50	71,4
Bastante	6	8,6
Total	70	100,0

CUADRO 3

Estado civil actual

Estado	Frecuencia	Porcentaje
Pareja eventual	21	30,0
Concubinato	32	45,7
Matrimonio	17	24,3
Total	70	100,0

CUADRO 4.

Nivel educativo

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bachiller	13	18,6
Universitario	48	68,6
Profesional	9	12,9
Total	70	100,0

Resultados del objetivo 1. Determinar la actitud hacia el aborto

En esta tesis se empleó la escala de actitud hacia el aborto inducido, la cual fue creada por Palomino, M. L. (2009). Dicho instrumento mide el grado en que una mujer tiene pensamientos, sentimientos y conductas favorables o de rechazo hacia el aborto voluntario o provocado.

CUADRO 5.

Actitud hacia el aborto inducido

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Aceptación	48	68,6
Duda	13	18,6
Rechazo	9	12,9
Total	70	100,0

Observando los datos del cuadro 5 se puede indicar que las mujeres investigadas tienen una actitud de aceptación hacia el aborto inducido, ya que el 68.6% indicó que está de acuerdo en que, dadas ciertas circunstancias, una mujer podría optar por interrumpir el embarazo. El 18.6% dijo que está en duda, pues hay que considerar muchos aspectos, particularmente de tipo moral y religioso. El 12.9% está en desacuerdo con el aborto inducido (aunque lo practicaron en más de una oportunidad), ya que dicen que es algo malo, y justifican que lo hicieron porque las circunstancias lo obligaron, pero reconocen que es algo incorrecto.

El grupo de mujeres que tienen una actitud de aceptación hacia el aborto piensan que la unión de un óvulo y un espermatozoide no es aún un ser humano, sino un grupo de células, además están totalmente de acuerdo que sólo la mujer es dueña de su cuerpo y que ella puede tomar la decisión que más le convenga sobre sí misma. Estas mujeres indican no sentirse afectadas en sus emociones al tomar la decisión de abortar, pues consideran que es preferible tener un aborto, que traer al mundo un niño no deseado, que sufriría por toda su vida. Además, estas mujeres, en el plano conductual, están de acuerdo en legalizar el aborto y más bien, instan a las autoridades a invertir fondos públicos para crear clínicas donde las mujeres puedan interrumpir el embarazo con total seguridad.

Las mujeres que están en duda sobre el aborto, indican que no en todas las circunstancias es justificable realizar un aborto, ya que ellas están de acuerdo que una mujer pueda abortar cuando está en peligro la vida de la madre y cuando el feto tiene malformaciones. Consideran que, si se legalizara el aborto de manera irrestricta, sería más bien alentar a que muchas mujeres tengan comportamientos irresponsables y que traten de solucionarlos fácilmente con el aborto.

Las mujeres que rechazan el aborto, a pesar que lo hicieron, consideran que es algo despreciable; piensan que la legalización del aborto no garantiza la reducción de los problemas que llevan a la mujer a optar por un aborto, además que no es cierto que el aborto es una solución rápida a los problemas de la mujer, sino que éste deja secuelas negativas, no solo para la salud física de la mujer, sino que es una carga moral que nunca se supera.

En todo el mundo la actitud de las mujeres tiende a ser favorable hacia el aborto, si se toma como indicador principal la cifra de abortos. A modo de ejemplo internacional se citan datos de España. En España, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, el 2010 hubo 113.031 abortos, de los cuales, 12.478, algo más del 10% del total, son mujeres que ya habían abortado al menos dos veces anteriormente. De entre estas, 750 abortaron dos veces o más (...) Cerca del 30% de las mujeres que deciden abortar cada año en Aragón ya se había sometido previamente a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Según los datos que recoge anualmente el Ministerio de Sanidad, el 29,3% de las mujeres que abortaron en 2015 en la Comunidad se encontraba en esta situación. En 2014 las reincidentes alcanzaron el 32%, en 2013 superaron el 33% y en 2012 representaban casi el 29% de los casos de aborto voluntario.

CUADRO 5.

Actitud hacia el aborto por edad

Actitud	Edad			Total
	18 – 25 años	26 – 33 años	34 – 40 años	
Aceptación	8	19	21	48
	53,3%	82,6%	65,6%	68,6%
Duda	4	3	6	13
	26,7%	13,0%	18,8%	18,6%
Rechazo	3	1	5	9
	20,0%	4,3%	15,6%	12,9%
Total	15	23	32	70
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a la información del cuadro 5 se puede indicar que el mayor grado de aceptación del aborto se da en las edades de 26 a 33 años, pues el 82.6% de las mujeres de esa edad están de acuerdo que el aborto es la mejor opción a un embarazo no deseado. Antes y después de este rango de edad, los porcentajes descienden. Entre los 18 y 25 años, aunque es la edad donde estadísticamente se dan en mayor proporción los abortos, paradójicamente, es el grupo que tiene menos aceptación. Es preciso resaltar la idea de que en el grupo de menor aceptación (18-25 años), es donde ocurren el mayor número de abortos. En gran parte del mundo, las mujeres de 20–24 años de edad tienden a mostrar la tasa más alta de aborto de cualquier grupo de edad, y las mujeres en la veintena representan la mayor parte de los abortos (Guttmacher, 2018,p?). Este fenómeno se da porque en la adolescencia y primeros años de juventud la mujer es más sensible a los cánones morales y preceptos religiosos que sancionan el aborto. En la adultez temprana (26 a 33 años), las mujeres gozan de mayor independencia social e intelectual, y pueden tomar la decisión de interrumpir el embarazo, bajo una situación de menor presencia de condicionantes familiares y sociales. (Trujillo, 2015).

CUADRO 5.

Actitud hacia el aborto por grado de religiosidad

Actitud	Grado de religiosidad			Total
	Ninguna	Moderada	Bastante	
Aceptación	13	35	0	48
	92,9%	70,0%	0,0%	68,6%
Duda	1	12	0	13
	7,1%	24,0%	0,0%	18,6%
Rechazo	0	3	6	9
	0,0%	6,0%	100,0%	12,9%
Total	14	50	6	70
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los datos del cuadro 5 indican que las personas que tienen el menor grado de religiosidad, son las que en un 92.9% aceptan el aborto. De manera opuesta, no hay ninguna mujer, que tenga un grado de religiosidad elevado (bastante), que acepte el aborto, aunque lo haya practicado más de una vez. El 100% de las mujeres que dan gran importancia a la religión, rechazan el aborto.

El rechazo del aborto de las mujeres con una elevada religiosidad es a nivel intelectual y moral, pues, como ya se ha recalcado, dichas mujeres practicaron la interrupción del embarazo por más de una vez. Estas mujeres puntuaron alto en el nivel de acuerdo a sus aseveraciones indicadas: “Si yo me realizo un aborto entonces debería ir a la cárcel”, “Considero despreciables a las mujeres que se han realizado un aborto”, “Desearía que reciban un castigo las mujeres y médicos que realizan abortos”. Estas personas están en desacuerdo con la frase que indica que la unión de un óvulo y un espermatozoide son sólo células, sino que ellas consideran que el embrión ya es un ser humano y que tiene el mismo derecho de vivir que cualquier persona que conocemos.

Las mujeres con elevada religiosidad son las que, sobre todo, sufren de traumas y trastornos psicológicos después que realizan el aborto. El embarazo no sólo se gesta en el cuerpo, sino también en la mente de la mujer, por lo que la

interrupción voluntaria del embarazo, entra en franca contradicción con una serie de sentimientos, valores y aspiraciones relacionados con la vida.

Uno de los factores de mayor relevancia, que condicionan la reacción psicológica de la mujer ante el aborto, son las creencias religiosas, mujeres con elevada religiosidad experimentan ansiedad en diferentes grados (desde leve hasta ataques de pánico) y sentimiento de culpabilidad y creencia (a veces a nivel obsesivo) de que podrían haber hecho las cosas de forma diferente. Particularmente son persistentes los pensamientos de un castigo divino, del espíritu del niño abortado o de la vida misma. A estas reacciones adversas se denominan, síndrome post aborto. Entre los principales factores que desencadenan este síndrome están. Ser adolescente, practicar el aborto en el segundo o tercer trimestre de la gestación, presentar antecedentes de enfermedades o alteraciones psicológicas previas, haber sido presionada o inducida a abortar por terceras personas, que el aborto vaya en contra de las creencias religiosas o convicciones morales, que se practique un aborto con la expectativa de mantener el equilibrio de la salud mental de la madre (Foscarini, 2018: p.?).

CUADRO 6.

Actitud hacia el aborto por estado civil actual

	Estado civil actual			Total
	Pareja eventual	Concubinato	Matrimonio	
Aceptación	15	24	9	48
	71,4%	75,0%	52,9%	68,6%
Duda	5	6	2	13
	23,8%	18,8%	11,8%	18,6%
Rechazo	1	2	6	9
	4,8%	6,3%	35,3%	12,9%
Total	21	32	17	70
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a la información del cuadro 6 se puede indicar que el mayor grado de aceptación del aborto, se da en las mujeres cuyo estado civil es de concubinato,

ya que el 75% de ellas aceptan tácitamente la práctica del aborto; le siguen muy de cerca las mujeres con pareja eventual, con el 71.4%. El menor grado de aceptación se da en las mujeres casadas (52.9%). A su vez, las mujeres que menos rechazan el aborto, son las que actualmente tienen una relación sentimental de tipo eventual; de forma coincidente con los datos anteriores, las mujeres que más rechazan el aborto, son las que están casadas.

Resulta entendible que las mujeres que más aceptan el embarazo son aquellas cuya situación conyugal es menos estable (concubinas y pareja eventual); asimismo, es coherente que las que rechazan el aborto en mayor grado, son las que ya están casadas y cuyo estado civil les da mayor garantía para tener un hijo.

Una reciente investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe, realizada por el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), a la letra dice: “Las mujeres sin hijos abortan más que las que son madres. Las que no tienen pareja o apoyo familiar tienen más probabilidades de acudir a un aborto en comparación con quienes sí tienen ese apoyo”.(Ramos, 2016: pág. única).

De manera coincidente, en un estudio realizado en Bolivia, en la ciudad de Sucre, se indica lo siguiente: Los resultados obtenidos permitieron determinar que la frecuencia más alta de aborto se encuentra en la edad de 20 -24 años, a la vez según el estado civil la frecuencia más alta se encontró en las mujeres con un estado civil de unión libre, pero a la vez el contar con una pareja es un factor de protección para no desarrollar un aborto (Flores et al, 2013: p.?)

OBJETIVO 2.

Evaluar la inteligencia emocional percibida.

El instrumento empleado en este objetivo fue la es escala de inteligencia emocional percibida (metaconocimientos sobre estados emocionales) TMMS-24, de Salovey et al (1995) y adaptada por Fernández, et al, (1998).

CUADRO 7.

Inteligencia emocional percibida

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja	31	44,3
Mediana	34	48,6
Excelente	5	7,1
Total	70	100,0

En el cuadro 7 se puede ver que el porcentaje más representativo de la inteligencia emocional percibida se ubica en la categoría “mediana”, con un valor de 48.6%. A escasa diferencia está el porcentaje (44.3%) de la categoría “baja” inteligencia emocional.

Esto significa que, si bien el porcentaje mayoritario de la muestra se ubica en la categoría central, existe una clara tendencia al lado negativo. Lo cual significaría que las mujeres investigadas, se encuentran en menor proporción a la media, habilidades de procesamiento emocional, lo cual incluye la capacidad para percibir los propios estados emocionales (atención emocional), comprenderlos y expresarlos lingüísticamente (claridad de sentimientos) y regularlos adaptativamente (reparación emocional). (Fernández et al, 1998).

El concepto de inteligencia emocional percibida es un producto de la psicología positiva que se asocia a la resiliencia. En este contexto, guarda estrecha relación con el tema del aborto, pues la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo, es un comportamiento resiliente tendiente a solucionar un problema que se presenta en la vida de la mujer. Si bien el aborto es una acción resiliente,

pues temporalmente *soluciona* el problema, y baja la tensión personal y de pareja, tiene, en la mayor parte de los casos, objeciones legales, éticas y personales, que trascienden la decisión del individuo y generan controversia, así como residuos emocionales en la propia mujer. (Ortega, et al, 2016).

La falta de atención emocional, conduce al individuo a prolongar situaciones inciertas y tomar decisiones repentinas. Salovey, et al (1995), describe a estas personas como aquellas que se dejan *llevar* por las situaciones, sin darse cuenta de sus implicancias, hasta que, repentinamente, tras un golpe perceptual, asumen decisiones que pueden resultar sorprendentes o insospechadas. El clásico ejemplo es el de la persona que se enamora sin darse cuenta. Esta figura es aplicable a la mujer que mantiene relaciones sentimentales y sexuales sin la precaución debida, hasta que la sorprende un embarazo no planificado, y toman la decisión drástica de interrumpirlo.

Por otra parte, las mujeres que abortan, durante y después de tal episodio, informan de momentos de *despersonalización*, en los cuales parecen perder conciencia de sí mismas y de sus actos. Con posterioridad, suelen emplear calificativos, como: “Ni yo misma comprendo lo que hice”. Esto equivale a una ausencia de claridad emocional, por la cual la persona no percibe a cabalidad sus emociones, ni puede expresarlas con propiedad. Asimismo, la falta de inteligencia emocional percibida, induce a la toma de decisiones precipitadas y desadaptativas, que no son sostenibles, ni en el momento del acto (la persona no sabe qué hacer), ni tiempo después, ya que, por temporadas, está segura de lo que hizo y, por otras, se arrepiente constantemente. (Ortega et al, 2016).

CUADRO 8.

Inteligencia emocional percibida por dimensiones

Atención a las emociones propias		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja atención	28	40,0
Adecuada atención	30	42,9
Demasiada atención	12	17,1
Total	70	100,0

Claridad – comprensión emocional		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja claridad – comprensión	25	35,7
Adecuada claridad – comprensión	26	37,1
Excelente claridad – comprensión	19	27,1
Total	70	100,0

Reparación – regulación emocional		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja reparación – regulación	31	44,3
Adecuada reparación – regulación	29	41,4
Excelente reparación – regulación	10	14,3
Total	70	100,0

En el cuadro 8 se presenta la inteligencia emocional por dimensiones. En dicho cuadro se puede observar que las mujeres investigadas, particularmente, se caracterizan por poseer un déficit en el área relativa a la “reparación – regulación emocional”, pues, el 44.3% de la muestra, se ubica en la categoría más baja. Esto significa, que dichas mujeres, en relación a sus decisiones frecuentes, suelen tener emociones encontradas, que las lleva a arrepentirse o, sencillamente, no superar nunca el tema.

En segundo lugar, está el área “atención a las emociones propias”, ya que el 40% de la muestra se ubica que la categoría “baja atención”. Esto quiere decir, que las mujeres investigadas, sobre todo se caracterizan por realizar los actos de su vida cotidiana de manera precipitada, sin prestar la suficiente atención a sus

pensamientos ni, principalmente, a sus sentimientos. Se involucran si darse cuenta, en situaciones, de las cuales luego tienen problemas para salir.

Menos acentuada se presenta la dimensión “claridad – comprensión emocional”. Esto significa que, dichas mujeres no pueden expresar verbalmente lo que sienten, ya que ellas mismas no lo comprenden a cabalidad. Esto, por una parte, lleva a situaciones de mal interpretación y, por otra, a no ser consecuente con sus propios actos y sentimientos, pues la falta de claridad emocional, conlleva la inconsistencia afectiva, propiciando actos contradictorios y desconcertantes. Estas personas se caracterizan por ser sentimentales y volubles en sus actos, ya que sus allegados, las describen como superficiales, volubles y, a veces, *lunáticas*. (Ortega et al, 2016).

CUADRO 9.

Inteligencia emocional percibida por edad

Nivel	Edad			Total
	18 – 25 años	26 – 33 años	34 – 40 años	
Poca	9	9	13	31
	60,0%	39,1%	40,6%	44,3%
Mediana	6	12	16	34
	40,0%	52,2%	50,0%	48,6%
Excelente	0	2	3	5
	0,0%	8,7%	9,4%	7,1%
Total	15	23	32	70
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De la información proporcionada por el cuadro 9 se desprende que las mujeres de mayor edad, tienen más desarrollada la inteligencia emocional percibida. El 9.4% de las mujeres de 34-40 años tienen una excelente inteligencia emocional percibida; el 50% se ubica en la categoría “mediana”. Desde otro punto de vista, el mayor porcentaje de mujeres con “poca” inteligencia emocional percibida son las que tienen entre 18 y 25 años, ya que el 60% de ese grupo etario se ubica en dicha categoría. En base a esta información, se puede decir que, la

relación entre ambas variables es: a mayor edad, mayor inteligencia emocional percibida.

Como se indicó en el marco teórico, la inteligencia emocional percibida consiste en un conjunto de habilidades que facilita la resolución de problemas de la vida cotidiana, mediante la utilización de conocimiento metacognitivo (conciencia de los propios procesos de pensamiento) acerca del funcionamiento de las emociones a nivel interpersonal. Se la considera una inteligencia en tanto se trata de una habilidad mental y no de estilos conductuales; correlaciona con otros tipos de inteligencia, pero no se solapa con ellas y se desarrolla con la edad y la experiencia. En este sentido, las mujeres de mayor edad, tienen más desarrollada la inteligencia emocional percibida, debido al mayor número de experiencias vividas y al análisis cognitivo sometidas a las mismas, es decir, el sujeto aprende, de sus aciertos y errores.

La inteligencia emocional evoluciona con los años. Se considera que ya está presente al momento del nacimiento y dentro del primer año de vida, reflejando la emergencia de circuitos neuronales preestablecidos. Para que se dé un adecuado desarrollo de la inteligencia emocional percibida, es preciso un ambiente social interactivo, es decir, personas empáticas alrededor del niño. Aquellos individuos que carecen de este contexto típicamente humano, inhiben o mutilan esta capacidad, que, a decir de Salovey et al (1995), tiene su periodo de impronta, pues los que en la primera infancia no desarrollan esta virtud interactiva, consigo mismos y con los demás, difícilmente lo hacen en etapas posteriores. (Ortega et al, 2016).

Son diversos los estudios que corroboran la relación entre inteligencia emocional percibida y edad. En la Universidad La Plata, Argentina, se realizó un estudio que explora y compara las características de la inteligencia emocional percibida en personas de tres grupos de edad: 15 a 24, 30 a 45 y 60 a 75 años. A 252 sujetos se les administró la Escala de Metaconocimiento sobre Estados Emocionales. “Los resultados señalan que los participantes de 60 a 75 años. Presentan mayor capacidad de comprensión y expresión emocional que los de los grupos restantes, así como mayor capacidad de regular sus emociones que los del grupo de 15 a 24 años. Estos resultados apoyan los antecedentes que señalan que

los adultos mayores presentan un perfil de mayor desarrollo de las habilidades de Inteligencia Emocional que las personas de menor edad. Esto implica que los adultos mayores tienen disponibles estos efectivos recursos emocionales para afrontar y adaptarse a los desafíos de la vida cotidiana en la vejez”. (Giuliani y Arias, 2014,p.1).

Durante el análisis de los datos de este objetivo específico se elaboró dos cuadros más (Relación entre inteligencia emocional percibida y grado de religiosidad; relación entre inteligencia emocional percibida y estado civil actual), pero por no haber encontrado investigaciones realizadas en otros contextos que permitieran comparar los resultados expresados en dichos cuadros, se los quitó del documento final.

OBJETIVO 3.

Medir el estilo vincular temprano.

En este objetivo se empleó la escala que mide el Estilo Vincular Temprano, de Parker, Tupling y Brown (1979), adaptada al español por Melis, et. Al. (2001). La misma mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y hasta los 16 de la adolescencia.

CUADRO 12.

Vínculo maternal predominante

Vínculo	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo (+ cuidado – sobreprotección)	9	12,9
Ausente (- cuidado - sobreprotección)	19	27,1
Constricción cariñosa (+ cuidado + sobreprotección)	14	20,0
Control sin afecto (- cuidado + sobreprotección)	16	22,9
Promedio (+/- cuidado +/- sobreprotección)	12	17,1
Total	70	100,0

(Datos desglosados)

Vínculo Óptimo (+ cuidado – sobreprotección)	Frecuencia	Porcentaje
---	------------	------------

Bajo	16	22,9
Moderadamente bajo	28	40,0
Moderadamente alto	20	28,6
Alto	6	8,6
Total	70	100,0
Vínculo Ausente o Débil (- cuidado – sobreprotección)	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	6	8,6
Moderadamente bajo	17	24,3
Moderadamente alto	32	45,7
Alto	15	21,4
Total	70	100,0
Constricción Cariñosa (+cuidado + sobreprotección)	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	9	12,9
Moderadamente bajo	21	30,0
Moderadamente alto	25	35,7
Alto	15	21,4
Total	70	100,0
Control Sin Afecto (- cuidado + sobreprotección)	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	12	17,1
Moderadamente bajo	11	15,7
Moderadamente alto	34	48,6
Alto	13	18,6
Total	70	100,0
Promedio (+ cuidado + sobreprotección)	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	17	24,3
Moderadamente bajo	25	35,7
Moderadamente alto	21	30,0
Alto	7	10,0
Total	70	100,0

En el cuadro 12 se puede apreciar que el estilo vincular predominante es el “ausente” (ausencia de cuidado y ausencia de sobreprotección) con el 27.1% de la

muestra se ubica en esa categoría. Este estilo se caracteriza porque las madres no dieron cuidado al niño y mucho menos sobreprotección.

En segundo lugar, está el estilo vincular “control sin afecto”. El 22.9% de todas las mujeres dijeron que sus mamás tuvieron estas características: Ausencia de cuidado. Las mujeres indican que sus madres no se dedicaban tanto a ellas ni les hablaban sobre sus actividades diarias.

Presencia de sobreprotección. Las madres no les dejaban salir a jugar a la calle ni a la plaza; no les gustaba que traigan amigos a casa y les trataban mal; en la adolescencia no les permitía tener enamorados porque decían que los hombres son malos y les harán sufrir.

En tercer lugar, está el estilo vincular “Constricción cariñosa”, con un 20% de la muestra. Este tipo de vínculo se caracteriza por los siguientes rasgos: Mucho cuidado. El estilo de crianza de la mamá fue: Expresa cariño, hace sentir a la hija especial, los besos y abrazos son abundantes, es empática, siempre sabe lo que la hija quiere antes que lo diga.

Mucha sobreprotección. Las mujeres describen a sus mamás de esta manera: Siempre me indicaba cómo son las cosas y que debía pensar de esta manera; no me dejaba salir a ningún lugar por temor a que me lastime; magnificaba las cosas sencillas llenándome de temor y angustia.

En penúltimo lugar aparece el estilo vincular “promedio”, con un porcentaje de 17.1%. Este tipo de vínculo se caracteriza por: Cuidado promedio. Las mujeres describen a sus mamás de esta manera: Era cariñosa pero no exageraba; me expresaba cosas agradables, pero no las repetía, porque decía que yo ya lo sabía; con el paso de los años se fue haciendo indiferente; me apreciaba, pero nunca me hizo sentir especial.

Sobreprotección promedio. Me cuidaba, pero me repetía que ya era grande y que debía hacer las cosas por mi cuenta; me orientaba en la relación con los chicos, pero repetía que yo debía aprender a cuidarme; respetaba mi manera de vestir y de comportarme.

En último lugar está el estilo vincular óptimo, pues el 12.9% de las mujeres de la muestra se ubicaron en dicha categoría. La descripción de la madre en este estilo es el siguiente:

Mucho cuidado. Madres cariñosas, sonrientes y empáticas que expresan afecto constantemente aconsejan, pero no ponen condiciones; hacen sentir a los hijos únicos y exclusivos; refuerzan constantemente sus logros y esfuerzos, hablan a sus hijos y son sus amigas.

Poca sobre protección. Ayudan a los hijos, pero les dejan crecer, expresan apoyo y confianza por sus hijos y les alientan a alcanzar logros, consuelan ante los fracasos y alientan a intentarlo de nuevo, respetan la privacidad. (Melis et al., 2001).

CUADRO 13.

Vínculo maternal predominante por edad

Vínculo	Edad			Total
	18 – 25 años	26 – 33 años	34 – 40 años	
Óptimo (+ cuidado – sobreprotección)	2 13,3%	2 8,7%	5 15,6%	9 12,9%
Ausente (- cuidado - sobreprotección)	2 13,3%	6 26,1%	11 34,4%	19 27,1%
Constricción cariñosa (+ cuidado + sobreprotección)	3 20,0%	6 26,1%	5 15,6%	14 20,0%
Control sin afecto (- cuidado + sobreprotección)	6 40,0%	6 26,1%	4 12,5%	16 22,9%
Promedio (+/- cuidado +/- sobreprotección)	2 13,3%	3 13,0%	7 21,9%	12 17,1%
Total	15 100,0%	23 100,0%	32 100,0%	70 100,0%

Del análisis de los datos del cuadro 13 se desprende la conclusión que, al parecer, no existe relación entre ambas variables, pues no se aprecia que ninguna tendencia clara entre los datos.

Consideramos con los resultados obtenidos son los previsibles, pues la edad actual de la mujer no es ni causa ni consecuencia del estilo vincular sucedido en la infancia. La edad actual no podría afectar el vínculo afectivo, ni ser producto de esta forma de crianza.

CUADRO 15.

Vínculo maternal predominante por estado civil actual

	Vínculo dominante					Total
	Óptimo (+ cuidado - sobreprotección)	Ausente (- cuidado - sobreprotección)	Constricción cariñosa (+ cuidado + sobreprotección)	Control sin afecto (- cuidado + sobreprotección)	Promedio (+/- cuidado +/- sobreprotección)	
Pareja eventual	1	4	4	9	3	21
	11,1%	21,1%	28,6%	56,3%	25,0%	30,0%
Concubinato	4	13	7	2	6	32
	44,4%	68,4%	50,0%	12,5%	50,0%	45,7%
Matrimonio	4	2	3	5	3	17
	44,4%	10,5%	21,4%	31,3%	25,0%	24,3%
Total	9	19	14	16	12	70
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De análisis de los datos del cuadro 15, se puede indicar que, a grandes rasgos, parece existir una relación entre ambas variables. Se puede apreciar que las mujeres que con sus madres tuvieron un estilo vincular “óptimo”, es decir que recibieron cariño, atención, empatía y a quienes se les estimuló la autonomía y no fueron dependientes, son las que en mayor porcentaje (44,4%), están casadas y tienen una relación afectiva más estable.

De manera opuesta, las mujeres que en la actualidad mantienen una relación afectiva inestable, es decir con parejas eventuales, son las que en su mayoría (56.3%) tuvieron un estilo vincular sin afecto y con excesiva sobreprotección (“control sin afecto”). Posiblemente, al no haber recibido afecto y al no haberseles permitido ser independientes, tampoco maduraron en la capacidad de mantener una relación estable con la persona amada, y ahora tienen dificultades para relacionarse de manera madura con un hombre.

No se ha encontrado ninguna investigación específica al tema de estudio de esta tesis, pero sí existen investigaciones que relacionan de manera general las variables vínculo materno con la relación familiar futura de los hijos. Por ejemplo, Livingston et al (citado por Alonso, 2019) indica que un vínculo materno filial saludable, caracterizado por el amor y dedicación de la madre, se correlaciona con hijas que de adolescentes mantienen relaciones sentimentales y, posteriormente, matrimoniales, equilibradas, caracterizadas por el respeto mutuo y la convivencia constructiva.

OBJETIVO 4.

Indagar la ansiedad, depresión y estrés.

Para cumplir con el objetivo 4 se empleó el DASS-21; es un instrumento que mide conjuntamente la depresión, ansiedad y estrés a través de 21 ítems, expresando sus resultados se miden en una única escala, en las tres dimensiones. Fue creado originalmente por Lovibond y Lovibond (1995) y en esta tesis se emplea la adaptación chilena realizada por Antúnez y Vinet (2012).

CUADRO 16.

Ansiedad, depresión y estrés

Ansiedad		
Grado	Frecuencia	Porcentaje
Normal	28	40,0
Leve	24	34,3
Moderado	14	20,0
Severo	4	5,7
Total	70	100,0

Estrés		
Grado	Frecuencia	Porcentaje
Normal	37	52,9
Leve	22	31,4
Moderado	11	15,7
Total	70	100,0

Depresión		
Grado	Frecuencia	Porcentaje
Normal	34	48,6
Leve	27	38,6
Moderado	9	12,9
Total	70	100,0

Grafico 1.
Ansiedad

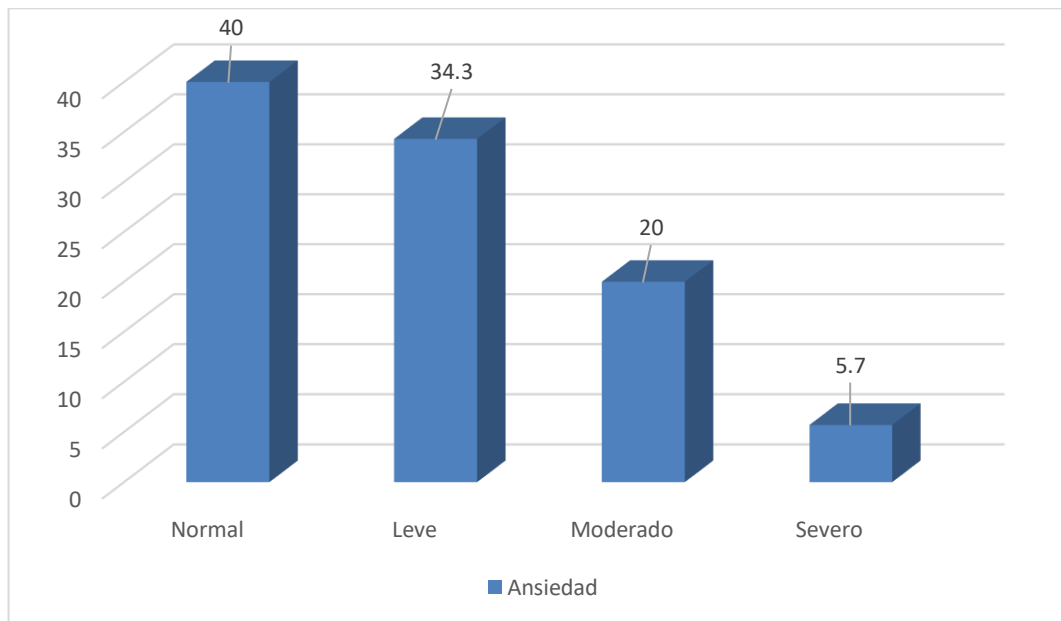


Grafico 2.
Estrés

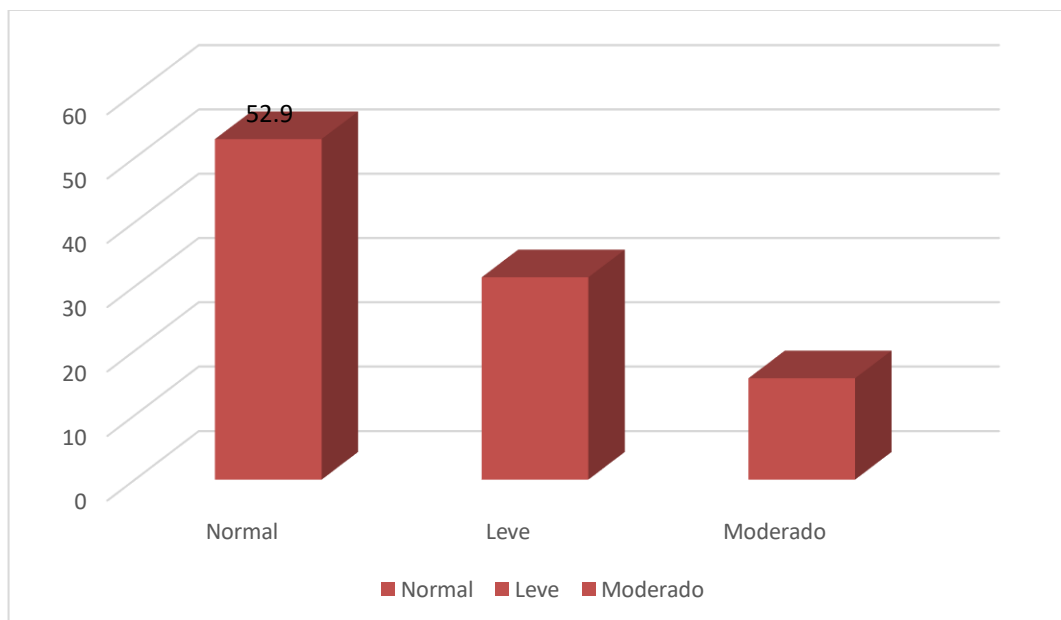
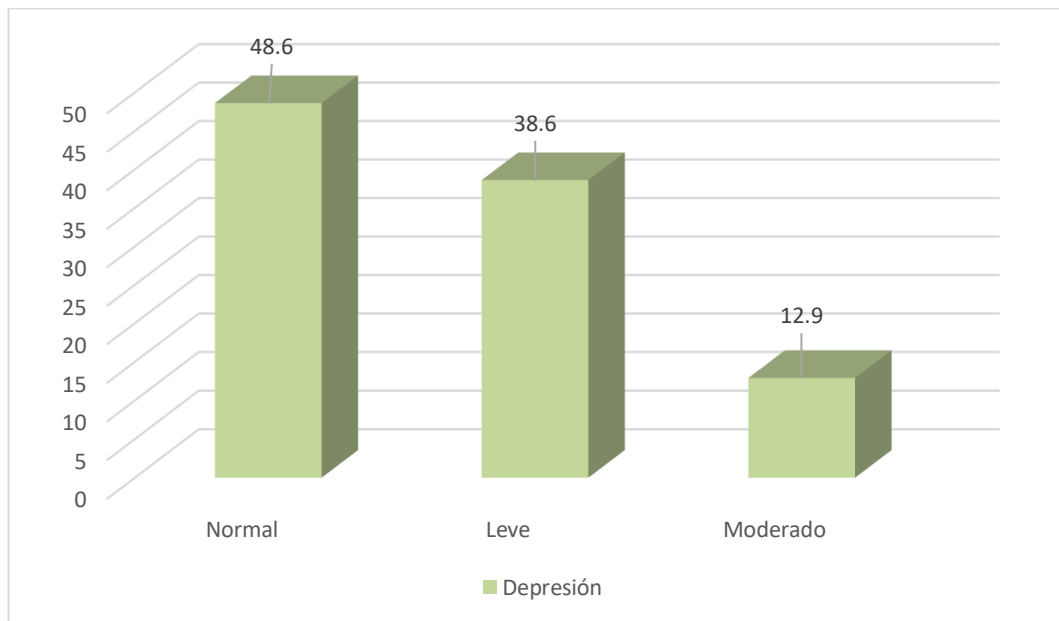


Grafico 3.

Depresión



Los datos del cuadro 16 indican que predomina la categoría de normalidad, en los tres indicadores evaluados, ya que en ansiedad (40%), estrés (52.9%) y depresión (48.6%) el porcentaje mayor corresponde a la mencionada categoría. Las investigaciones revisadas que aplicaron el DASS-21 en diferentes países latinos (España, Argentina, Perú y Chile), a grandes rasgos, reportan resultados parecidos, pues en todas ellas predomina la categoría de normalidad (Polo, 2017). Sin embargo, no hemos encontrado ninguna investigación relacionada con mujeres que hayan abortado más de una vez.

En el cuadro 16 se observa que la ansiedad es la que alcanza niveles más altos, pues el 20% de la muestra llega a nivel de “moderado” y el 5.7% a nivel de severo. La depresión, es la que tiene los niveles más bajos, pues el 12.9% alcanza el nivel de moderado y no hay ningún caso de nivel severo.

La ansiedad, estrés y depresión tienen una estrecha relación, pues los tres trastornos son reacciones desequilibradas y desproporcionadas ante una situación concreta. La ansiedad se relaciona con el futuro, con un temor a que se produzcan las consecuencias desagradables que se presuponen van a suceder. El estrés constituye un conjunto de respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que amenazan la homeostasis del organismo y, la depresión es un

trastorno del estado de ánimo caracterizado principalmente por afectos negativos y pérdida de la capacidad para sentir interés o placer. En este sentido, los tres trastornos suceden a menudo en cadena, pues la ansiedad es la parte mental (temor a algo que va a suceder), sigue el estrés que es la parte reactiva (estado de alerta para reestablecer el equilibrio) y que, podría llevar a la depresión (replegación sobre sí mismo para evitar o menguar los hechos temidos).

Al ser la ansiedad un hecho mental, es más rápida en su aparición y estadísticamente más frecuente, pues basta la interpretación de una determinada situación para activarla. La depresión, al involucrar la parte mental como la fisiológica (incluida la respuesta de estrés), requiere movilizar procesos más complejos, por lo cual es menos frecuente. (Polo, 2017). Posiblemente, por esta explicación, en el cuadro 17 se observa menor grado de depresión que ansiedad y estrés.

Entre los ítems más puntuados por las mujeres investigadas, que denotan ansiedad, están los que indican preocupación por el futuro y temor sin saber por qué (ítems nueve y veinte). Mencionan que a menudo les asalta pensamientos tormentosos, sueños desagradables, temor al castigo divino, a la sanción social o a ser criticados por los demás.

Entre los síntomas más relevantes que indican estrés está la descripción que hacen muchas de las mujeres al decir que se sienten muy nerviosas, intranquilas, con mucha dificultad para relajarse, irritables (ítems ocho, doce, dieciocho). Se describen a sí mismas como muy nerviosas, con adicción a ciertas sustancias, como el café, el cigarrillo y, algunas, el alcohol.

Entre los indicios vinculados a la depresión, sobresalen aquellos que indican pensamientos de no encontrarle sentido a la vida, tristeza, incapacidad de entusiasmarse, sentir que valen muy poco como persona, etc. (ítems diez, trece, dieciséis, diecisiete). Algunas de las mujeres describieron su condición actual como deprimente, sin razón para vivir, con ideas persistentes de quitarse la vida.

CUADRO 17.

Ansiedad, depresión y estrés por edad

Ansiedad	Edad			Total
	18 – 25 años	26 – 33 años	34 – 40 años	
Normal	8	8	12	28
	53,3%	34,8%	37,5%	40,0%
Leve	4	9	11	24
	26,7%	39,1%	34,4%	34,3%
Moderado	3	4	7	14
	20,0%	17,4%	21,9%	20,0%
Severo	0	2	2	4
	0,0%	8,7%	6,3%	5,7%
Total	15	23	32	70
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Estrés	Edad			Total
	18 – 25 años	26 – 33 años	34 – 40 años	
Normal	9	13	15	37
	60,0%	56,5%	46,9%	52,9%
Leve	4	5	13	22
	26,7%	21,7%	40,6%	31,4%
Moderado	2	5	4	11
	13,3%	21,7%	12,5%	15,7%
Total	15	23	32	70
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Depresión	Edad			Total
	18 – 25 años	26 – 33 años	34 – 40 años	
Normal	10	11	13	34
	66,7%	47,8%	40,6%	48,6%
Leve	5	8	14	27
	33,3%	34,8%	43,8%	38,6%
Moderado	0	4	5	9
	0,0%	17,4%	15,6%	12,9%
Total	15	23	32	70
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el cuadro 17 se puede apreciar que, en líneas generales, a medida que sube la edad, se acentúan los rasgos de ansiedad, estrés y depresión.

En el caso de la ansiedad, el máximo grado de normalidad se da en las mujeres de 18-25 años (53.3%). En las mujeres de mayor edad, los porcentajes descienden a 34.8% y 37.5%, es decir, a mayor edad el porcentaje de normalidad es menor.

La misma situación se da en el caso del estrés, pues se puede observar que entre las mujeres de 18-25 años, el índice de normalidad es de 60%. En las mujeres de mayor edad el porcentaje en la categoría de “normal” desciende a 56.5% y 46.9%. Idéntica situación ocurre en la depresión, pues las mujeres más jóvenes (18-25 años) son las que se ubican en mayor medida en la categoría de “normal”, con un porcentaje de 66.7%; al llegar a los 26-33 años, el porcentaje de mujeres que están en dicha categoría, desciende a 47.8% y, en el caso de las mujeres de 34-40 años, dicho indicador desciende más aún (40.6%).

Son diversas las investigaciones que corroboran la relación reflejada en el cuadro 17, los diferentes estudios han demostrado que la ansiedad, estrés y depresión, en promedio, aumenta con los años. Entre los principales factores desencadenantes de esta relación está el declive de la salud física, disminución de la conducta sexual, migración de los hijos, jubilación, estereotipos sociales negativos en relación a los viejos, etc. Si bien existen muchos factores que condicionan la anterior relación, como ser el sexo, el nivel socioeconómico, el prestigio social, etc., en esencia, con el paso de los años, declina la capacidad de homeostasis física como psicológica (Montesó & Aguilar, 2014,p.?).

OBJETIVO GENERAL. Establecer las características psicológicas de las mujeres que se practicaron más de un aborto, en la ciudad de Tarija.

El perfil psicológico de las mujeres que se practicaron más de un aborto, en la ciudad de Tarija, es el siguiente:

Tienen una actitud de aceptación hacia el aborto inducido. Piensan que la unión de un óvulo y un espermatozoide no es aún un ser humano, sino un grupo de células; no experimentan emociones negativas considerables antes, durante y

después de realizarse un aborto, además que aceptan y defienden la idea que la mujer tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

Tienen una inteligencia emocional percibida correspondiente a la categoría mediana con una marcada tendencia al lado negativo. Poseen menor capacidad que el promedio para percibir los propios estados emocionales (atención emocional), comprenderlos y expresarlos lingüísticamente (claridad de sentimientos) y regularlos adaptativamente (reparación emocional).

El estilo vincular temprano mayoritario que se dio entre las mujeres que se practicaron más de un aborto, y sus madres, corresponde a la categoría “ausente” (ausencia de cuidado y ausencia de sobreprotección). El estilo vincular que aparece en menor grado es el que el autor denomina “óptimo”, en el cual existe mucho cuidado y poca sobre protección.

El nivel de depresión, ansiedad y estrés en las mujeres de la muestra, corresponde mayoritariamente a la categoría normal. Esto significa que existe un temor moderado (ansiedad) hacia los hechos futuros, el nivel de alerta (estrés) ante situaciones que amenazan la homeostasis del organismo es el promedio; tampoco existe una pérdida sustancial en la capacidad para sentir interés o placer (depresión) y que desencadenan comportamientos de relegamiento en sí mismo para evitar o menguar los hechos temidos.

Análisis de las hipótesis

Después de comparar las hipótesis formuladas y los resultados obtenidos en esta investigación, se puede indicar lo siguiente:

La primera hipótesis que dice: **La actitud hacia el aborto es “de aceptación** se acepta, dado que los datos expresados en el cuadro 5 permiten afirmar que las mujeres valoradas en esta investigación tienen pensamientos, sentimientos y conductas de aceptación hacia el aborto.

La segunda hipótesis: **La inteligencia emocional percibida corresponde a la categoría baja**, es aceptada parcialmente pues el porcentaje mayor corresponde a la categoría “mediana”, pero con una marcada tendencia al lado negativo (baja), según se puede apreciar en el cuadro 7. La diferencia entre una categoría a otra es de solo 4 puntos porcentuales.

La tercera hipótesis que expresa **El estilo vincular temprano se ubica en la categoría de Vínculo Ausente o Débil**, se acepta ya que en base a la información presentada en la tabla 12, se evidencia que las mujeres de la muestra tuvieron con sus madres un vínculo ausente o débil.

La cuarta hipótesis, formulada de esta manera: **La ansiedad, depresión y estrés corresponde al nivel severo**. Se rechaza, porque los datos presentes en el cuadro 16 demuestran que las mujeres investigadas, tienen un nivel de depresión, ansiedad y estrés corresponde mayoritariamente a la categoría normal.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6 CONCLUSIONES.

Estas son las conclusiones de la investigación realizada:

1. La **actitud hacia el aborto inducido** por las mujeres que se practicaron más de un aborto, es de aceptación. Dichas mujeres piensan que la unión de un óvulo y un espermatozoide no es aún un ser humano, sino un grupo de células, además están totalmente de acuerdo que sólo la mujer es dueña de su cuerpo y que ella puede tomar la decisión que más le convenga sobre sí misma. El mayor grado de aceptación se da en el intervalo del 26 a 33 años, en mujeres concubinas y en aquellas que indicaron no tener ninguna creencia religiosa.
2. La **inteligencia emocional percibida** de las mujeres que se practicaron más de un aborto, corresponde a la categoría mediana con una marcada tendencia al lado negativo. Estas mujeres tienen menor capacidad que el promedio para percibir los propios estados emocionales (atención emocional), comprenderlos y expresarlos lingüísticamente (claridad de sentimientos) y regularlos adaptativamente (reparación emocional). Las mujeres de mayor edad(34-40 años) tienen más desarrollada inteligencia emocional percibida.
3. El **estilo vincular temprano** mayoritario que se dio entre las mujeres que se practicaron más de un aborto, y sus madres, corresponde a la categoría “ausente” (ausencia de cuidado y ausencia de sobreprotección). En segundo lugar, está el estilo vincular “control sin afecto” (Ausencia de cuidado y presencia de sobreprotección). En último lugar está el estilo vincular óptimo, en el cual existe mucho cuidado y poca sobre protección.
4. El nivel de **depresión, ansiedad y estrés** en las mujeres que se practicaron más de un aborto, corresponde mayoritariamente a la categoría “normal”. Esto significa que estas personas, en su comportamiento habitual, no predominan las reacciones desequilibradas y desproporcionadas ante una situación concreta. Existe un temor moderado (ansiedad) hacia los hechos futuros y los estímulos que los desencadenan son mayormente identificables; el nivel de activación y de alerta (estrés) ante situaciones que amenazan la homeostasis del organismo es el adecuado; asimismo, no existe una pérdida sustancial en la capacidad

para sentir interés o placer (depresión) y que desencadenan comportamientos de repliegue en sí mismo para evitar o menguar los hechos temidos.

5. En relación al **objetivo general** se puede indicar que las características psicológicas de las mujeres que se practicaron más de un aborto, en la ciudad de Tarija, es el siguiente: Tienen una actitud de aceptación hacia el aborto inducido. Sus pensamientos, sentimientos y conductas son favorables hacia la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo. Poseen una inteligencia emocional percibida mediana, con una marcada tendencia al lado negativo, ya que tienen escasa capacidad para percibir los propios estados emocionales, comprenderlos y expresarlos lingüísticamente y regularlos adaptativamente. Presentan un estilo vincular temprano definido como ausente que implica ausencia de cuidado y ausencia de sobreprotección. Finalmente, el nivel de depresión, ansiedad y estrés en las mujeres de la muestra, corresponde a la categoría “normal”, ya que los temores hacia el futuro son moderados; el nivel de alerta corresponde al promedio y no existe una pérdida sustancial en la capacidad para sentir interés o placer por los hechos cotidianos.

6.1 RECOMENDACIONES.

Una vez concluida la investigación se pueden formular las siguientes recomendaciones:

A las mujeres que participaron en la investigación se les recomienda buscar asesoramiento psicológico para comprender mejor las secuelas del aborto. Si bien los resultados encontrados en esta investigación no manifiestan consecuencias radicales o alarmantes, según la literatura revisada muchas veces esta ausencia de síntomas negativos es una especie de mecanismo de defensa denominado represión que no permite ver y, sobre todo, aceptar las consecuencias de un determinado hecho.

A la Carrera de Psicología se recomienda incluir en los contenidos de alguna materia de la currícula el tema específico del aborto de las personas que lo hicieron en reiteradas ocasiones. Esta recomendación se basa en los datos arrojados por esta tesis en relación al elevado porcentaje de mujeres, particularmente menores de 25 años, que tuvieron abortos repetidos a edades muy tempranas. Esta recomendación se ve corroborada por los datos de investigaciones realizadas en el extranjero, donde se evidencia que en las últimas décadas ha crecido de manera alarmante el número de abortos repetidos en jóvenes y adolescentes. Sobre todos se recomienda ahondar en el tema de los mecanismos de defensa que practican estas mujeres para evadir los sentimientos de culpa y remordimiento que se generan, según las investigaciones consultadas, por el aborto.

A los futuros investigadores del tema se recomienda ampliar el estudio de este fenómeno psicológico tan complejo, abordando el mismo desde una dimensión cualitativa, pues por la profundidad y significancia del mismo un estudio enteramente cuantitativo, no refleja de manera real y genuina la naturaleza del problema.

Asimismo, se recomienda estudiar la cuestión del aborto desde una dimensión psicosocial, pues según las investigaciones revisadas y expuestas a lo largo del documento, el cambio de actitud de las mujeres en las últimas décadas hacia una actitud de mayor aceptación del aborto, ha influido de manera decisiva

la ideología predominante en el medio, particularmente la referida a la liberación femenina.

