

**Factores psicosociales que inciden en el aborto inducido**

**POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO:**

**ADOLESCENTES CON EDADES ENTRE 12 A 18 AÑOS QUE  
ASISTEN A LA SALA DE URGENCIAS DE GINECOLOGÍA DEL  
HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA**

**FANNY PATERNINA DE CORDOBA  
LELYS MARIA RIPOLL SUÁREZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
UNAD  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PSICOLOGIA SOCIAL Y COMUNITARIA  
CREAD BARRANQUILLA  
2002**

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN EL ABORTO  
INDUCIDO**

**POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO:**

**ADOLESCENTES CON EDADES ENTRE 12 A 18 AÑOS QUE  
ASISTEN A LA SALA DE URGENCIAS DE GINECOLOGÍA DEL  
HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA**

**FANNY PATERNINA DE CORDOBA  
LELYS MARIA RIPOLL SUÁREZ**

Trabajo de grado presentado como requisito para  
optar al título de profesional en Psicología  
Social Comunitaria

Coordinador de investigación  
**JAVIER MENDOZA**  
Psicólogo

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
UNAD  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PSICOLOGIA SOCIAL Y COMUNITARIA  
CREAD BARRANQUILLA  
2002**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Barranquilla, Abril de 2003

## DEDICATORIA

*A Ramón Córdoba mi esposo, a él dedico este trabajo por su apoyo incondicional en todo sentido, su comprensión y sus palabras de aliento en los momentos que creí desfallecer, por estar ahí cada vez que necesite, a él debo parte de lo que soy.*

*A mis hijos Yair, Omar, Wilman, Deivis, Emilio, Yesenia por haberles quitado algún tiempo de sus hermosas vidas, pero valió la pena porque todo lo hice por ellos.*

***Fanny Córdoba***

## **DEDICATORIA**

*A Dios todopoderoso,  
por su infinita bondad.*

*A Rodrigo Alberto, mi hijo,  
que es tu hijo.*

*... Ahora estoy segura de haber  
Invertido bien el tiempo que dejé  
de dedicarle.*

***Lelys Ripoll***

## **AGRADECIMIENTOS**

A la comunidad de adolescentes objeto de estudio.

A todas las enfermeras auxiliares de Sala de Urgencia Ginecológica por su pronta colaboración, al Departamento de estadísticas del Hospital General de Barranquilla.

Al Asesor de Investigación doctor Javier Mendoza, muy especial por sus oportunas y acertadas orientaciones.

Al doctor Felix González Grau Director de la U.N.A.D. Cread Metropolitano Barranquilla quien con su acostumbrada amable sonrisa, nos fue de gran apoyo en todo momento,

A la doctora Margarita Navarro por su amable orientación.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
TÍTULO	
INTRODUCCIÓN	
1. PROBLEMA	15
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GENERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
4. MARCO REFERENCIAL	25
4.1. ANTECEDENTES TEÓRICOS	25
4.1.1 Universidad Libre, Facultad de Medicina	25
4.1.2 Universidad Libre, Facultad de Medicina	25
4.1.3 Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, Facultad de Derecho.	26
4.2. MARCO CONCEPTUAL	27
4.2.1 Concepto medico del aborto	27
4.2.2 Concepto medico-legal	27
4.2.3 Concepto jurídico	28
4.2.4 Concepto social del aborto	28
4.2.5 Concepto psicológico	28
5. MARCO TEÓRICO	29
5.1 ETIOLOGÍA	29
5.2 FACTORES BIOLÓGICOS	29
5.2.1 Causas ovulares	29
5.2.2 Anomalías cromosomáticas	29
5.2.3 Anomalías de la fertilización	29
5.2.4 Anomalías estructurales transmitidas	30
5.2.5 Alteraciones genéticas no cromosómicas	30
5.2.6 Alteraciones en l desarrollo del embrión y la placenta	30
5.3 CAUSAS MATERNAS ORGÁNICAS	30
5.3.1 Enfermedades generales	31
5.3.2 Enfermedades locales	31
5.4 CAUSAS FUNCIONALES	32

5.5 CAUSAS INMUNOLÓGICAS	32
5.6 CAUSAS DE ORIGEN TOXICO	32
5.7 CAUSAS CARENCIALES	32
5.7.1 Causas carenciales físicas	32
5.8 TRAUMAS FÍSICOS	32
5.9. CLASIFICACIÓN	33
5.9.1 De acuerdo a su importancia en la práctica obstétrica	33
5.9.2 De acuerdo con el punto de vista de medicina legal	33
5.9.3 De acuerdo a la edad gestacional	34
5.9.4 De acuerdo al tiempo de presentación	34
5.10 FORMAS CLÍNICAS Y SINTOMATOLÓGICAS	34
5.10.1 Amenaza de aborto	34
5.10.2 Aborto incompleto	34
5.10.3 Aborto frustrado	34
5.10.4 Aborto recurrente	35
5.10.5 Aborto séptico	35
5.11 MÉTODOS MÉDICOS PARA INDUCIR ABORTOS	37
5.11.1 Prostaglandina	37
5.11.2 Antiprogesterona-ru-mifepristona	37
5.11.3 Morning After o Day After	38
5.11.4 Metrotexate	38
5.11.5 Solución salina hipertónica	38
5.11.6 Urea hipertónica	39
5.11.7 Métodos quirúrgicos	39
5.11.7.1 Dilación y vacuoesperación	39
5.11.7.2 Dilación y curataje (D & C)	39
5.12 MÉTODOS Y TÉCNICAS DIRECTAS	40
5.12.1 Métodos abortivos de acuerdo a la edad gestacional	40
5.12.2 Microcésarea	41
5.12.3 Aborto de nacimiento parcial	41
5.12.4 Dilatación y evacuación (D y E)	43
5.13 COMPLICACIONES PRODUCIDAS POR LOS MÉTODOS ABORTIVOS	43
5.13.1 Complicaciones del método de succión o aspiración	43
5.13.2 Complicaciones del método de dilatación y curaje (D y C)	43
5.13.3 Complicaciones del método de (D y E)	44
5.13.4 Complicaciones del método de inyección sólida	44
5.13.5 Complicaciones del uso de prostaglandina	44
5.13.6 Complicaciones de la extracción menstrual	44
5.14 COMPLICACIONES INMEDIATAS	44
5.14.1 Hemorragias	44
5.14.2 Infecciones	44



5.14.3	Insuficiencia renal aguda	45
5.14.4	Traumatismos	45
5.15	CONSECUENCIAS	46
5.15.1	Efectos físicos	46
5.15.2	Análisis del comportamiento	47
5.16	EFFECTOS PSICOLÓGICOS	48
5.17	CAUSAS CARENCIALES PSICOAFECTIVAS	50
5.18	CONSECUENCIAS TARDÍAS	51
5.18.1	Síndrome post parto	51
5.19	ASPECTO SOCIOCULTURAL	52
5.19.1	Aborto y religión	52
5.19.2	Aborto y el hombre	54
5.19.3	Realidades y magnitudes del aborto inducido en Colombia	55
5.19.4	Los adolescentes y el aborto	56
5.20	DERECHOS REPRODUCTORES DE LOS ADOLESCENTES	58
6.	ENFOQUE HISTÓRICO LEGAL DEL ABORTO EN COLOMBIA Y LAS NUEVAS LEYES	60
6.1	LA LEGISLACIÓN DEL AÑO DE 1837	60
6.2	EL CÓDIGO PENAL DE 1890	61
6.3	LEY 109 DEL 22 DE DICIEMBRE DE 1922	62
6.4	DECRETO 2300 DEL 4 DE SEPTIEMBRE DE 1936	62
6.5	LEY QUINTE DE 1979	63
6.6	CÓDIGO PENAL DE 1980	63
6.7	CÓDIGO PENAL DEL AÑO 2000	63
7.	METODOLOGÍA	65
7.1	POBLACIÓN	65
7.2	TÉCNICAS DE INFORMACIÓN	65
7.3	FASES Y TIEMPO EN LOS QUE AVANZA EL PROCESO INVESTIGATIVO	66
7.4	RECURSOS Y MATERIALES	67
7.5	RECURSO HUMANO	67
7.6	RECURSO INSTITUCIONAL	68
8.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	71
	CONCLUSIONES	
	RECOMENDACIONES	
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

## **LISTA DE ANEXOS**

- Anexo 1. Entrevistas.
- Anexo 2. Observaciones 1.
- Anexo 3. Recortes de prensa
- Anexo 4. Ilustraciones sobre métodos abortivos
- Anexo 5. Historias clínicas y hojas de estadísticas

## **" ESCÚCHAME MAMÁ:**

*Yo nunca hable contigo y quizás jamás lo hagamos, pero hoy he querido saludarte... Cómo estas? Te he notado muy inquieta y se que has decidido separarte de mí, he llorado mucho, pues aunque soy muy pequeño tengo sentimientos inmensamente grandes.*

*Tu sabes.. me han dicho que la vida es muy bella, aunque vivas maldiciendo la tuya.*

*Antes de que tu me dejes.. quería preguntarte algo ¿porqué te avergüenzas de mí? ¿porqué te empeñas tanto en que tu y yo nos separemos?.. Entonces fui yo el motivo de tus lágrimas, de tu ira y de que tu cara se sonroje frente a tus "amigos".*

*¿Acaso no soy sangre de tu sangre, cuerpo de tu cuerpo y alma de tu alma?*

*Pero aunque pronto mi corazoncito dejará de latir junto al tuyo, yo seguiré viviendo en tu recuerdo y en tu conciencia.*

*Después de esto no tengo mucho que decirte, tan solo que... Ya me había encariñado contigo mamá, pero es triste y ha llegado el momento, ahora solo deja que apoye mis labios en tus entrañas, para que después no puedas despreciarte de este beso y de este adiós... Pues aunque no vi tu rostro ni jamás lo volveré a ver, recuerda que yo siempre te seguiré llamando*

**MAMÁ! "**

## **TÍTULO**

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN EL ABORTO  
INDUCIDO**

**POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO:**

**ADOLESCENTES CON EDADES ENTRE 12 A 18 AÑOS QUE ASISTEN  
A LA SALA DE URGENCIAS DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL  
GENERAL DE BARRANQUILLA**

## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente el nacimiento de un niño es motivo de alegría y parabienes. Sin embargo, miles de mujeres viven el proceso del embarazo, no como el acontecimiento gozoso que debería ser sino como una experiencia dolorosa que, incluso, puede terminar en la muerte.

Como la celebración de la vida es el tema dominante, los aspectos sombríos de la procreación se silencia y solo son conocidos por las mujeres y por quienes las atienden. Uno de estos aspectos es el aborto, y concretamente el aborto inducido, sin cuya referencia, cualquiera visión panorámica de los temas actuales sobre salud sexual y reproductiva, resultan incompletos.

En el mundo entre, 40 y 60 millones de mujeres recurren cada año a la interrupción voluntaria del embarazo y en América Latina se calcula que cada año se realizan alrededor de 3.4 millones de abortos.<sup>1</sup>

Dado que en muchos países, entre ellos Colombia, el aborto inducido se considera ilegal o está severamente restringido por las leyes, aquel se realiza en forma clandestina y muchas veces bajo condiciones deplorables desde el punto de vista sanitario, con los riesgos de complicación y muerte que es más alto en mujeres pobres y residentes en áreas rurales, las cuales tienen menos

---

<sup>1</sup> Naciones Unidas CEDAN Informe para Colombia. 1998

posibilidades de acceder a los servicios de salud que les prestan atención adecuada y oportuna.

Dado que ni las leyes restrictivas ni la falta de atención profesional, impiden que las mujeres recurran al aborto, las prohibiciones influyen únicamente en el resultado de la intervención. Así la mujer que se ve forzada a recurrir en secreto a un abortador incompetente, corre un riesgo de defunción hasta 100 veces mayor que la mujer atendida por un cirujano especializado en condiciones higiénicas.

Por otra parte, ni siquiera la ausencia de limitaciones legales garantizan el acceso de la mujer a intervenciones inocuas, ya sea por escasez de instalaciones o especialistas o por renuncia del personal de salud o administradores hacia el aborto.

También muchas mujeres ignoran la ley y los derechos que esta le otorga. Finalmente, hablar del tema del aborto inducido es entrar en permanentes polémicas, dado que estamos inmersos en una sociedad pluridimensional donde coexisten diversos códigos culturales y éticos.

La mayoría de las mujeres que se enfrentan con un embarazo no deseado, se encuentran ante una sociedad reacia a reconocer su problema o a ofrecerles una solución.

El resultado es que muchas de ellas encuentran su propia solución, a veces con enormes riesgos para su persona; procurarse un aborto ilegal es con frecuencia una decisión desesperada que se toma en la más absoluta soledad y que muchas mujeres pagan con su vida.

## 1. PROBLEMA

### 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Habitamos en un país, donde los abismos sociales van creciendo cada día más.

La situación económica no ayuda mucho, el alto costo de la vida y el desempleo hace que sea muy difícil constituir una familia, ocasionando con ello un mayor número de madres solteras y consecuentemente una tasa elevada de embarazos no deseados.

De esta situación se parte para referenciar el incremento de embarazos no deseados, por lo tanto habrá un número magnificado de soluciones y una de éstas, es el **aborto**.

No solo es el estado socioeconómico que influye en el incremento de la práctica de este fenómeno, existe otro factor determinante y es la edad. Siendo uno de los grupos más afectados, el de las adolescentes.

Este se considera un grupo vulnerable debido a que es una etapa crítica de la vida de toda persona y su grado de inmadurez no le permite vislumbrar las consecuencias de un embarazo precoz.

En nuestra sociedad, el aborto no ha sido legalizado, sin embargo, es una práctica habitual y se hace generalmente en forma clandestina en sitios que no cuentan con las condiciones higiénicas mínimas para brindar una atención adecuada. Con frecuencia son realizados por abortadores que en la mayoría de los casos no son profesionales y que como consecuencia de ello, lo que hacen es elaborar un camino hacia la yatrogenia.

Las estadísticas indican una incidencia entre el 40% y 50% en las consultas y hospitalizaciones en la sala de urgencia ginecológica y complicaciones del primer trimestre del embarazo en el Hospital General de Barranquilla por abortos en mujeres adolescentes, sin que exista un registro estadístico confiable que determine la magnitud de esta patología en la institución que mantiene un estado de sobre población y hacinamiento condicionado, principalmente por el gran número de pacientes en trance de abortos.<sup>2</sup>

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es común encontrarse en las sala séptica del Hospital General de Barranquilla con adolescentes con un embarazo no deseado, confundidas, desorientadas y preocupadas ante lo que representa el futuro de ellas con el agravante económico y social y psicológico que las rodea, así como también la falta de conocimientos básicos acerca de su embarazo y posteriormente el aborto. Las investigadoras revisaron las estadísticas e historias clínicas del Hospital General de Barranquilla, en relación con las adolescentes que asisten a la urgencia de ginecología y que fueron intervenidas quirúrgicamente a través de

---

<sup>2</sup> Departamento de Estadísticas Hospital de Barranquilla.



legrado uterino y a pacientes que por la gravedad de las complicaciones llegan a terminar en una histerectomía.

De 439 adolescentes que presentaron aborto, el 19% que corresponde a 82 pacientes, fueron diagnosticadas como aborto provocado.<sup>3</sup>

Con respecto al aborto podríamos afirmar que es multifactorial, es decir, la suma de todos los errores de una sociedad irresponsable, no solo el estado socioeconómico influye, ya que también la edad de presentación de esta entidad está delimitado a cierto grupo específico que es la adolescencia. La adolescencia es la edad crítica ya que sumado a los factores anteriores, agregamos la inmadurez, la irresponsabilidad y la falta de comunicación con los padres; esto hace que el número de abortos inducidos sea cada vez mayor.

La ilegalidad del aborto, lo convierte en un negocio lucrativo e irresponsable, en el que el estado no puede establecer controles como tiempo, límite, consentimiento de la mujer, tipo de método, ni dar apoyo psicológico e información sobre sexualidad y contracepción.

Por el carácter clandestino, el procedimiento no se acompaña con una reflexión sobre el por qué de la ocurrencia y la adolescente sale con una culpa tal que luego asume sola los efectos psíquicos, el rechazo, las depresiones y crisis emocionales.

---

<sup>3</sup> Departamento de Estadísticas Hospital General de Barranquilla

Las investigadoras a través del proceso observaron que se vive en una sociedad en la que poco o nada importan los principios morales y, en la que el respeto por la vida es imperativo.

No se distingue ciertamente cuando comienza el proceso de la vida y por lo tanto muchas mujeres, ilustradas o no recurren a esta práctica pensando que lo que llevan dentro no son más que cúmulos de células y que no están destruyendo ninguna vida.

Tanto en Colombia (como en todo el mundo) han existido diversas propuestas, para que el aborto no se considere un delito sino que se trate como lo que es: un problema social, emocional y de salud pública.

Lo anterior se ratifica cuando se observa que una adolescente no aborta sola. Detrás de un aborto clandestino hay un varón que ayuda o abandona, mujeres adultas que cuidan o censuran, profesionales que colaboran o niegan su ayuda, parlamentarios que no legislan y toda una sociedad involucrada.<sup>4</sup>

Desde la perspectiva de la Psicología, el aborto tanto espontáneo como provocado describe como un duelo que se vive por lo general sin apoyo o validación de la pena, es un tema difícil de tratar porque no hay funeral, no hay certificado de defunción; en consecuencia puede ser traumático y tener por toda la vida, un significado que aflora reacciones de duelo (Dr. V. Rue 1999).<sup>5</sup>

---

4 Informe de la campaña contra la mortalidad y morbilidad materna. 1993

5 Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y El Caribe

El aborto genera en la adolescente, su pareja y la familia un dolor mucho más veces imborrable que desencadena una serie de respuestas de tipo emocional que la afectan, no solo en su aspecto físico, recuperándose más lentamente sino también en la salud mental futura de la adolescente, su pareja y familia.

De tal manera, las investigadoras estudiaron esta problemática para obtener información acerca de los factores psicosociales que inciden en los abortos provocados y, establecer una propuesta de promoción y prevención del aborto en las adolescentes.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Qué factores psico-sociales inciden en el aborto inducido en adolescentes con edades entre 12 a 18 años, que se presentan en la sala de urgencias de ginecología (sala séptica) del Hospital General de Barranquilla?.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El aborto es una de las patologías obstétricas que revisten gran importancia, no solo por sus implicaciones biológicas y psicológicas sobre la salud de la madre y en la económica del sector salud, sino porque ha aumentado su frecuencia en los últimos años.

En América Latina, aproximadamente entre el 10 y el 30% de las camas de los servicios de ginecología y obstétrica están ocupadas por mujeres con diagnóstico de abortos incompletos.

Se calcula que cada año se provocan 28 millones de abortos en Colombia, Brasil y México; como la población de estos países representa cerca del 70% del total de la población de América Latina, al extrapolar estos cálculos se tiene como resultado unos 4 millones de abortos inducidos por año en esta región.<sup>6</sup>

Cada día se realizan 55.000 abortos inseguros en el mundo, el 95% de ellos en países en vía de desarrollo, a nivel mundial por cada 7 nacimientos se lleva a cabo un aborto en curso. En América Latina y el Caribe mueren al menos 6.000 mujeres anualmente debido a complicaciones de abortos provocados.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> The Alan Guttmacher Institute. Folleto aborto una realidad Latinoamericana.

<sup>7</sup> Ibid.

En Colombia la población de mujeres es de 28.8 millones y el número de abortos anuales es de 450.000, el 30% de las mujeres que alguna vez han estado embarazadas, es decir, una de cada tres mujeres que alguna vez han estado embarazada aceptan que alguna vez en su vida se han provocado un aborto por un embarazo no deseado, por datos tomados del censo 1993 se registro casi millón y medio de mujeres. Esta proporción asciende al 44.6% si solo se consideran las mujeres menores de 20 años.<sup>8</sup>

El aborto ocupa el cuarto lugar entre los métodos de planificación familiar en América Latina, se ha determinado que una de cada 3 a 4 mujeres han tenido al menos 1 aborto provocado.<sup>9</sup>

El problema no solo reside en el aborto en sí, sino en la magnitud de sus complicaciones y en la pesada carga económica que se le impone a los hospitales públicos como el Hospital General de Barranquilla debido a estas patologías, tales como perforaciones uterinas, hemorragias e infecciones y hasta choque séptico y secuelas como la esterilidad, producto de abortos provocados, los que cada día aumentan su frecuencia y requieren un mayor presupuesto para ser manejados.

La presente investigación pretende desde la Psicología Social Comunitaria, aportar conocimiento para entender los procesos por los que pasan las adolescentes en un determinado momento de su vida; ya que la conducta humana depende de las interacciones que las personas tienen con su medio

---

<sup>8</sup> Ibid

<sup>9</sup> Ibid

ambiente, esto implica intentar una modificación tanto del ambiente como de los recursos conductuales del sujeto.

La Psicología Social Comunitaria puede favorecer el proceso de mejoramiento educacional, conocimiento y orientación acerca de los embarazos no deseados.

Desde la Psicología Social, se tienen en cuenta las aportaciones de varias disciplinas para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y mejoría de la calidad de vida de las adolescentes.

También se tienen en cuenta los aspectos psicológicos que en interacción con el ambiente y la realidad histórico – cultural, van permitiendo o determinando la transformación del individuo en persona integral.<sup>10</sup>

Desde lo psicosocial se hace necesario estudiar el fenómeno del aborto inducido en adolescentes si se tiene en cuenta que la población adolescente representa el 20% de la población mundial y cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo.

Estas adolescentes no alcanzan un grado de madurez física y psicológica, lo que las hace más vulnerables frente a este hecho, también las conduce a introyectar elementos y factores de una sociedad cuya normativa es permisiva; donde existe censura con respecto al tema de la sexualidad, por lo que las adolescentes carecen de información y acceso a los servicios adecuados de planificación familiar en condiciones de confidencialidad e independencia,

---

<sup>10</sup> Enciclopedia de la Psicología – Océano. Pág. 14

careciendo además de medios económicos, contactos sociales o de transporte para recurrir a un aborto seguro.

Una adolescente enfrentada a un embarazo precoz y como consecuencia a un aborto inducido, no tendrá en adelante iguales posibilidades de vida ya que este evento involucra factores que precipitan a la adolescente a asumir roles para los cuales aún no se encuentra preparada como son el ingreso al campo laboral en forma temprana, la desestabilización de la familia, que tiene que aceptar la situación actual se la adolescente y en muchos casos hacerse cargo de todo lo que implique, ya que por lo general, el hombre (uno de los orígenes del problema), es el gran ausente.

Queda como propuesta a los compañeros del Programa de Psicología Social Comunitaria, como camino iniciado para profundizar en esta problemática social del aborto inducido.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores psico-sociales que inciden en el aborto inducido en adolescentes entre 12 a 18 años, que se presentan en la sala de urgencias ginecológica del Hospital General de Barranquilla (E.S.E.) Empresa Social del Estado.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el número de abortos provocados según las siguientes variables: edad, estado civil, religión, educación, procedencia y condiciones socioeconómicas.
- Identificar la incidencia de abortos provocados de acuerdo a la edad gestacional.
- Identificar la incidencia de abortos provocados de acuerdo a la paridad.
- Analizar la frecuencia del aborto con relación a los eventos socioculturales de la ciudad, de acuerdo al trimestre del año en que se presente.
- Analizar los estados comportamentales y emocionales que presentan las adolescentes en el momento del aborto.



## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Algunas de las investigaciones que se han realizado acerca del aborto inducido en las diferentes universidades, Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar y la Universidad Libre de Barranquilla en las facultades de Derecho y Medicina respectivamente, y se referencian así:

**4.1.1 Universidad Libre, Facultad de Medicina:** SUAREZ CASTRO, Ana María, Análisis Descriptivo del Aborto Provocado en Adolescentes. 1998 – 2000

Los resultados arrojados en este estudio sobre el aborto provocado en adolescentes tienden a alcanzar niveles tan altos, que de no realizar programas de promoción y prevención la tendencia sería a incrementarse.

Los resultados hacen plantear que se deben realizar campañas de atención primaria principalmente a los adolescentes solteras o en unión libre. Siendo estos dos estados en los que frecuentemente se el aborto inducido presenta un alto índice.

**4.1.2. Universidad Libre , Facultad de Medicina:** García Pérez Gino, Forero Guillermina, Suárez Claudio. Aborto: Un estudio de cien casos.

En esta investigación se concluyó que no hay diferencia significativa entre las edades de las mujeres que se inducen aborto y resalta el hecho de que no se presentaron casos entre menores de 15 años a diferencia de otras estadísticas mundiales en las que el aborto provocado y su complicación, el aborto séptico es bastante frecuente. Se tuvo en cuenta otros factores como fueron la edad gestacional en la que la mayoría de los casos estaba entre siete y diez semanas, el estado civil en cuyos casos eran mujeres solteras sin apoyo familiar.

La escolaridad fue una variable que no supo cuantificar ni investigar. Con respecto a la paridad se encontró que en su mayoría eran primigestantes, aunque también se señalan casos de multigestantes con más de cuatro hijos vivos, lo que indica también en multiparidad.

**4.1.3. Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar , Facultad de Derecho.** Villareal Bayona, Alfonso. Barranquilla año 1996. Aborto.

En esta investigación los valores éticos están íntimamente relacionados con el concepto no solo religioso y moral sino con su posición legal porque la ley considera el fenómeno del aborto como un atentado contra la integridad de la vida humana.

El fenómeno del aborto a tenido en la legislación de todo el mundo una especial significación debido a la cuestionable posición de la sociedad de los diferentes países acerca del concepto ético que el fenómeno le ha merecido.

El tema es complejo porque se estudia bajo las perspectivas del derecho pero con la concurrencia de factores sociales, ideológicos y científicos correspondiendo al derecho armonizar con estos factores como ciencia independiente de las variables sociales.

Tocó algunos tópicos científicos de fisiología para aclarar algunos argumentos y para sostener algunas hipótesis, analizó algunas teorías sociológicas y un planteamiento filosófico basado en el derecho natural, tocando someramente el recorrido que a través de la historia a tenido este delito, que en algunas ideologías recientes y otras antiguas fue eximido de características pecaminosas.

## **4.2 MARCO CONCEPTUAL**

**4.2.1. Concepto médico del aborto.** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera la terminación espontánea o provocada de una gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno, para esta época el feto pesa 500 gr. aproximadamente.

Etimológicamente aborto proviene de la raíz latina “*Ab*” que significa privación y “*ortus*” Que significa nacimiento.

**4.2.2 Concepto médico-legal.** Interrupción del embarazo en cualquier época de su evolución siempre que se haya provocado violentamente<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> WWW. Aborto,50meg/com/

**4.2.3 Concepto jurídico.** Muerte dolorosa del feto en el útero o su violenta expulsión del vientre materno, de la cual ha derivado la muerte del feto.<sup>12</sup>

**4.2.4 Concepto social del aborto.** El aborto socialmente es percibido como una traición a la vida y más que nada, como la traición de la madre, la peor de todas, la menos perdonable, la de quien teniendo el mandato divino, natural y cultural de parir, niega la potencialidad del nacimiento de un sujeto, una cultura no resuelve los problemas de la humanidad que no ha conseguido la paz, así la igualdad social y que encima se adjudica el derecho de sancionar y despojar la responsabilidad sobre el cuerpo, arrebatando toda la potencialidad de lo que constituye a un ser humano.

**4.2.5 Concepto psicológico.** El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores morales. La atención de la salud no son exclusivamente de naturaleza médica. Existen cuestiones acerca de los valores individuales, del significado personal de la vida y muerte, de la equidad y justicia que no pueden ser resueltas sólo por los médicos. La situación conflictiva del probable aborto, requiere la participación de otras disciplinas que colaboran en la “relación de ayuda” que la paciente necesita.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> MATHE ZAPATA, Leonelo. El aborto en Colombia, aspectos médico jurídico. Editorial Grijalbo S.A. 1996

<sup>13</sup> A. USONDO. P de la fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Editorial Mc Graw Hill Iberoamericana. Volumen 1 Primera Edición, 1997, Pág. 240

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 ETIOLOGÍA**

La etiología del aborto suele ser casi siempre desconocida, pero se conoce una serie de factores implicados en su producción que se puede resumir y clasificarse de la siguiente manera:

### **5.2 FACTORES BIOLÓGICOS**

#### **5.2.1 Causas ovulares.**

Estas se producen por un desarrollo embrionario anormal, debido a factores hereditarios o a defectos cromosómicos adquiridos, entre los cuales tenemos:

**5.2.2 Anomalías cromosómicas.** Se deben a errores en el proceso de meiosis debido a la falta de disyunción produciéndose así las distintas trisomias y monosomía. La mayoría de estas reproduce en la primera división meiotica del ovocito.

**5.2.3 Anomalia de la fertilización.** Encontramos aquí la poliesperma y la diginia. La primera, para la penetración de los espermatozoides al óvulo; y la

segunda, se presenta por falta de eliminación del corpúsculo polar. Estas llevan a gestaciones molares por triploidias<sup>14</sup>.

**5.2.4 Anomalías estructurales transmitidas.** Las anomalías estructurales pueden presentarse en uno de los progenitores de forma equilibrada, pero es capaz de producir gametos cromosómicamente anormales, ya que por defecto o por exceso de determinados fragmentos cromosómicos o de todo un cromosoma.

**5.2.5 Alteraciones genéticas no cromosómicas.** Entre estas se encuentran las mutaciones de carácter mendeliano, que producen defecto enzimático, trastornos metabólicos que alteran la síntesis de proteínas necesarias para el buen desarrollo del embrión y del feto.

**5.2.6 Alteraciones en el desarrollo del embrión y la placenta.** La causa más frecuente de anomalías morfológicas ovulares son las alteraciones cromosómicas embrionarias, las cuales pueden ser numéricas como aneuploides y poliploidia o, estructurales como las deleciones o traslocaciones.

### **5.3 CAUSAS MATERNAS ORGÁNICAS**

A este grupo pertenecen todas las enfermedades que originan las lesiones que inducen el aborto. Podemos dividir las en<sup>15</sup>:

---

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Ibid P. 205

**5.3.1 Enfermedades generales.** Entre las que encontramos la sífilis, tuberculosis grave, infecciones de Torch y enfermedades de Chagras.

**5.3.2 Enfermedades locales.** Habitualmente son enfermedades pélvicas como infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasia, desgarros cervicales con deficientes contención del hueso, malformaciones uterinas, sinequias, post-raspado, incompetencias istmíco cervical.

## **5.4 CAUSAS FUNCIONALES**

Constituyen el 10-15% de los abortos espontáneos. A este grupo pertenecen aquellas enfermedades en las que la alteración principal se presenta en la función de órganos o sistemas interferidos en la normal evolución de la gestación<sup>16</sup>.

Encontramos los grandes trastornos metabólicos y funciones la endocrinología (extrogonadoles o puramente gonadales) que producen el llamado aborto endocrino corial.

Entre las causas funcionales más frecuentes tenemos: mala producción de gonadotropina crónica del trofoblasto produciendo así una evolución del cuerpo amarillo del ovario o una deficiencia esencial que perturbaría la producción esteroidea.

---

<sup>16</sup> Ibid p. 206

## **5.5 CAUSAS INMUNOLÓGICAS**

Estas son principalmente de tipo autoinmune como lo es el síndrome de auto anticuerpo, antifoslipido y anticuerpos antinucleares débilmente positivos.

También las causas de tipo olinmunes como incompatibilidad ABO.

## **5.6 CAUSAS DE ORIGEN TÓXICO**

Intoxicaciones con plomo, mercurio, arsénico, fósforo.

## **5.7 CAUSAS CARENCIALES**

**5.7.1 Causas carenciales físicas.** Deficiencia nutritiva parciales o totales de proteínas, carbohidratos, grasas, minerales.

## **5.8 TRAUMAS FÍSICOS**

### **Agentes terologenos**

Las radiaciones causan daño a nivel cromosómico de forma masiva en los mecanismos de división celular segregación (masiva en los mecanismos de división celular), cromosomas y a nivel molecular, produciendo mutaciones genéticas causando enfermedades mendiolionas y poligénicas multifactoriales.

También se puede presentar gametos anormales femeninos y masculinos, ocasionando productos anormales.



## 5.9 CLASIFICACIÓN

### 5.9.1 De acuerdo a su importancia en la práctica obstétrica

- Aborto obstétrico {
  - Amenaza de aborto
  - Aborto incompleto
  - Aborto frustrado
  - Aborto séptico
  - Aborto recurrente
- Aborto inducido

### 5.9.2 De acuerdo con el punto de vista de medicina legal

#### a. Aborto no penado por la ley

- Aborto espontáneo o patológico
- Aborto accidental o traumático
- Toxino
- Jurídico o terapéutico
- Eugenesico
- Ético sentimental
- Estado de necesidad

#### b. Aborto penado por la ley

- Culposos
- Preterintencional
- Doloso
- Honoris causa

### 5.9.3 De acuerdo a la edad gestacional

Aborto ovular	0-4 semanas
Aborto embrionario	5-7 semanas
Aborto fetal	A partir de la 8ª semana

### 5.9.4 De acuerdo al tiempo de presentación

Precoz	antes de las 12 semanas de gestación
Tardío	el que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación.

## 5.10 FORMAS CLÍNICAS Y SINTOMATOLOGÍA

**5.10.1 Amenaza de aborto.** Es el cuadro más precoz que puede presentar el aborto, se caracteriza porque una mujer con signos presuntivos de embarazo, anorexia previa y útero gestacional (con tamaño acorde al tiempo de amenorrea) manifiesta dolor hipogástrico tipo cólico con las contracciones del útero y hemorragia leve sin dilatación<sup>17</sup>.

**5.10.2 Aborto incompleto.** Es la expulsión parcial o total del producto o del contenido de la gestación. El útero se mantiene blando, el cuello está dilatado y borrado.

**5.10.3 Aborto frustrado.** Muerte de un embrión o feto que permanece en el útero, el útero disminuye de tamaño y los síntomas del embarazo disminuyen hasta desaparecer.

---

<sup>17</sup> p 210 Ibid

No hay actividad cardiaca en el control ecográfico, disminución del líquido amniótico y distorsión del saco gestacional.

**5.10.4 Aborto recurrente.** Se produce cuando una paciente ha presentado dos abortos consecutivos del embarazo.

Se clasifica en:

- Primario. Si la paciente nunca ha tenido un feto viable.
- Secundario. Si la paciente ha tenido un producto viable de las pérdidas consecutivas del embarazo.

**5.10.5 Aborto séptico.** Llamado aborto séptico o aquel aborto espontáneo o provocado que sufre una complicación infecciosa o progresiva<sup>18</sup>. Hay dos clases:

- Aborto infectado simple. Es aquel aborto provocado o espontáneo donde la infección está circunscrita a la cavidad uterina (endometritis) o se encuentra bloqueado en el hemiabdomen inferior (flemón del ligamento ancho y pelviperitonitis), clínicamente se manifiesta por síndrome febril, examen ginecológico doloroso, empastamiento de los anexos y la eliminación de secreciones fétidas sin tener gran compromiso general.
- Aborto séptico como tal. Es aquel aborto donde la infección se ha propagado por vía linfática hemática y/o canalicular o bien existe endoexotoxemia con diseminación a distancia o por contigüidad comprometiendo de esta manera la estructura y función de otros

---

<sup>18</sup> p 212 Ibid

parénquimas. Clínicamente pueden observarse signos locales o regionales de infección como: pelviperitonitis, peritonitis difusa, tromblibilis pelviana y/o signo de diseminación de los microorganismos o su toxina (sepsis alteraciones hemodinámicas, hígado, pulmón y riñón, sepsis, trastornos de la coagulación encefalopatia, hemorragia digestiva)

La activación de los mediadores inflamatorios son los que provocan dentro, un gran espectro de consecuencias nefastas, hemólisis y el grave cuadro de shock, con la posibilidad de evolucionar al **shock**, cuadro que encierra una altísima mortalidad.

- Síndrome de Mondos. Es una dramática situación que sigue a aquel aborto séptico provocado o espontáneo. Suele aparecer dentro de las 24 a 48 horas de producido el aborto, es extremadamente grave, presenta una alta tasa de mortalidad (alrededor del 60%) y es provocado por gérmenes anaerobios esporulados clostridium perfringens en el 80% de los casos) que como resultado de la endotoxemia, ocasionan hemólisis severa acompañada de trastornos de la circulación con shock o hipotensión refractaria, coagulación intravascular diseminada, acidosis metabólica importante e insuficiencia renal aguda.

Tiene una tríada sintomática característica compuesta por anemia, ictericia y cianosis; lo que constituye el llamado síndrome tricolor (pálidos por la anemia, amarillo por la ictericia y azul por la cianosis) olergado a paciente la fascies de fiesinger (tiene un color amarillo cobrizo) se trata de un síndrome toxémico-hemolítico<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Ibid p 213

## **5.11 MÉTODOS MÉDICOS PARA INDUCIR ABORTOS**

**5.11.1 Prostaglandina.** Se utilizan expresamente para terminar el embarazo durante el segundo trimestre, se maneja la E2 y F2. Son eficaces cuando se colocan en la vagina adyacente al cuello uterino. Cuando se administra como gel por medio de un catéter en el interior del canal endocervical y en la parte más inferior del útero, también puede ser inyectada en el saco amniótico mediante omniocentesis.

Estos métodos también reducen los efectos sistémicos, en especial los gastrointestinales que acompañan su administración oral o parenteral, una característica preocupante es la expulsión de un feto con signo de vida.

**5.11.2 Antiprogesterona-ru-mifepristona.** Se ha utilizado para producir abortos en gestaciones humanas tempranas ya sea solo un embrión con prostoglandulina orales. Su eficacia se basa en la elevada afinidad receptora de los lugares de fijación de la progesterona. Una sola dosis de 600mg administrada antes de la 6ª semana produce una tasa de aborto del 85%, después de este tiempo es progresivamente menos eficaz<sup>20</sup>.

La adición de prostoglandina bien sea por vía oral o vaginal aumenta la tasa del 95%. Los efectos adversos de mifepristona incluyen náuseas, vómitos y cólicos gastrointestinales. La duración de la hemorragia vaginal es aproximadamente de 2 semanas después de su uso y de semana y media cuando es usado con prostoglandina.

---

<sup>20</sup> p 17-18. Organización Mundial de la Salud. Métodos Médicos de Interrupción del Embarazo.

**5.11.3 Morning After o Day After.** Es un método que se emplea cuando se han tenido relaciones sin métodos de planificación familiar y se desea evitar un embarazo de las primeras 24-36 horas post-coito. Consiste en ingerir dosis elevada de anticonceptivos orales por 24 horas, con este método se altera el endometrio. Al llegar el óvulo recién fecundado y encontrar un terreno hostil no se puede implantar, muere y es expulsado por el útero. Al ser tan pequeño ni siquiera se puede percibir su expulsión.

**5.11.4 Metrotexate.** En la primera visita la mujer recibe una inyección IM que afecta las células que se encuentran en el proceso de proliferación en el hofoblasto, produciendo su progresiva descomposición, privando la perfusión embrionaria, 3-7 días después la madre recibe supositorios vaginales de prostoglandina. En algunas ocasiones es necesaria una segunda dosis para lograr la expulsión del feto<sup>21</sup>.

**5.11.5 Solución salina hipertónica.** Se utiliza solamente después de la semana 16. el líquido amniótico se extrae inyectándose en su lugar una solución salina concentrada. El producto ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia cerebral y de otras órganos además de convulsiones. Este agente ejerce una acción osmótica que da lugar necrosis del amnios, el carión y la superficie de la placenta. La mayor parte de los estudios se basan en la administración de 40gr de cloruro sódico disuelto en 200cc de agua. El intervalo medio es de 35 horas para que se produzca el aborto. La concentración de postoglondina se eleva en líquidos amnióticos y en el plasma a raíz de la inyección<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Ibid P 21

<sup>22</sup> Ibid p 19-20

**5.11.6 Urea hipertónica.** Esta solución está constituida por 80gr de urea disuelta en 100cc de suero fisiológico. Se administra por inyección entroamniótica, aunque se le ha investigado su modo de acción, se supone que la lesión osmótica del amnios del carion da lugar a la liberación de prostaglandinas que provocan las contracciones uterinas y el aborto. El intervalo entre la inyección y el aborto suele ser de unas 50 horas, pero puede alcanzar 100 o más horas si no se utiliza otro agente estimulante<sup>23</sup>.

### **5.11.7 Métodos quirúrgicos**

**5.11.7.1 Dilatación y vacuoesperación.** Consiste en practicar una aspersion en la cavidad uterina en las mujeres con un retraso en el período no superior a 4 días. Se realiza visualizando el cerviz con un espejo, se introduce en la cavidad uterina una cánula de Karman flexible de 4-6mm montada en una jeringa de 50cc. No suele utilizarse la dilatación cervical, ni la anestesia sin embargo, algunas clínicas practican simultáneamente un bloqueo para cervical y/o analgesia. Se ha venido usando en algunos países con restricción legislativa en materia de aborto, pero en los cuales no se legalmente como aborto la extracción menstrual.

**5.11.7.2 Dilatación y curataje (D&C).** Es similar al método de succión o aspiración, pero en vez de despegar al feto por aspiración se utiliza una cureta provista de una cucharilla con una punta afilada con la cual se va cortando al feto en pedazo, con el fin de facilitar su extracción por el cuello uterino<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Ibid P 19-20

<sup>24</sup> Ibid p 22

## **5.12 MÉTODOS Y TÉCNICAS DIRECTAS**

El introducir en la cavidad uterina cuerpos extraños como agujas de tejer, varillas de paraguas, tallos de plantas, lapiceros, producción de traumas directos en pared abdominal y lumbar, caída desde su propia altura y otros métodos similares causal de un sin número de abortos.

En la práctica clandestina la más común es la introducción de elementos que rompan las membranas amniocarionicas desencadenando la expulsión parcial o total, ya sea vivo o muerto el producto<sup>25</sup>.

### **5.12.1 Métodos abortivos de acuerdo a la edad gestacional**

□ Aplicable hasta el 63avo día de amenoria

#### **A. Quirúrgicos**

- Extracción manual
- Dilatación y vacuoaspiración

#### **B. Médicos**

- Prostaglandinas
- Mefeprestona
- Mefepristona en combinación con una prostoglandina

□ Aplicable de las 9 a 14 semanas de gestación

#### **A. Quirúrgicos**

- Dilatación y evacuación
- Histerectomía

---

<sup>25</sup> Organización Mundial de la Salud. Complicación del aborto, técnicas y gestorioles de prevención y tratamiento, 1995, p 80.



### C. Médicos

- Prostaglandina vaginal
- Prostaglandina parenteral
- Inyección intra amniótica de una prostoglandina
- Inyección exhamniótica de una prostoglandina
- Mifepristona en combinación con una protoglandina
- Inyección intra amniótica de agente hipertónico
- Inyección intra amniótica de lactato de elacredina.

**5.12.2 Microcesárea.** Este procedimiento se realiza durante los últimos tres meses del embarazo. Consiste en realizar una cesárea no con el objeto de salvar al feto, sino para dejarlo morir. Como se trata de una intervención quirúrgica mayor tiene frecuentes complicaciones.

En algunos casos la histerotomía es preferible a la dilatación o a la inducción médica cuando existe una enfermedad uterina como antecedente o en casos en que la anoduración del cuello enducción, la utilización de la sonda vesical y método de abortez ha sido ineficaz la técnica empleada para cesárea, excepto en que la incisión abdominal y uterina son menores. Luego de realizado este procedimiento la probabilidad de rotura uterina en embarazos posteriores principalmente durante el trabajo de parto aumenta por lo que se recomienda la cesárea en embarazos siguientes<sup>26</sup>.

**5.12.3 Aborto de nacimiento parcial.** Una técnica relativamente nueva, se está utilizando para abortos en el segundo y tercer trimestre en E.U. se trata del método D y X dilatación y extracción.

---

<sup>26</sup> Ibid P 81

Se lleva a cabo el procedimiento “rutinariamente” hasta las 26 semanas de embarazo en muchas pacientes o sea más allá de la etapa de la viabilidad (cuando el feto puede sobrevivir por sí solo al nacer).

El método “D&X” requiere tres días, ya que durante los dos primeros se dilata el cerviz con laminaria. Se utiliza la ecografía para ver la posición del feto en el útero y tomándolo por una pierna se le vira para que la cara quede hacia abajo, después se le extrae hasta llegar a la cabeza que es demasiado grande para pasar por la cerviz. Estando el bebé todavía vivo se inserta una tijera en la base del cráneo, ensancha el orificio e introduce una cánula para absorber el cerebro. Esto hace que la cabeza se achique y se pueda extraer al feto a través de la cerviz<sup>27</sup>.

Durante el otro método de aborto llamado D&E (de la 13 a las 24 semanas de embarazo) se utilizan instrumentos especiales para desmembrar al feto y comprimirle el cráneo para poder extraerlo del útero materno para “ablandar los tejidos fetales” como la inyección de una solución concentrada en el saco amniótico una hora antes del aborto el cuerpo del bebé se descompone y como resultado es más fácil desmembrarlo y removerlo.

Los otros dos métodos que se utilizan para los abortos en el segundo y tercer trimestre son el envenenamiento sólido y el de prostaglandinas que a veces produce bebés vivos, lo cual se considera una “complicación”.

El método D y X es precisamente el más útil cuando se trata de obtener células cerebrales del feto para trasplante a víctimas del mal de Alzheimer, los

---

<sup>27</sup> Ibid p 26

tejidos fetales deben ser colocados en hielo , preservarlos, pues de otra manera no se podrían utilizar, sin embargo en realidad no existe ninguna evidencia concreta de que los trasplantes de tejido fetales curen ninguna enfermedad<sup>28</sup>.

**5.12.4 Dilatación y evacuación (D y E).** Este método abortivo se utiliza comúnmente en caso de segundo trimestre del embarazo bien avanzado o durante el tercer trimestre. Se inserta una sustancia de alga marina dentro del cerviz para dilatarlo, al día siguiente se insertan un par de fórceps con dientes de metal afilado, con los cuales amputan y extraen pedazo a pedazo las partes del cuerpo fetal, como normalmente la cabeza del feto e demasiado grande para ser extraída entera se aplastan por compresión antes de sacarla.

## **5.13 COMPLICACIONES PRODUCIDAS POR LOS MÉTODOS ABORTIVOS**

**5.13.1 Complicaciones del método de succión o aspiración.** Infección trauma del cerviz peritonitis, endometritis, laceración del útero, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad, etc.

**5.13.2 Complicaciones del método de dilatación y curaje (D y C).** El método de dilatación y curaje (D y C) tiene los mismos riesgos para la mujer que el de succión o aspiración, además de los siguientes: perforación uterina, hemorragia, infecciones del tracto genital, laceraciones intestinales, absceso pélvico y tromboembolismo.

---

<sup>28</sup> Ibid p 83-84

### **5.13.3 Complicaciones del método de dilatación y evacuación (D y E).**

Tiene los mismos riesgos para la mujer que el del método de dilatación y curetaje (D y C) además de los siguientes: infección pélvica renal del cerviz y peritoneal, también puede causar que la mujer tenga en futuro embarazo implantación eclógica bebés de bajo peso que nacen muertos, malformaciones congénitas.

**5.13.4 Complicaciones del método de inyección sólida.** Ruptura del útero, embolismo pulmonar, otros peligros coágulos intramusculares, etc.

**5.13.5 Complicaciones del uso de prostoglandina.** Ruptura del útero, sepsis, hemorragia, paro cardíaco, vómito y aspiración de éste, embolia cerebral y falla renal aguda.

**5.13.6 Complicaciones de la extracción menstrual.** Hemorragias uterinas, infección.

## **5.14 COMPLICACIONES INMEDIATAS**

**5.14.1 Hemorragias.** Es difícil cuando estas pasan de ser un síntoma a una complicación. La hemorragia interna y persistente repercute en el estado general de la paciente, pudiendo ir desde una anemia manifiesta hasta un shock hemorrágico. El control de la presión arterial y el valor de la hemoglobina y del hematocrito son los parámetros que sirven para controlar la intensidad de la hemorragia y la necesidad de reponer las pérdidas sanguíneas mediante la transfusión de sangre.

**5.14.2 Infecciones.** Es la complicación más peligrosa en el primer trimestre del embarazo, es más frecuente en abortos inducidos en los cuales se ha usado diversas maniobras abortivas de distinta naturaleza, ya que el útero gestante es un terreno susceptible a las infecciones sumando esto a la inmunosupresión condicionada por los elevados niveles de esteroides y HCG. Los gérmenes responsables son microorganismos aeróbicos y anaeróbicos además de estreptococos y estafilococos E coli algunas especies de bacteroides proteus gonococos y rara vez clostridium<sup>29</sup>

**5.14.3 Insuficiencia renal aguda.** Puede ser consecuencia de la infección o la descomposición hidroelectrolítica por la hemorragia que se presenta en estas pacientes o de la acción de sustancias empleadas para provocar el aborto, se debe principalmente a necrosis lobular.

**5.14.4 Traumatismos.** La más frecuente es la “perforación uterina” que se puede producir en cualquier momento de la realización del ligado, al introducir el histerómetro al proceder a la dilatación del cuello o al hacer el ligado de las paredes uterinas.

Otras complicaciones traumáticas consecutivas al legrado como lesiones en el cuello uterino, lesiones de órganos vecinos causadas a través de la perforación, son menos frecuentes.

---

<sup>29</sup> IBID. p 91

## **5.15 CONSECUENCIAS**

Muchas veces se explica el aborto como un procedimiento quirúrgico clínicamente seguro, pero los aspectos del llamado procedimiento “seguro” puede dejar un deterioro físico permanente, sin mencionar el potencial de problemas psicológicos crónicos. Se enumeraron de esta forma potenciales defectos físicos y psicológicos del aborto<sup>30</sup>

### **5.15.1 Efectos físicos**

- ❑ Esterilidad
- ❑ Aborto espontáneo
- ❑ Embarazo ectópicos
- ❑ Mortinotas
- ❑ Trastornos menstruales
- ❑ Hemorragia
- ❑ Infecciones
- ❑ Shock
- ❑ Coma
- ❑ Útero perforado
- ❑ Peritonitis
- ❑ Pérdida de otro órgano
- ❑ Agotamiento
- ❑ Nerviosismo
- ❑ Disminución de la capacidad de trabajo
- ❑ Vómito

---

<sup>30</sup> Ibid p 89

- Trastornos gastrointestinales
- Frigidez

**5.15.2 Síndrome de Asherman.** Este síndrome se reconoce por la aparición de adherencias de tejidos dentro del útero, que producen síntomas clínicos tales como anormalidades menstruales, infertilidad y aborto espontáneos frecuentes.

Una de las principales causas del síndrome de Asherman es el aborto de dilatación y curetaje (comúnmente conocido como D y C). La incidencia del síndrome de Asherman debido al D y C se hace más pronunciada si existe una infección o ésta se desarrolla después de la operación.

Aunque no se conoce totalmente como el síndrome de Asherman afecta la fertilidad, algunas aplicaciones indican lo siguiente: las adherencias del tejido impiden que el embrión se implante en la pared uterina, lo cual trae como consecuencia que la implantación se realice en el cuello uterino o en las trompas de Falopio (embarazo ectópico) y/o que ocurra un aborto espontáneo.

Existe evidencia de que los embarazos ectópicos puedan estar relacionados con los abortos inducidos, con el síndrome de Asherman o con el tratamiento de éste último a través del dispositivo intrauterino.

Al menos una posible complicación para una mujer que se practica un aborto inducido a través del método de D y C es el síndrome de Asherman, el cual puede llevar a la infertilidad.

## 5.16 EFECTOS PSICOLÓGICOS<sup>31</sup>

La adolescencia es la etapa crítica y de riesgos en la vida de toda persona, en donde se experimentan cambios biológicos marcados por la maduración psicoafectiva y biológica.

Para Albert Bandura, la adolescencia no es un período tan crítico como supone la mayoría de la gente. Plantea un enfoque social y habla sobre el mito de la adolescencia como algo que surgió como resultado de los signos superficiales tales como la moda, y la publicidad, sostiene además que la adolescencia como etapa aparece repentinamente y de esta forma se ve llegar a la edad adulta.

La teoría de Sigmund Freud describe la adolescencia como la etapa genital o de la madurez sexual donde se da el punto culminante de esta etapa. Dice que el momento en que los impulsos sexuales son enfocados por canales socialmente aceptadas tales como relaciones heterosexuales con personas ajenas a la familia. La sexualidad inmadura se caracteriza porque en ella el objetivo principal es el logro del placer únicamente, mientras que la sexualidad madura se tiende a buscar la pareja o compañero adecuado y el objetivo especial es la reproducción.

Desde el punto de vista del desarrollo cognoscitivo, en este período culmina la “etapa de las operaciones formales”, es decir la adolescente puede practicar el

---

<sup>31</sup> Ibid p 31



pensamiento abstracto y lógico, evoluciona su pensamiento moral y afina sus pensamientos éticos y morales.<sup>32</sup>

Sin embargo, para la adolescente grávida el decidir llevar a término el embarazo, asumir la vida de un nuevo ser es una responsabilidad para la que aún no está preparada. Al acudir al aborto como método de anticoncepción o para dar por finalizado el embarazo no deseado, en principio puede resultarle una solución razonable y adecuada; una vez enfrentada con la situación lo que deja secuelas psicológicas importantes, la adolescente puede experimentar:

- ❑ Culpabilidad
- ❑ Impulso suicida
- ❑ Sensación de pérdida
- ❑ Insatisfacción
- ❑ Sentimiento de luto
- ❑ Pesar y remordimiento
- ❑ Retraimiento
- ❑ Pérdida de confianza en la capacidad de tomar decisiones
- ❑ Inferior autoestima
- ❑ Preocupación por la muerte
- ❑ Hostilidad
- ❑ Conducta autodestructora
- ❑ Ira / bahío
- ❑ Desesperación
- ❑ Deseo de recordar la fecha de la muerte
- ❑ Preocupación con la fecha en que “debería” nacer o el mes del nacimiento

---

<sup>32</sup> Diccionario Enciclopedia de la Psicología. Editorial Océano.

- ❑ Intenso interés en los bebés
- ❑ Instinto maternal frustrado
- ❑ Odio a todo lo relacionado con el aborto
- ❑ Deseo de acabar la relación con su pareja
- ❑ Pérdida del interés en el sexo
- ❑ Incapacidad de perdonarse así mismo
- ❑ Sentimiento de deshumanización

### **5.17 CAUSAS CARENCIALES PSICOAFECTIVAS.**

Para una adolescente que apenas inicia una maduración psicoafectiva y biológica, que aún no ha definido sus conceptos, ni logrado una autonomía personal, afrontar un embarazo es una realidad que supera sus posibilidades personales, por eso al percatarse de su estado se impacta y desorienta por lo incierto que resulta tanto su futuro como el de su hijo.

Esta situación se agrava cuando se trata de adolescentes solteras, pobres, con pocas oportunidades escolares y laborales, bajos ingresos o actividad laboral mal remunerada y muchas veces rechazada e incomprensida por su propia familia.

Una vez enfrentada con su realidad, la adolescente puede recurrir a personas que la mal orientan y la conducen a tomar una decisión de inducirse el aborto.

## 5.18 CONSECUENCIAS TARDÍAS

**5.18.1. Síndrome post aborto.** Las mujeres que se practican un aborto sufren emocional y espiritualmente, lo que es conocido como *síndrome post aborto*.

Una condición por medio de la cual el aborto destruye el vínculo natural entre los padres y sus hijos y que deja a la madre y al padre con la sensación de que les falta algo.

Este síndrome es un cuadro que puede surgir inmediatamente después del aborto y permanecer latente por un largo tiempo manifestando sus síntomas en modos definidos. Se considera que al cabo de 5-6 años se pueden conservar su manifestación clínica de modo acabado<sup>33</sup>.

El síndrome post aborto lo sufren:

- ❑ Cualquiera puede sufrirlo
- ❑ Los hombres y mujeres que han perdido un niño debido a un aborto
- ❑ Los niños y abuelos que han perdido a un hermano o a un nieto a través de un aborto.

Conceptos emocionales. Algunos de sus síntomas son:

- ❑ Negación, ira, culpa
- ❑ Incapacidad de tener relaciones en la sociedad
- ❑ Desespero o depresión
- ❑ Abuso de niño

---

<sup>33</sup> Ibid p 93

- Pesadillas que se repiten
- Relaciones rotas
- Desordenes en el comer
- Preocupación por la muerte o en el aniversario del aborto
- Pensamiento o tendencias suicidas

Se señala que las manifestaciones de los síntomas mencionados dependen de su intensidad y del momento en el que surja, no siendo igual en todas y cada una de las mujeres, dependerán de varios factores que hacen la construcción de la personalidad de la mujer, tales como: número de pérdidas anteriores, fortaleza, habilidad para racionalizar o negar sus sentimientos, estructura de personalidad de base<sup>34</sup>.

## **5.19 ASPECTO SOCIOCULTURAL**

**5.19.1 Aborto y religión.** La mayoría de iglesias han declarado su posición frente al aborto en forma clara, otros credos también han manifestado una posición contra el aborto (por ejemplo los judíos ortodoxos, protestantes, evangélicos, iglesia luterana, mormones). El principio fundamental en el que creen esta iglesias es que la vida comienza al momento de la concepción y, por lo tanto, el feto es digno de derechos y protección, para estos grupos una meta importante es revertir o detener las leyes que legalizan el aborto.

Sin embargo, dentro de estos mismos grupos hay quienes no están de acuerdo con las posiciones oficiales, por ejemplo, dentro de católicos hay grupos que en la actualidad defienden el aborto durante el primer trimestre y hay hechos

---

<sup>34</sup> Ibid p 94

que en algún momento aceptan la idea aristotélica que el alma no entra al cuerpo hasta después de 40-80 días de la concepción (Santo Tomás de Aquino ratificó esta idea) No siempre se precisó que el alma comienza desde la concepción, por esto, algunos católicos argumentan que el catolicismo cambió para tomar en cuenta las necesidades y preocupaciones de los grupos preelección a favor<sup>35</sup>.

La mayoría de comunidades religiosas, excepto los católicos, aceptan el aborto en casos excepcionales como en el caso en que la vida de la madre este en peligro de muerte.

Otros grupos abiertamente han adoptado la posición pro-elección (por ejemplo la iglesia Unida de Cristo, Iglesia Unida Metodista, Iglesia Episcopal, Iglesia presbiteriana), considerando que la definición del momento en que la vida humana se inicia es una cuestión que no esta establecida. Por lo tanto, creen que se debe permitir a la mujer ejercer su libertad personal y seguir sus creencias morales y religiosas.

También consideran que el bienestar de las mujeres es una prioridad sobre el bienestar del niño y, creen que la legalización del aborto asegura la salud de la mujer.

La mayoría de estas comunidades consideran que el aborto es una opción en circunstancias especiales, y que por lo tanto no debe ser usado como un modelo ordinario de planificación familiar<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> MATHE ZAPATA, Leonelo. El aborto en Colombia, aspecto médico jurídico eclesiástico. Editorial Grijalbo S.A., p. 50, 1996.

<sup>36</sup> IBID. p. 51

**5.19.2 Aborto y el hombre.** Detrás de toda mujer que aborta hay un hombre que aborta, sin embargo, muy poco se ha dicho sobre las razones y las consecuencias del abortar en el hombre. Los hombres cuyas mujeres toman la decisión de abortar se sienten fuera de control, aislados y bravos consigo mismo y con su pareja. También temen que el aborto cause daño físico y emocional a la mujer.

Los hombres por lo general no quieren intervenir en la decisión y suelen mantenerse un tanto distantes, en el fondo desean ser participes del proceso. Por esto es muy importante que la mujer comparta con el hombre en estos momentos, porque él se mostrará mucho más cercano a ella si ésta lo involucra en la decisión.

Al igual que las mujeres, los hombres se hacen las mismas preguntas que se hacen las mujeres cuando su embarazo no es deseado, sin embargo sienten que tienen menos derechos que ellas a presionar porque el niño depende de su propio cuerpo<sup>37</sup>.

Las consecuencias del aborto en el hombre son similares a las de la mujer. La mayoría de hombres que han tenido posibilidades de procesar la decisión no sienten arrepentimiento. En cambio la decisión no ha sido tomada en pareja y cuando hay excesivas presiones por tomar la decisión, los sentimientos de culpables invaden y suelen pensar constantemente en el niño que hubiera podido nacer.

---

<sup>37</sup> IBID. p. 54

En ningún país de occidente en el que el aborto es legal, se da derecho al hombre sobre la decisión porque se considera que la mujer no puede ser legalmente obligada a una decisión que involucra su cuerpo<sup>38</sup>.

**5.19.3 Realidades y magnitudes del aborto inducido en Colombia.** Las realidades y magnitudes del aborto inducido en Colombia empieza por revisar sus dimensiones, para ello se debe analizar la situación de cada una de las mujeres que han tenido abortos inducidos, las que están en situaciones de riesgo, la recurrencia, el promedio de abortos por mujer, la evolución y tendencias, el incremento según generación y año de aborto, las condiciones sociodemográficas y de prevención, las circunstancias familiares y coyunturales, los muchos conflictos y las rutas de decisión.

Por otra parte, se debe estudiar los saberes femeninos, los discursos oficiales, las redes sociales y su papel como ámbito de control y solidaridad. Después debemos detenernos en el momento mismo del aborto: condiciones, circunstancias y vivencias, la calidad y costos del servicio.

En la actualidad una proporción muy grande de mujeres colombianas han vivido las experiencias del aborto, el 54.5% de los cuales estaban en ese momento casadas, tenían una unión libre estable y otros hijos. Por otro lado el aborto inducido se ha incrementado de tal manera que entre las mujeres ha alcanzado un 4.28% en el siguiente grupo de 18-19 años, la proporción se ha cuadruplicado al pasar de 2.04% a 0.16%.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Ibid p 56

<sup>39</sup> [www.foinguptdhs.org/inei/demografía/16315/c443.html](http://www.foinguptdhs.org/inei/demografía/16315/c443.html)

Cuando se analizan las cifras anteriormente mencionadas sale a flote las preguntas ¿Qué pesa más en la condición de aborto? Encontrar en que la población pobre son las circunstancias del momento: el marido las abandonó, están desempleadas, la familia no la recibe, entre otras.

Ahora que sucede después de haber tomado la decisión de abortar, se encuentra que las mujeres se someten solas a cualquier tipo de procedimiento, especialmente los de nivel socioeconómico de estrato 1-2 sin importar el riesgo que este amerita para su vida. Claro esta que muchas de ellas son presionadas por su compañero a que se realice el aborto.

La prevención es muy precaria e inconsistente, lo que explica la ausencia de la anticoncepción en el momento del embarazo en el 78.4% de las mujeres que han abortado. Hay también un fracaso o un mal uso de los anticonceptivos, lo que nos explicaría el 21.6% de los abortos restantes.

Para prevenir el aborto inducido y la morbilidad por aborto es necesario prevenir el aborto indeseado en especial en su aspectos socioculturales, revisar la legislación penalizante y el control de los servicios de salud de las mujeres. Las investigaciones realizadas en Colombia muestran que son las mujeres más pobres y con varios hijos y las más jóvenes las que concentran la morbilidad por aborto, porque son los que más tienen que recurrir a servicios clandestinos que utilizan sondas y otros técnicas de muy alto riesgo.

**5.19.4 Los adolescentes y el aborto.** En la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vía de desarrollo, cada año a nivel mundial hay por lo



menos 4.5 millones de jóvenes que recurren al aborto anuales, por cada mil mujeres de 12 a 19 años.

Debido a la censura que existe en muchas sociedades con respecto al tema de la sexualidad, los y las adolescentes carecen de información y acceso a los servicios adecuados de planificación familiar en condiciones de confidencialidad e independencia. Por otra parte, carece muchas veces de medios económicos, contactos sociales o de transporte para recurrir a un aborto seguro, como las adolescentes no están lo suficientemente maduras para el parto desde el punto de vista psicológico y físico, los partos a edad temprana también se traducen en elevado índice de morbilidad materna. Las jóvenes o adolescentes tienen más probabilidades que las mujeres mayores de tener un parto prematuro, un aborto espontáneo o de que el producto de la gestación nazca muerto<sup>40</sup>.

También es cuatro veces mayor la probabilidad de que mueran en complicaciones del embarazo<sup>41</sup>.

Se ha observado un aumento en las consultas y hospitalizaciones en la sala de urgencia ginecológica y patológica del primer trimestre del embarazo, en el Hospital General de Barranquilla por aborto en adolescentes.

Se calcula que un 20 a 30% de las gestantes terminan en aborto, sin embargo hay estadísticas que indican una incidencia de abortos entre el 40 y el 50% y aún hasta el 80% de todas las gestantes cuando se incluye embarazo muy

---

<sup>40</sup> [www.foingptdhs.org/inei/demografía/16315/c443.htm](http://www.foingptdhs.org/inei/demografía/16315/c443.htm)

<sup>41</sup> IBID. p. 120

temprano, su incidencia aumentaría si se tiene en cuenta que los abortos provocados, todos no son reportados<sup>42</sup>.

## **5.20 DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LOS ADOLESCENTES**

El derecho de la salud reproductiva ha sido reconocido a nivel internacional como parte de los derechos humanos de los y las adolescentes. En efecto, la convención de los derechos del niño, es el primer tratado internacional que reconoce los derechos reproductivos de los y las adolescentes. Dicha convención protege los derechos a la vida y a la salud lo que incluye el derecho a una atención médica adecuada confidencial y segura para las adolescentes que tienen complicaciones médicas a causa de un aborto inseguro, así mismo la convención del niño también obliga a los estados que hacen parte de ésta asegurar que todo niño y niña disfrute plenamente a su derecho a la intimidad y a expresar su opinión en los asuntos que la afecten directamente.

En la conferencia internacional sobre población y desarrollo y la Cuarta Conferencia Internacional sobre la mujer reafirman lo establecido en la convención del niño y aclaran que “toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”, definiendo la salud reproductiva como “la capacidad de disfrutar la vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no cuando y con que frecuencia”.

---

<sup>42</sup> Estadísticas Hospital General de Barranquilla.

En esta misma conferencia los gobiernos también acordaron que “los países con la asistencia de la comunidad internacional deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes y la educación, la información y la asistencia materia de salud reproductiva”.

A pesar de que el embarazo no deseado en los adolescentes constituye un problema prioritario en los países de América Latina y el Caribe. En muchos países de la región no existen programas nacionales que atiendan las necesidades de los y las adolescentes en lo referente a la información sobre salud o programas de educación sexual orientado a prevenir embarazos no deseados. Por lo tanto resulta imperativo garantizar el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva que permitan atender las necesidades de los y las adolescentes.

## **6. ENFOQUE HISTÓRICO LEGAL DEL ABORTO EN COLOMBIA**

Un hecho que llama la atención es la falta de información o de divulgación en los libros de medicina legal y psiquiátrica para los estudiantes de jurisprudencia en los códigos vigentes hasta el año 1936, es la figura política del aborto terapéutico.

El aborto en Colombia ha sido tipificado como un delito desde el siglo XIX, así lo señala la publicación de la Universidad Externado de Colombia.

### **6.1 LA LEGISLACIÓN DEL AÑO DE 1837**

Contempla el aborto “los delitos y culpas contra los particulares” es decir, el bien jurídico titulado no era la vida ni la integridad física, sino que se refería a una especie de protección de interés colectivo, como la moral, las buenas costumbres. Esta legislación seguía de la siguiente forma:

Art. 662: Tratado sobre el aborto provocado sin el discernimiento ni el consentimiento de la mujer embarazada y sobre el aborto consentido<sup>43</sup>.

Art. 663. La pena se aumenta si llegaba a producir el aborto.

---

<sup>43</sup> MATHE ZAPATA, Leonelo. El aborto en Colombia, aspecto médico jurídico, Ed. Grijalbo S.A., p. 45, 1996

Art. 664. Se elevaba la pena cuando el sujeto activo era cirujano, boticario, comadrona o partera

Art. 665. refrenda a la mujer gestante a que se provocare o causare aborto.

Art. 666. Trataba sobre el aborto a honoris causa. Este mismo contenido fue seguido por el Código Penal del año de 1873 en los artículos 488 a 491.

## **6.2 EL CÓDIGO PENAL DE 1890**

Fue expedido durante el gobierno de Rafael Núñez y su articulado es el siguiente:

Art. 639. Si resultase efectivamente el aborto sufrirá el reo de 5 – 10 años de presidio y de 4-8 años en el segundo caso.

Art. 640. Si el que administra, facilita, proporciona a sabiendas los medios para el aborto fuere el que ejerce la medicina, cirugía, boticario, comadrón o partero sufrirá las penas señaladas en los artículos anteriores<sup>44</sup>.

Art. 641. La mujer embarazada que para abortar emplee a sabiendas o consienta en que otro emplee un método abortivo, sufra una pena de 1 a 3 años de prisión.

---

<sup>44</sup> Ibid p 46

Art. 642. Si la fue honrada y de buena forma anterior y resultase, a juicio de los jueces que el único móvil de la acción fue el encubrir a su fragilidad, se le impondrá una pena de 3 a 6 meses de prisión.

Art. 643. El que cometiese cualquier otro acto de violencia o alguna mujer embarazada y resultare aborto sin que ese fuese la intención se le impondrá una pena de 1 a 4 años de prisión.

### **6.3 LEY 109 DEL 22 DE DICIEMBRE DE 1922**

En el año de 1912 el senador José Vicente Concha presentó al Senado de la República un proyecto de Código Penal como fin de modificar el Código penal de 1890 en el cual se elimina la figura política del aborto terapéutico, pero presenta el aborto a honoris causa en su artículo 331. al ser derogada esta ley, siguió el Código Penal de 1890 que estuvo vigente hasta el año de 1936<sup>45</sup>.

### **6.4 DECRETO 2300 DEL 4 DE SEPTIEMBRE DE 1936**

Se aprobó un Código Penal que estuvo vigente hasta el año de 1980 en el cual se sanciona a la mujer por un aborto consentido. También se sanciona el que causare aborto no consentido e incluye aquel aborto para salvar el honor, al cual se le disminuye la sanción aplicada.

---

<sup>45</sup> Ibid p 47

## **6.5 LA LEY QUINTA DE 1979**

Concedió facultades extraordinarias al gobierno para expedir y poner en vigencia un nuevo Código Penal, sobre la base, principios y lineamientos generales del proyecto presentado por el gobierno al Senado de la república el día 3 de agosto de 1978 y el anteproyecto publicado por el Ministerio de Justicia que para los efectos de esta ley formará parte del expediente. El nuevo Código Penal fue adoptado por medio del Decreto 100 de 1980.

## **6.6 CÓDIGO PENAL DE 1980<sup>46</sup>**

Art. 343. Aborto consentido con una prisión de uno a tres años.

Art. 344. Aborto sin consentimiento con una prisión de tres a diez años.

Art. 345. Circunstancias especiales (acceso carnal violento, inseminación artificial no consentida) con prisión de 4 meses a 1 año. Con esta ley se sancionaba por igual a la mujer embarazada que se provocaba el aborto y al que le causase el aborto.

## **6.7 CÓDIGO PENAL DEL AÑO 2000**

Art. 122. La mujer que causase su aborto o permitiese que otro se lo cause incurrirá en prisión de 1 a 3 años.

---

<sup>46</sup> Ibid p 48

A la misma sanción esta sujeto quien, con el consentimiento de la mujer realice la conducta prevista en el inciso anterior.

Art. 123. El que causare aborto sin consentimiento de la mujer o en mujer menor de 14 años, incurrirá en prisión de 4 a 10 años.

Art. 124. La pena señalada por el delito de aborto se disminuirá en tres cuartas partes cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentido.

Parágrafo. En los eventos del inciso anterior cuando se realice el aborto en extraordinaria condiciones anormales de motivación, el funcionario judicial podrá prescindir de la pena cuando ello no resulte necesario en el caso concreto.



## **7. METODOLOGÍA**

El enfoque metodológico es retrospectivo humanista que nos orienta a considerar que la población objeto de estudio esta relacionada con todo el aspecto del comportamiento, emociones, afectos y las relaciones de tipo social.

El estudio se realizó bajo un diseño no experimental, transversal, descriptivo.

### **7.1 POBLACIÓN**

La investigación se realizó en la sala de urgencias ginecológica (sala séptica) del Hospital General de Barranquilla, con diagnóstico de abortos inducidos en adolescentes con edades entre 12 a 18 años, en el tiempo transcurrido de junio a diciembre de 2002.

El Departamento de Estadísticas del Hospital de Barranquilla permitió trabajar con 146 consultas registradas durante el tiempo de junio a diciembre de 2002.

### **7.2 TÉCNICAS DE INFORMACIÓN**

Para obtener la información se utilizaron técnicas como:

- Observación directa
- Entrevistas
- Historia clínica

### **7.3 FASES Y TIEMPO EN LOS QUE AVANZÓ EL PROCESO INVESTIGATIVO**

**Primera fase:** Elaboración y recolección de la propuesta de la investigación.

**Segunda fase:** Acercamiento a la recolección de datos estadísticos sobre las adolescentes que consultaron con aborto inducido en la sala de urgencias del Hospital General de Barranquilla.

**Tercera fase:** Recolección de información por medio de la observación directa.

**Cuarta fase:** Sistematización y análisis estadístico, observacional de la información; con el fin de describir los resultados obtenidos.

**Quinta fase:** Socialización. Dar a conocer a la comunidad Unadista y a la Universidad, los resultados obtenidos en el proyecto de investigación.

La universidad y otras instancias formativas, convocarán a sustentaciones públicas para socializar la investigación y sus resultados.

**Sexta fase:** Elaboración, transcripción y entrega del documento final.

## **Tiempo en los que avanzó la investigación**

Primera fase: Junio 1 a julio 30 – 2002

Segunda fase: julio 30 a agosto 31 – 2002

Tercera fase: agosto 31 a Septiembre 15 – 2002

Cuarta fase: septiembre 15 a septiembre 30 – 2002

Quinta fase: septiembre 30 a octubre 15 – 2002

Sexta fase: octubre 15 a Diciembre 31 – 2002

## **7.4 RECURSOS Y MATERIALES**

Transportes varios	200.000
Útiles de papelería y fotocopia	150.000
Imprevistos	100.000
Llamadas telefónicas	70.000
Internet	100.000
Revistas	80.000
Transcripciones y empaste	<u>100.000</u>
<b>Total</b>	<b>\$ 800.000</b>

## **7.5 RECURSO HUMANO**

- Grupo de adolescentes en edades de 12 a 18 años
- Médico gineco-obstetra
- Estudiantes de décimo semestre de medicina de la Universidad Libre Seccional Barranquilla y de Psicología de la UNAD Cread Barranquilla.
- Asesores del programa de investigación.

## **7.6 RECURSO INSTITUCIONAL**

- Hospital General de Barranquilla
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia (U.N.A.D.)
- Universidad Simón Bolívar.



### CUADRO DE VARIABLES

<b>Nombre de la Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Clasificación</b>
EDAD	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento, expresado en años.	Cuantitativa	12 – 18 años
ESTADO CIVIL	Condición de una persona con relación a su pareja frente a la iglesia, el estado y la sociedad.	Cualitativa	Soltera Casada Unión Libre
ESCOLARIDAD	Número de años cursados en el colegio u otras instituciones educativas.	Cuantitativa	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universidad
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Estratificación de la adolescente por ingreso.	Cualitativa	Bajo Medio
OCUPACIÓN	Actividad de la adolescente embarazada.	Cualitativa	Estudiante Hogar Otras
PROCEDENCIA	Lugar de donde procede la adolescente.	Cualitativa	Barranquilla Otro municipio Otros departamentos
RELIGIÓN	Doctrina religiosa que profesa la paciente.		Católica Cristiana Evangélica Testigo de Jehová Ateo Otros
EDAD GESTACIONAL	Período transcurrido desde la concepción hasta la fecha.	Cuantitativa	Menor de 20 semanas 6 a 10 semanas 9 a 6 semanas 5 a 3 semanas

## 8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

### **Edad vs. Aborto Inducido**

De acuerdo con la edad de las adolescentes con aborto inducido y espontáneo en edades entre 12 – 13 años, el porcentaje es de 4% en las edades entre 14 – 15 años, el porcentaje de abortos inducidos es del 11.6% de 16 – 18 años el aborto espontáneo fue del 28%

Con base en los resultados encontrados, se puede observar un mayor índice de adolescentes con aborto en Barranquilla, en edades entre los 16 a 18 años y en general con edades mínima de 12 a 13 años.

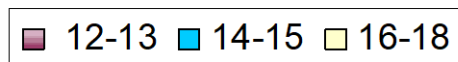
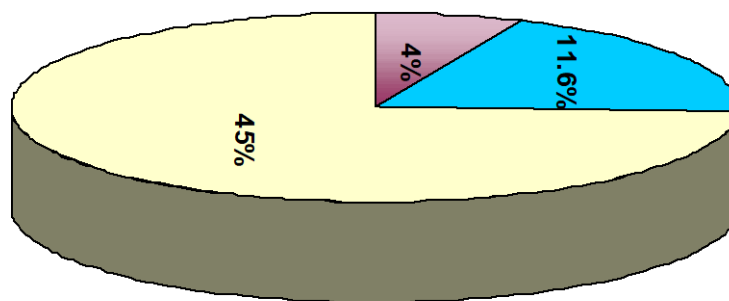
Los motivos para que se de un aborto a estas edades están de acuerdo con las circunstancias particulares que rodean a la adolescente; las razones o causas usuales son la inestabilidad social con la pareja, falta de comunicación intrafamiliar, la rebeldía ante la rigidez de los padres, debido a la crisis de la estructura familiar. Desde lo psicológico observamos que la etapa en que se encuentra la joven es crítica, debido a la inmadurez y el grado de conciencia que hay con respecto a la procreación. Ver Tabla y Gráfica No. 1.

TABLA 1. Número de abortos inducidos en adolescentes en edades entre 12 a 18 años, en sala de Urgencia Ginecológica del Hospital General de Barranquilla, desde el 1 de junio a octubre 31 de 2002

Clase de Aborto	Edades							Total
	12	13	14	15	16	17	18	
Espontáneo	3	3	3	7	11	13	17	57
Inducido	2	4	5	12	15	20	31	89
<b>Total</b>	5	7	8	19	26	33	48	146

Fuente. Sala de urgencia Ginecológica del Hospital General de Barranquilla

### Aborto Inducido





## **Estado civil vs. Aborto Inducido**

Con respecto al número de casos de abortos inducidos, fue mayor en las solteras con 32 casos, le sigue la de unión libre con 28 casos y las casadas con 23 casos.

De acuerdo al estado civil de la adolescente, la mayor incidencia de aborto inducido se presentó con un porcentaje del 21% en solteras y unión libre 19% y las casadas con un 15.7%.

De acuerdo con el estado civil de la adolescente con abortos inducidos, en Barranquilla el mayor porcentaje pertenece a las solteras.

Sólo un mínimo porcentaje de adolescentes están unidas en matrimonio, contrastando con el gran número de adolescentes que viven en unión libre, como respuesta se deben tener en cuenta varios factores: En Colombia los matrimonios católicos no son celebrados cuando ambos o uno de los miembros de la pareja es menor de 18 años; a menos que tenga autorización de sus padres.

En cuanto al matrimonio civil, a pesar de ser legalmente válido, no goza de acogida del ciudadano de clase baja, el matrimonio católico es celebrado ante la iglesia como único y válido.

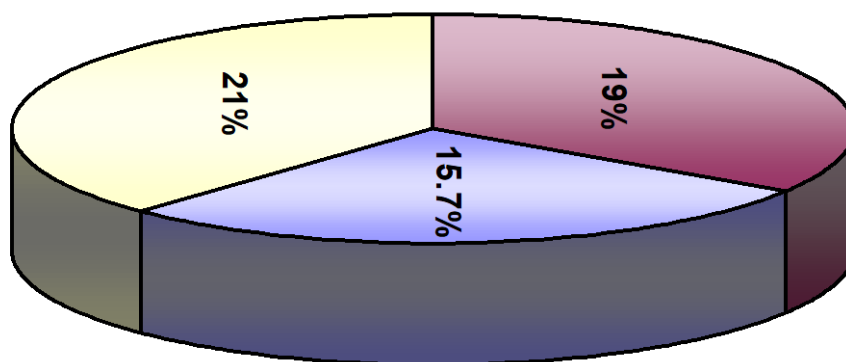
Otro factor determinante puede ser que un gran número de adolescentes provienen de hogares en donde los padres viven en unión libre o madres solteras, y éstos a su vez siguen la tendencia de repetir el modelo visto en sus padres. Ver Tabla y Gráfica 2.

TABLA 2. Número de abortos inducidos con relación al estado civil en adolescentes en edades entre los 12 a 18 años en Sala de Urgencias Hospital General de Barranquilla, desde el 1° de junio a octubre 31 de 2002

Estado Civil	Número de casos		
	Espontáneos	Inducidos	Total
Unión Libre	23	28	52
Casada	12	23	35
Soltera	28	32	59
<b>Total</b>	63	83	146

Fuente. Sala de Urgencias de Ginecología del Hospital General de Barranquilla

#### Aborto Inducido



■ Unión Libre ■ Casada ■ Soltera

## **Religión vs aborto inducido**

Se encuentra que el 20.5% de abortos inducidos son católicas, el 10.2% son cristianas, el 7.5% son evangélicas, el 6.8% son ateas, el 6% son testigos de Jehová y el 3.4% otras religiones.

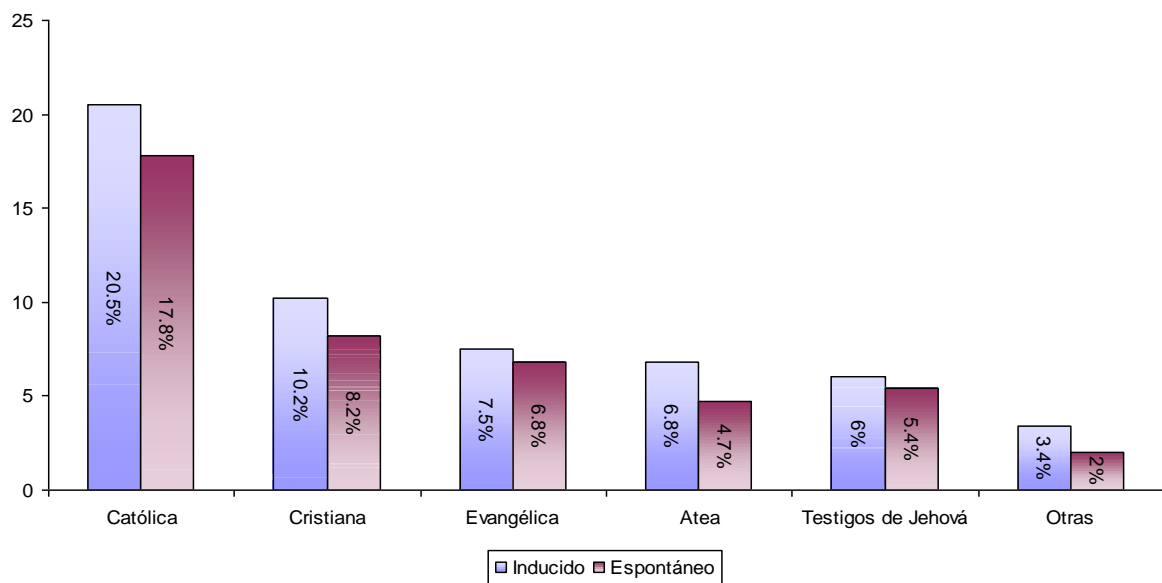
Religiones como la evangélica y/o cristiana comprometen a sus seguidores con los ideales de sus doctrinas que incluyen principios tales como: la prohibición de relaciones prematrimoniales, entre otras; mientras que no lo cumplen un gran número de católicos creyentes, más no participantes continuos de las doctrinas, ideales y dogmas que éste practica.

Estos preceptos presentados por varias religiones al oponerse represivamente al temor de la sexualidad, es un tema prohibido y el adolescente en ese período de sus impulsos sexuales se encuentra con barreras impuestas por la sociedad, donde puede adoptar varias posiciones, como acogerse a las normas sociales o tomar una actitud de rebeldía en buscar un patrón de identidad. Ver Tabla y Gráfica 3.

TABLA 3. Número de abortos inducidos, según la religión que profesan las adolescentes en edades entre los 12 a 18 años, en sala de Urgencia Ginecológica Hospital General de Barranquilla desde el 1° de junio a octubre 31 de 2002

Religión	Inducido	Espontáneo	Total
Católica	30	26	56
Cristiana	15	12	27
Evangélica	11	10	21
Atea	10	7	17
Testigo de Jehová	9	8	17
Otros	5	3	8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>66</b>	<b>146</b>

Fuente. Sala de Urgencia Ginecológica Hospital de Barranquilla.



## **Grado de escolaridad vs Aborto Inducido**

La incidencia de abortos inducidos fue mayor en la primaria completa con porcentaje del 24%, mientras que la menor incidencia fue en adolescentes con universidad incompleta, con un porcentaje de 4%.

En conclusión, en el aborto inducido, la mayor incidencia fue en adolescentes con primaria completa.

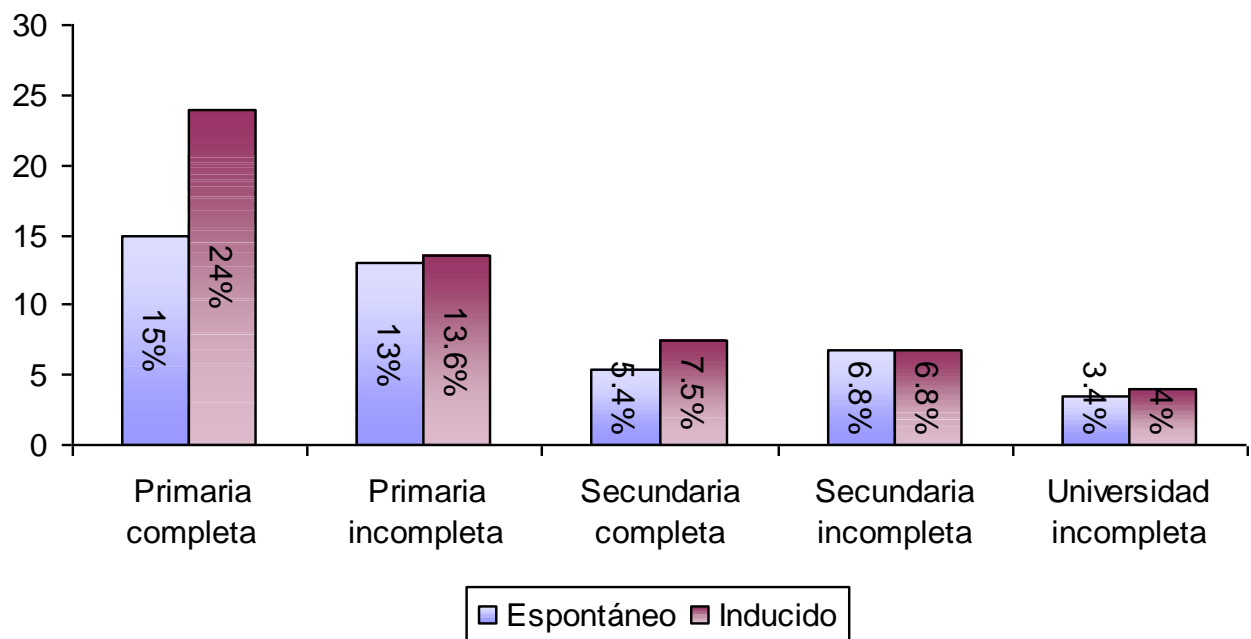
Con relación a la escolaridad, se observa la influencia que ejerce el nivel educativo como factor psico-social que determina la interrupción de un embarazo en adolescente, si ésta a su vez pertenece a un estrato socioeconómico muy bajo y proviene de los barrios marginados de Barranquilla y de los municipios.

Esta adolescente debido a su bajo nivel educativo, no pueden alcanzar las metas propuestas, se ven precisadas a aceptar trabajos mal remunerados o , establecerse al lado de un compañero para poder, en parte, sentirse con un poco de estabilidad, pero sin compromiso de un embarazo. Ver Tabla y Gráfica 4.

TABLA 4. número de abortos inducidos según en grado de escolaridad en adolescentes entre edades de 12 a 18 años en Sala de Urgencia Ginecológica del Hospital General de Barranquilla desde el 1° de junio a de octubre 31 del 2002

Grado de Escolaridad	Número de Casos		
	Espontáneo	Inducido	Total
Primaria completa	22	35	57
Primaria incompleta	19	20	39
Secundaria completa	8	11	19
Secundaria incompleta	10	10	20
Universidad incompleta	5	6	11
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>82</b>	<b>146</b>

Fuente. Sala de Urgencia Ginecológica del Hospital General de Barranquilla.



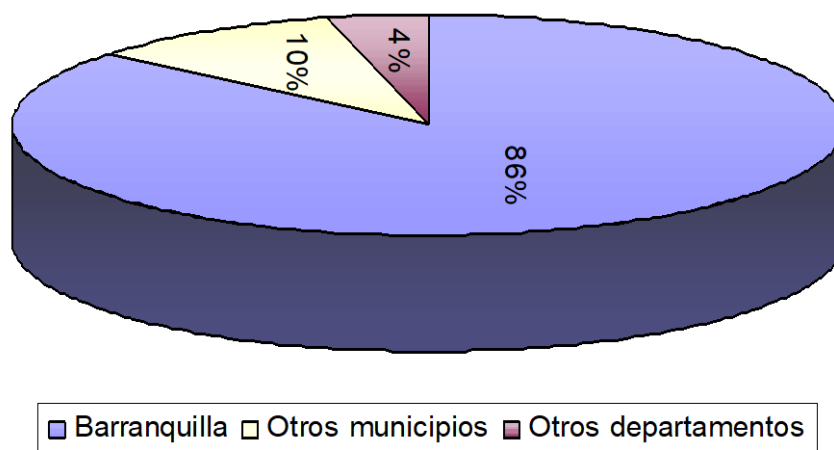
## Procedencia de la adolescente vs Aborto Inducido

En las adolescentes con respecto a la procedencia, viene de los barrios de Barranquilla, con un porcentaje del 86% y de otros municipios a lo largo del departamento con un porcentaje del 10% y de otros departamentos del 4%. ver Tabla, Gráfica 5.

TABLA 5. Procedencia de la adolescente con aborto inducido en edades entre 12 a 18 años, en Sala de Urgencia Ginecológica del Hospital General de Barranquilla desde 1° de junio a octubre 31 de 2002

Procedencia	No. casos
Barranquilla	126
Otros municipios	15
Otros departamentos	5
<b>Total</b>	<b>146</b>

Fuente. Sala de Urgencia Ginecológica del Hospital General de Barranquilla



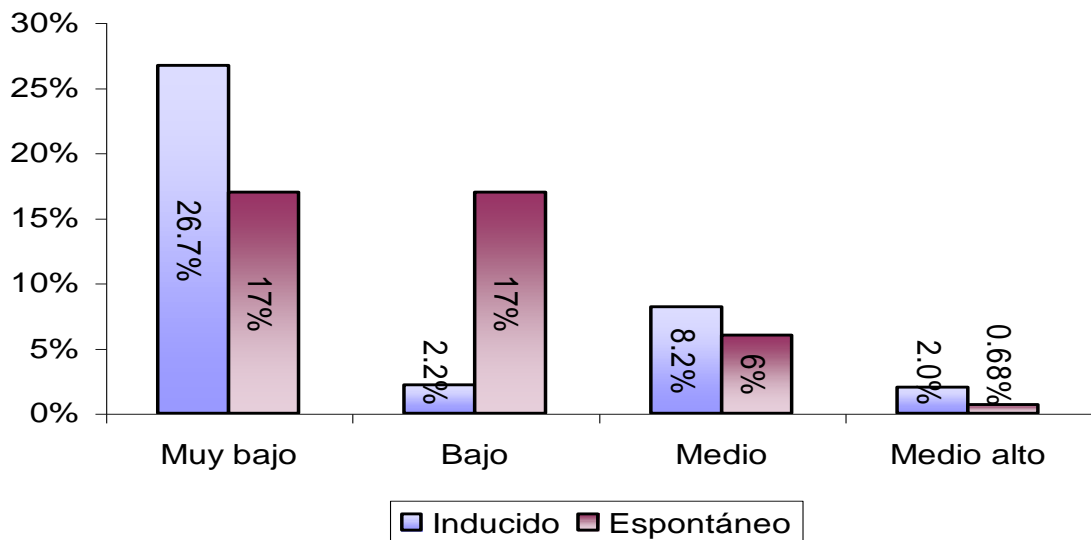
## Estado socioeconómico en adolescente vs Aborto Inducido

En las adolescentes el mayor número de casos de aborto inducido pertenece al grupo de nivel socioeconómico muy bajo, con un porcentaje del 26.7%, el menor número de casos de aborto inducido pertenece al nivel socioeconómico medio-alto, con un porcentaje de 2%. Ver Tabla y Gráfica 6.

TABLA 6. Número de abortos inducidos según el estado socioeconómico en adolescentes en edades entre los 12 a 18 años en sala de Urgencia Ginecológica desde el 1° de junio a octubre 31 de 2002

Tipo de Aborto	Estado socioeconómico				Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Medio alto	
Inducido	39	32	12	3	86
Espontáneo	25	25	19	1	60
<b>Total</b>	64	57	21	4	146

Fuente. Sala de Urgencia Ginecológica Hospital General de Barranquilla.





### Aborto Inducido de acuerdo a la Edad Gestacional

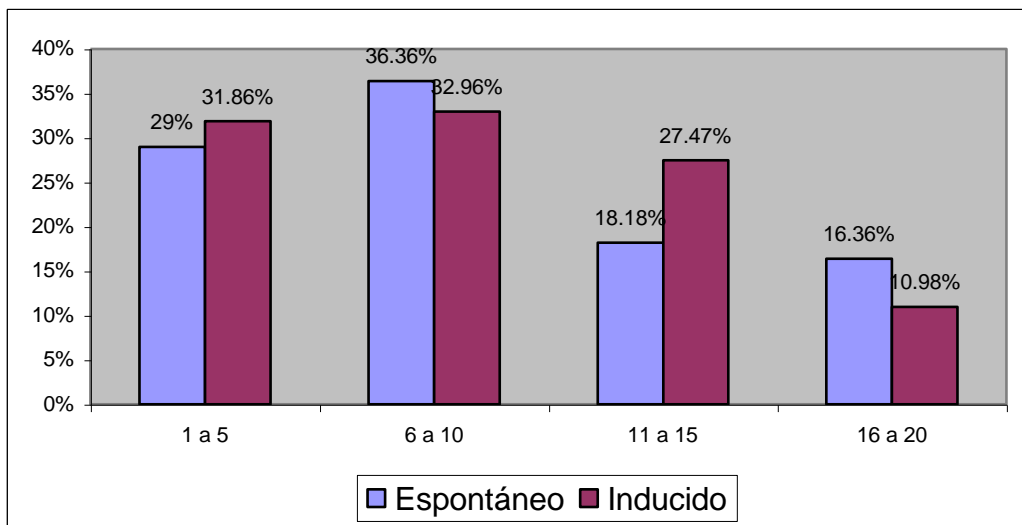
La mayoría de los abortos inducidos se produjeron entre las 6-10 semanas, con un porcentaje del 20.5% y el de menor incidencia fue el de 16-20 semanas con un porcentaje de 6.8%.

Se podría concluir que los abortos inducidos en el Hospital General de Barranquilla, se presentaron cuando las gestaciones oscilaban entre 6 y 10 semanas. Ver Tabla y Gráfica 7.

TABLA 7. Número de abortos con relación con las semanas de gestación en adolescentes en edades entre 12 a 18 años, en sala de Urgencia Ginecológica del Hospital General de Barranquilla desde el 1° de junio a octubre 31 de 2002

Espontáneo	Número de Casos		
	Espontáneo	Inducido	Total
1 – 5	16	26	42
6 – 10	20	30	50
11 – 15	10	25	35
16 – 20	9	10	19
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>91</b>	<b>146</b>

Fuente. Sala de Urgencia Gineco-obstétrica del Hospital General de Barranquilla.



## **Incidencia de abortos inducidos según la paridad**

En las adolescentes con respecto a la paridad se encontró que hay un mayor número de casos de abortos inducidos en el P0 del 23,5% y que el menor número de caso se encontró en P3, con un porcentaje de 0.68%

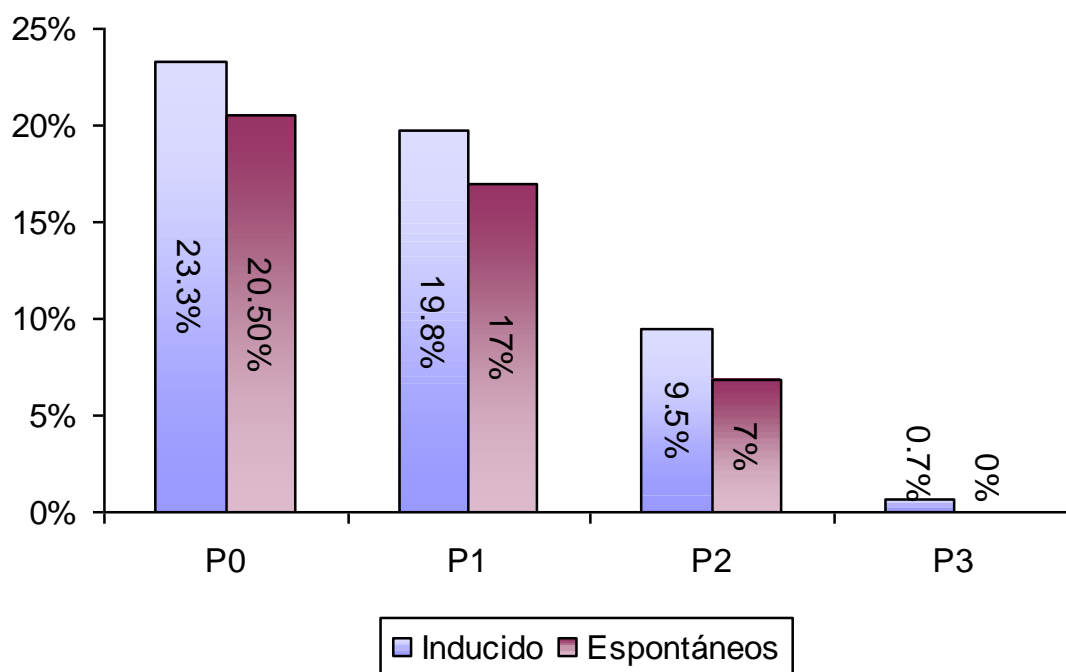
De acuerdo a la paridad de la adolescente, la mayor incidencia de aborto espontáneo se presentó en P0, con un porcentaje del 20.5% y va disminuyendo hasta llegar a 0 a medida que aumenta la paridad. Es así que una adolescente que se encuentra en su primer embarazo, desconocerá las consecuencias de inducirse a un aborto, por lo que se enfrenta a esta situación con total desconocimiento.

Al respecto se concluye que la representación social que del aborto pueda tener una adolescente variará de acuerdo con la experiencia que al respecto ha tenido con el mismo. Ver Tabla y Gráfica 8.

TABLA No.8. La incidencia de abortos inducido de acuerdo a la paridad en adolescentes en edades entre 12 a 18 años, en sala de Urgencia Ginecológica del Hospital general de Barranquilla, desde el 1° de junio a octubre 31 de 2002

Paridad	Número de Casos		
	Espontáneo	Inducido	Total
PO	30	37	57
P1	25	29	54
P2	10	14	24
P3	-	1	1
<b>Total</b>	65	81	146

Fuente. Sala de Urgencias Ginecológica del Hospital General de Barranquilla.



## **Aborto inducido vs Eventos Culturales**

La mayoría de abortos se producen en el trimestre de abril a junio en tres años consecutivos 1999 del 35.5%, en el 2000, 29%, en el 2001, 37% y el trimestre de menor abortos fue octubre a diciembre de 1999 con 21%, 2000 con 20% y 2001 con 20%.

Con base en los resultados obtenidos se observa un aumento de abortos en el segundo trimestre del año, tiempo después que se celebra en la ciudad de Barranquilla, (por lo general a finales del mes de febrero ó primeros días de marzo), el tradicional Carnaval, es una fiesta de gran arraigo cultural que compromete el comportamiento de los coterráneos que ven modificada su actividad durante 4 días con respectivas noches.

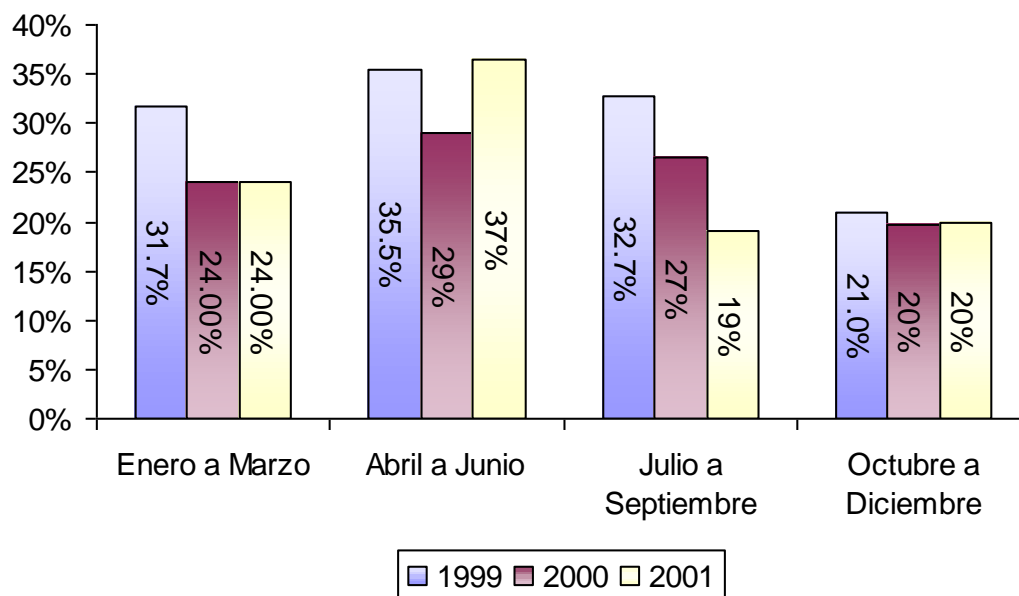
El carnaval es una fiesta pagana que invita al derroche, al desenfreno y al frenesí total. es un lapso de tiempo en el que fácilmente se puede observar la influencia de la cultura en el individuo y como éste influye en la misma, cuando se plantean situaciones que debido a la circunstancia vivida de jolgorio y desenfreno, las personas pueden transgredir la norma sin que ello implique el mayor asombro o compromiso por parte de los participantes .

Para la joven adolescente esta situación le sirve para dar inicio o continuar con un tipo de relación que la conduzca a un embarazo y posteriormente a un posible aborto. Ver Tabla y Gráfica 9.

TABLA 9. Número de abortos espontáneos e inducidos según el trimestre del año en adolescentes en edades entre los 12 a 18 años, en sala de Urgencia Ginecológica del Hospital General de Barranquilla por estadística de 3 años (1999-2000-2001)

Trimestre del Año	Año		
	1999	2000	2001
Enero – Marzo	67	57	60
Abril – Junio	75	68	90
Julio – Septiembre	69	62	46
Octubre - Diciembre	46	46	49
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>233</b>	<b>246</b>

Fuente. Sala de Urgencia Ginecológica Hospital General de Barranquilla.



## **Análisis Psicosocial y Comportamental de Abortos Inducidos**

A través de entrevistas siempre se han visto los conflictos de la adolescente como algo originado por ellos mismos, hay una tendencia a responsabilizarlos de todos sus actos, excluyendo así el medio que lo rodea, lo que llaman “influencia social” dentro de la cual se observó la “inestabilidad social” debido a crisis de la estructura familiar, teniendo un alto índice de porcentaje de 35.6%

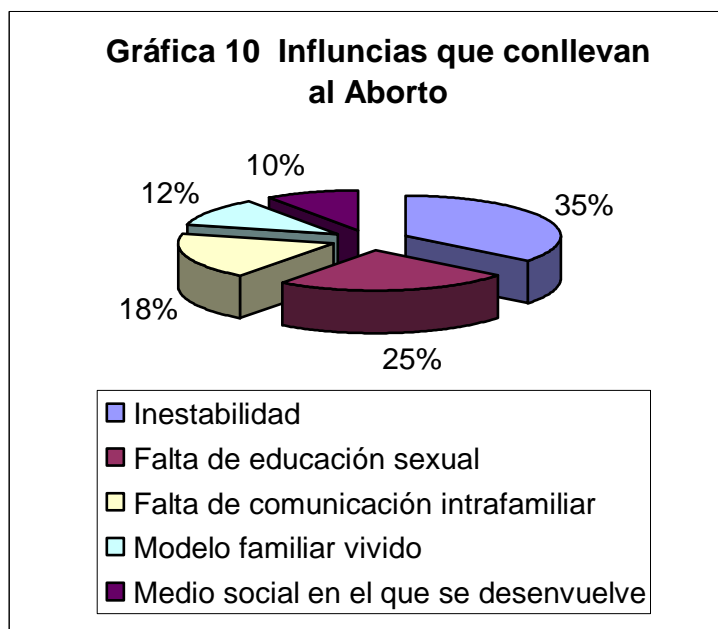
Dentro de esta influencia social se contempla la falta de educación sexual, con un porcentaje de 25% y este mismo orden se detecta la falta de comunicación intrafamiliar, con un porcentaje del 18%.

Lo mismo en el modelo familiar, como el patrón sociocultural, se enmarca en un medio machista, influyendo al deterioro de las relaciones interpersonales, tanto con el padre como con la pareja, con un porcentaje del 12%, lo mismo pasa con el medio social en que se desenvuelve, tiene un rol definido y ejerce influencia entre sí con un porcentaje del 10% sobre la población estudiada. Ver Tabla y Gráfica 10.

TABLA 10. Influencia que conlleva al aborto inducido a las adolescentes en edades entre los 12 a 18 años en Sala de Urgencia Ginecológica Hospital General de Barranquilla desde 1° de junio a octubre 31 de 2002

Influencias	No. de Casos
Inestabilidad	52
Falta de educación sexual	36
Falta de comunicación intrafamiliar	27
Modelo familiar vivido	17
Medio social en que se desenvuelve	14
<b>Total</b>	<b>146</b>

Fuente. Entrevistas, observación en sala de Urgencia Ginecológica Hospital General de Barranquilla.



A través de la observación se detectó una serie de comportamientos y emociones en la adolescente que consulto por aborto, tales como ansiedad emocional dada la circunstancia en que se encuentra la adolescente en esos momentos, también se mostró confundida y desorientada con respecto al procedimiento quirúrgico, se torna inquieta, no sabe ue hacer, busca seguridad física, de que le hagan el procedimiento bien y que no le pase nada, busca apoyo emocional y comprensión de los demás, haciendo contacto físico, tomando la mano de la enfermera o el acompañante y llevándosela a la cara para que le acaricie en una posición de falta de afectividad y al rato cambia su comportamiento y, se torna rebelde e impulsiva. En este momento la adolescente presenta muchos cambios de temperamento por la aprehensión en que se encuentra tan presionada por lo que está sucediendo. Ver Anexo 1.

De acuerdo con la experiencia vivida por parte de las investigadoras en el proceso de realización de esta investigación, se observó que las adolescentes que recurren a este tipo de solución, son jóvenes que carecen de:

- Adecuada orientación y apoyo familiar: Debido a que pertenecen a familias disfuncionales, generalmente conformadas por una madrastra o padrastro que ya han tenido otros compromisos familiares de los que han quedado otros hijos, este entorno resulta inaceptable para la adolescente, restándole calidad de vida y calidez familiar.

La comunicación de la adolescente con sus padres es casi nula, por lo que las manifestaciones afectivas entre ellos no es manifiesta.

- Formación: Como consecuencia de pertenecer a una familia disfuncional, la joven iniciará una vida sin una formación adecuada en el manejo de



valores tales como: madurez, integridad, responsabilidad, tolerancia, respeto, laboriosidad, humildad, prudencia, honestidad, solidaridad, perseverancia.

- Educación: Las oportunidades de estudios son muy limitadas, casi siempre por falta de recursos económicos, este factor condiciona a la adolescente a privarse de una adecuada orientación no solo académico, sino cultural, social y sobre todo una oportuna orientación sexual, lo que la predispone al riesgo de embarazo precoz.
- Satisfacción de necesidades básicas: Este puede resultar uno de los factores más relevantes en la vida de una adolescente, si se entiende la adolescencia como la etapa a través de la cual “se expresa un período prelaboral, generalmente de estudio, donde la persona no es exactamente un adulto ni un niño; en donde se da la fase denominada crisis de la adolescencia con sus saltos cualitativos, en el orden biológico, mental y social”.<sup>47</sup>

Lo anterior supone que una adolescente que crece con necesidades básicas insatisfechas, no desarrollará un autoconcepto, una autoestima y una autoimagen que le permitan ser una persona adulta con carácter y personalidad definidas, útiles a su entorno, a su familia, a la sociedad pero más que todo a si misma.

---

<sup>47</sup> RUBIO, Ricardo. Desarrollo evolutivo. Unisur. Pág. 105. 1997

## CONCLUSIONES

El 67.5% de la población estudiada practicaron aborto inducido ocurriendo después de la sexta semana de gestación y en pacientes con edades entre 16 y 18 años de edad; confirmándose de esta forma que el aborto inducido se practica cotidianamente muy a pesar que existen parámetros de tipo legal, social y psicológicos que presuponen tienden a disminuir el número de casos en nuestra sociedad colombiana.

El presente estudio permitió estar más de cerca de estos casos y particularmente en la Sala de Urgencias de Ginecología del Hospital General de Barranquilla, concluyendo lo siguiente:

1. Existen factores de tipo social en la población estudiada que están incidiendo en la práctica del aborto inducido, como son la carencia de una adecuada orientación y apoyo familiar, la carencia de un proceso de formación y educación, la insatisfacción de necesidades básicas en la adolescentes y programas de tipo social que permitan a la adolescente adquirir mayor seguridad en su desarrollo evolutivo y de personalidad.
2. Existen factores de tipo psicológico como son la falta de seguridad en sí misma por parte de las adolescentes, la baja autoestima, los estados depresivos y de ansiedad ocasionados por elementos familiares y la introyección de valores que permitan fortalecer un super-yo que se resista a es estado abortivo.

3. La etapa de la adolescencia que es crítica en una joven y la tendencia a ser conflictiva cuando no hay una verdadera identidad y sentido de responsabilidad ante el sexo y el sistema reproductivo.

4. Además existen factores de tipo legal y socioeconómicos que están incidiendo en la práctica del aborto inducido; la pobreza, la penalización y la conservación de tradiciones sociales hacen que las jóvenes recurran en la práctica de abortos.

5. Por ser el aborto un tema de tanta complejidad y que desde la historia del arte pocas son las investigaciones que se han realizado desde el punto de vista social y psicológico, en esta investigación cuyo propósito y objetivo fue determinar los factores psicosociales; éstos se encontraron relacionados con la cultura, el estado socioeconómico, la estructura familiar y la representación social de cada caso investigado.

*De esta forma estamos dando respuesta, como propuesta a nuestra pregunta problema: ¿ QUÉ FACTORES PSICOSOCIALES INCIDEN EN EL ABORTO INDUCIDO EN LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES QUE ASISTEN A LA SALA DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS DEL HOSPITAL DE BARRANQUILLA?*

## RECOMENDACIONES

- Realización de talleres dirigidos al personal médico y paramédico de las diferentes instituciones de la ciudad y, conferencias a nivel comunitario en los estratos de donde provienen las adolescentes con abortos.
- Educación sexual oportuna desde muy temprana edad, no solo en el núcleo familiar sino también en las instituciones educativas. Orientando la anticoncepción como la única forma de evitar un embarazo no deseado con una vida sexual plena.

Algunas investigaciones señalan que es probable que existan dificultades para la entrega de información, en parte por la barrera cultural que empobrece la comunicación entre médico y paciente, como también la dificultad para manejar por parte del equipo médico – enfermeras, la demanda emocional que se genera en la interacción médico – enfermera – adolescente. (Hernández Zetal 1985); siendo necesario poseer además de conocimientos, capacidad de comunicación con los adolescentes.

La adolescente se sentirá mejor atendida si el orientador las acoge en un entorno favorable. En particular los asesores deben hacer gala de su capacidad para:

- Establecer una buena relación con las clientas de manera que éstas no tengan reparo en hacer preguntas y hablar de sus preocupaciones.
- Utilizar buenas técnicas de comunicación (escucharlas, interrogarlas, dar ejemplos, confirmar las impresiones de ellas y expresarse de manera clara y comprensible).
  
- Dar pie para preguntas, respuestas y decisiones. La función del asesor debe centrarse en orientar a la adolescente a tomar la decisión más adecuada con respecto a su situación.<sup>48</sup>
  
- Realizar talleres y conferencias sobre planificación, enfermedades de transmisión sexual a los diferentes medios de comunicación para que la información que ellos les brindan a la comunidad sea la más adecuada.
  
- Contemplar aspectos relacionados con el trato entre la adolescente y el personal de salud, con información y consejería, a través de la interacción del profesional psicólogo, con la intención de satisfacer las necesidades afectivo – emocionales y educativas de la adolescente.
  
- Lo anterior supone que se les brinde un trato amable, humano y afectuoso, que comprenda un espacio en donde se les apoye emocionalmente, se acoja su dolor y donde se les explique acerca de su diagnóstico, estado de salud, procedimiento, tratamiento y demás. Esto disminuiría el estado de angustia y temor de la adolescente.

---

<sup>48</sup> Asesoramiento postaborto “Programas especiales”.  
[www.who.int//reproductive-health/publications/spanish](http://www.who.int//reproductive-health/publications/spanish)

- Siendo que son adolescentes éstas a tan temprana edad carecen de información sobre muchos aspectos y especialmente cuando viven una experiencia como el aborto, requerirán que se les informe sobre las causas, consecuencias, cuidados posteriores y métodos anticonceptivos.

Esta información es imprescindible y debe hacerse en forma oportuna para que sea preventiva.

Se sugiere se haga en un lugar privado y preferiblemente en compañía de la pareja, con un equipo de profesionales interdisciplinario (médico – enfermera – psicólogo – trabajadora social).

Además se deben tener en cuenta aspectos tales como:

- La situación clínica, personal y preferencias individuales de la adolescente.
- Las preocupaciones que puedan tener sobre sexualidad y fecundidad.
- Los problemas culturales, sociales o religiosos que pueda plantearles la planificación familiar.

En tanto psicólogos sociales, la recomendación sugiere que desde la Psicología se diseñe un programa de prevención y asistencia para adolescentes que vivan situación límite por aborto inducido, “potenciando sus capacidades para que adquieran conciencia y control sobre sus vidas y circunstancias vitales “ (Martín Baró 1986).

## BIBLIOGRAFÍA

- AUSONDO P., de la Fuente. Tratado de obstetricia y ginecología. Editorial Mc Graw-Hill Iberoamericana. Volumen 1. Primera Edición, 1997. pág. 240
- Enciclopedia de la Psicología. Editorial Océano. Pág. 14
- Estadística Hospital General de Barranquilla.
- Informe de la campaña contra la mortalidad y morbilidad materna. 1993
- MATHE ZAPATA, Leonelo. El aborto en Colombia, aspecto médico jurídico. Ed. Grijalbo S.A.
- Naciones Unidas CEDAN Informe para Colombia. 1998
- Organización Mundial de la Salud. Métodos médicos ininterrumpidos del embarazo.
- Organización Mundial de la Salud. Complicaciones del aborto y gestoriales de prevención y tratamiento, 1995.
- QUINTERO SUÁREZ, Luis Hernando, NIÑO MOGOLLÓN, Miguel Antonio, Psicología del Desarrollo, Universidad de Pamplona. Pág. 166
- RUBIO, Ricardo. Desarrollo Evolutivo. Unisur. Pág. 105. 1997.
- The Alan Guttmacher Institute. Folleto aborto una realidad latinoamericana.
- [WWW.folinguptolhs/org/inei/demografía/163/c4-43htm.8h](http://WWW.folinguptolhs/org/inei/demografía/163/c4-43htm.8h)
- [WWW.Aborto.50meg/com/](http://WWW.Aborto.50meg/com/)
- [WWW.Aborto.com/br/fotos2.htm/](http://WWW.Aborto.com/br/fotos2.htm/)

- [WWW.aciprensa.com/aborto.htm](http://WWW.aciprensa.com/aborto.htm)
- [WWW.encolombia.com.obstétrica](http://WWW.encolombia.com.obstétrica)
- [WWW.google.com](http://WWW.google.com)



# **A N E X O S**

# ANEXO 1

## ENTREVISTAS

### ENTREVISTA 1.

**Estudiante.** ¿Por qué vienes a consulta?

**Adolescente.** Estoy sangrando y tengo dolores, porque hace 3 días me aplique unas pastillas que me dijo una amiga que serían para hacerme bajar la regla pero el médico me dice que estoy de aborto, y tengo 6 semanas de embarazo y me tienen que hacer un legrado.

**Estudiante.** ¿Qué motivo le indujo a que tomará pastillas para abortar a tu hijo?

**Adolescente.** Lo que pasa es que yo no puedo, porque mi novio me dijo que no podíamos tener ese hijo porque ni él ni yo trabajamos y no tenemos donde estar, mi mamá no puede con la carga que tiene y va a poder con la mía.

**Estudiante.** ¿Cómo está formada tu familia y con quién vives?

**Adolescente.** Vivo con mi mamá y 2 hermanos pequeños que son unos terremotos, y 2 tíos solteros. Mi mamá trabaja en una casa de familia, hace tiempo desde que yo me acuerdo, desde antes de dejarse con mi papá; yo recuerdo que discutían mucho y después que nacieron mis hermanos se dejaron y mi mamá se vino de Santander adonde mis tíos, que nos recibieron y nos han ayudado en algo, porque la familia de mi mamá está en Santander.

**Estudiante.** ¿Cómo se comporta en la casa y el colegio?

**Adolescente.** Bueno, para mí yo a veces soy rebelde y digo una que otra grosería cuando me la hacen, en el colegio la paso chévere con mis compañeros, salimos a recochar cuando salimos del colegio. Estoy haciendo noveno de bachillerato, en el colegio no saben nada los compañeros, solo una de ellas, la que me dijo que tomara las pastas.

**Estudiante.** ¿Cómo es la comunicación con la familia?

**Adolescente.** Con mi mamá es regular, discutimos y poco la comprendo, ella regaña mucho, está siempre trabajando, se queja mucho de la carga que lleva,

yo no le comunico nada de mis cosas por no hacerla rabiar, con mis hermanos me toca cuidarlos, son terribles, no hacen nada de caso; mis tíos, tengo confianza con uno de ellos, el que me defiende cuando mi mamá me pega o me regaña, el sale a defenderme; el otro tío ni se inmuta con nada, parece que me tuviera rabia. Yo no se que va a pasar ahora que me paso esto, mi mamá no sabe y mis tíos tampoco, menos mal que tengo Sisben y mi novio me dio unos pesos pero no quiso venir para no comprometerse, y mi amiga le dijo a mis tíos que tenemos que hacer una tarea en S. Jorge y veníamos al día siguiente.

**Estudiante.** ¿Por qué crees que quedaste embarazada?

**Adolescente.** No pensé en quedar embarazada porque estuve con mi novio pocas veces.

**Estudiante.** ¿Cómo es la relación tuya con los de alrededor de tu casa?

**Adolescente.** Vivo en un barrio cerca de aquí, del Hospital, en Rebolo, por la parte donde vivo forman muchos bailes, uno sale a bailar con los amigos y nos tomamos uno que otro trago, algunas de mis amigas meten vicio, pero a mi no me gusta el vicio, me gusta la recocha, algunas de mis amigas tienen hijo, pero sus mamás las ayudan.

**Estudiante.** ¿Qué planeas ahora que salgas de aquí?

**Adolescente.** Volver a clases para terminar el año y olvidarme de todo lo que paso y pensar mejor las cosas que hago.

**Estudiante.** Gracias por la colaboración.

**Adolescente.** A la orden, de nada.

## **ENTREVISTA 2.**

**Estudiante.** ¿Por qué consultó?

**Adolescente.** Estoy manchando sangre, tengo retraso en la regla, 20 días, no se si estoy embarazada.

**Estudiante.** ¿Tomaste algo para que te viniera la menstruación?

**Adolescente.** Bueno, te voy a decir la verdad a ti, yo fui a una farmacia donde tengo un amigo, que conocí cuando una amiga tuvo un problema parecido, me

aplicó una inyección y me dio una pastilla para que me la introdujera en la vagina, creo que fue eso lo que me hizo bajar la regla, pero tengo dudas y me da temor y susto porque el médico me dijo que es un aborto y tenía que hacerme un legrado.

**Estudiante.** ¿Con quién vives?

**Adolescente.** Con mi papá y su mujer y dos medio hermanos y dos hijos de la mujer de mi papá con otro señor, mi mamá vive con un señor y tiene dos hijos con él.

**Estudiante.** ¿Cómo es tu relación en tu hogar?

**Adolescente.** Muy mala, yo me he ido dos veces de esa casa por mi madrastra y sus hijos. Tiene uno que me molesta y un día casi me viola, yo le di un golpe con un yerro pesado que le partí la cabeza, se lo dije a mi papá y él me dijo que no tenía la culpa porque yo le coqueteaba a él, o sea, le dio la razón a él, porque el le hecho mentira y le dice cosas que no son.

**Estudiante.** ¿Porqué quedaste embarazada?

**Adolescente.** Por descuido, no le pare bolas al cuidarme.

**Estudiante.** ¿Cómo es tu relación con la gente de tu alrededor?

**Adolescente.** Yo vivo en la Chinita y por la parte donde yo vivo la gente es muy colaboradora, tengo muchos amigos y amigas, pero salgo poco, me da miedo y cuando salgo no vengo tarde y salgo con varios y mi novio que después de esto le voy a dar la patada porque me voltio la espalda y me dejo sola con el problema.

**Estudiante.** ¿Qué piensas hacer ahora?

**Adolescente.** Salir de este problema y buscar un trabajo en una casa de familia para ver si sigo estudiando de noche, yo se que mi papá me va a dar un sermón de 7 palabras.

**Estudiante.** Gracias por tu gentil cooperación.

**Adolescente.** Fue bueno charlar contigo.

## ENTREVISTA 2

**Estudiante.** ¿Porqué viene a consulta?

**Adolescente.** Tengo dos meses de embarazo y estoy sangrando, tuve un disgusto con mi novio hace 4 días y empecé a manchar y el médico me revisó y me dijo que era un aborto de 10 semanas.

**Estudiante.** ¿Con quién vives?

**Adolescente.** Con mi marido y dos niños en casa de mi suegra y dos hermanas y un hermano de él.

**Estudiante.** ¿Cómo es tu relación con ellos?

**Adolescente.** Es regular porque siempre ella (suegra) se mete cuando estamos discutiendo algo y ella en vez de aplacar las cosas, lo que hace es encender más la hoguera y nunca me da la razón, y la hermana no cabe con nadie, yo me aburro y quiero mudarme, pero él dice que no tiene plata para pagar una pieza y donde mi familia, mi mamá no tiene casa, vive en un apartamento pequeño con mi papá y mis dos hermanos y la hermanita pequeña que tuvo hace 3 meses, la relación con mis padres es más o menos buena, a veces me ayudan con lo que pueden.

**Estudiante.** ¿Por qué quedaste embarazada?

**Adolescente.** Estuve dando seno, y me dijeron que cuando uno da ceno no queda embarazada; ya se para la próxima vez no me pase.

**Estudiante.** ¿Cómo es tu relación con tus vecinos?

**Adolescente.** Bueno, regular, casi no visito, son muy chismosos y les gusta meter mucho chisme, yo siempre salgo con mi marido cuando estoy bien, tengo como 2 amigas desde antes de tener marido, a veces las visito y charlamos de todo un poco y recordamos cosas pasadas.

**Estudiante.** ¿Cómo te comportas tú en tu casa?

**Adolescente.** Yo vivo pendiente de mi hijo y de mi marido, pero yo me aburro, a él no le gusta sacarme a pasear porque tengo que cuidar a la niña, yo

quisiera ser de esas personas que trabajan y van y vienen de trabajar y cuidar a su familia y aportar al hogar, pero mi marido dice que los niños están pequeños para que los deje solos.

**Estudiante.** ‘Qué piensas hacer después de esto?’

**Adolescente.** Por ahora es salir de este problema para estar con los niños y más adelante cuidarme para no tener más familia y a ver si puedo hacer algo para poder trabajar en lo que sea para poder mudarme aparte.

**Estudiante.** Gracias por la información prestada.

**Adolescente.** Bueno de nada, chao.

## ANEXO 2

### OBSERVACIONES 1

LUGAR	ACTORES	OBJETO DE OBSERVACIÓN	HORA	OBSERVACIONES
Sala de Urgencia Ginecológica Hospital General de Barranquilla	Adolescente	Comportamiento	11 a.m.	<p>Llega a consulta acompañada por un amigo, no queriendo llegar porque el amigo la trae agarrada por la mano y la hala, ella se suelta y se regresa, pero el la agarra nuevamente y la trae, se observa temerosa, inquieta, el joven la entro a la fuerza al consultorio, después el joven sale. El doctor comienza a hacerle la historia clínica, el médico le preguntó ¿porqué consulta?, ella responde ¡estoy sangrando y tengo dolor! Después de preguntarle todos sus antecedentes, el doctor le dice que se suba a la camilla, ella observa al médico y comienza a desvestirse, como tratándose de cubrir y le pregunta al médico si le va a doler y si no le va a pasar nada, estoy muy confundida con todo esto, es la primera vez que vengo al médico. Ella se sube a la camilla y el médico le indica como colocarse, pero ella comienza a buscar de donde agarrarse y le toma la mano a la enfermera para sentarse, con más confianza y un poco más protegida, el médico terminó el examen y le dice que es un aborto de 8 semanas más o menos y que tiene que hacerle un legrado uterino. El médico le interroga sobre si se tomo algo y ella responde que no, que fue que su novio le pego una patada hace 3 días y comenzó a sangrar, el médico le dice: caramba y así no querías venir. Ella dice, tenía miedo que me dijeran que yo me lo había provocado.</p> <p>¿Tú familia sabe de tu problema?, pregunta el médico. No, mi mamá no se la pasa en la casa, trabaja y cuando viene esta muy cansada y mal humorada, casi no hablamos y mis otro hermano está pequeño y papá tiene otra familia. Y tú marido?, cual marido, este es un muchacho, no quiero saber nada de el, porque el es el culpable de mi problema.</p>
			12:30 p.m.	La prepara la enfermera y la sube a cirugía, se observa nerviosa, la enfermera le explica el procedimiento para que se cambie.
			1:30 p.m.	Regresa dormida bajo los efectos de la anestesia.
			2:00 p.m.	Despierta preguntando si ya paso todo y cuando se puede ir y que en su casa nada saben

## OBSERVACIONES 2

LUGAR	ACTORES	OBJETO DE OBSERVACIÓN	HORA	OBSERVACIONES
Sala de Urgencia Ginecológica Hospital General de Barranquilla	Adolescente	Comportamiento	9 a.m.	<p>La joven llega con un acompañante a consulta. El médico la hace pasar y la interroga sobre sus antecedentes y el motivo de consulta. Ella le contesta, vine porque estoy sangrando y tengo dolor.</p> <p>Se observa nerviosa, intranquila, sin saber que contestar, se nota que es la primera vez que consultaba por este motivo, la enfermera la convence para que se deje examinar, el doctor le pregunta que le paso, ella responde que se cayó en el baño, el médico le responde, si, te caíste arriba de una mata de citotec, ella insiste que si se cayó, el médico la regaña y le dice que no mientas más, que él encontró otra cosa dentro de su vagina, restos de pastillas (citotec), diga la verdad, ella llora y se pone más nerviosa y por fin le dice la verdad. Si doctor, me puse unas pastillas que me compro mi novio, el médico le dice que tiene que hospitalizarla para realizar un legrado uterino. Esta contesta que no puede durar mucho tiempo fuera de su casa, pues su padrastro y su mamá no saben nada. Hay, si se dan cuenta me echan y me sacan del colegio, tengo muchos problemas familiares, ella llama a su acompañante, hablan en secreto y por fin se ponen de acuerdo para que le haga la coartada con su familia.</p>
			10:00 a.m.	La suben a cirugía para legarla.
			11:00 a.m.	Baja de cirugía bajo efectos de anestesia.
			3:00 p.m.	Le dan salida, se observa pálida, más tranquila, y no quiere hablar más de lo que le paso.



### OBSERVACIONES 3

LUGAR	ACTORES	OBJETO DE OBSERVACIÓN	HORA	OBSERVACIONES
Sala de Urgencia Ginecológica Hospital General de Barranquilla	Adolescente	Comportamiento	10:00 a.m.	<p>La joven llega al consultorio médico acompañada por su madre, está de mal humor, nerviosa, no quiere entrar; la madre la regaña por su actitud y la comienza a aconsejar, la joven un poco retraída accede a dejarse examinar, es la madre la que comienza a explicarle al médico lo que tiene su hija. Doctor tiene la menstruación abundante y fuertes cólicos, el médico se dirige a la joven y le pregunta que si es casada, es la madre la que responde, no, ella es señorita, la joven se observa apenada, rehúsa la mirada del médico, se nota nerviosa, el doctor le dice a la madre que por favor espera afuera, ella sale un poco disgustada; ya a solas la joven se siente un poco más tranquila y el médico continua con el interrogatorio, le pregunta, has tenido relaciones sexuales recientes?, ella con pena le dice que si, pero que su mamá no sabe nada, al examen ginecológico el médico encuentra un aborto de más o menos 8 semanas de evolución, le pregunta a la joven que se tomó y después de mucho insistir la joven le dice que el de la farmacia le recomendó una pastilla para que le viniera la regla y que no tenía problema. el médico le dice que tiene que decirle a la mamá lo que tiene, pero ella dice que no, el médico insiste que tiene que contarle a su mamá el problema porque tiene que hospitalizarla para hacerle un legrado uterino, la joven se torna más nerviosa, tiembla, llora; el médico la calma un poco, llama a la madre y le dice que su hija le tiene que decir algo, la joven sin mirar a la madre, comienza a contarle lo que tiene, la madre la regaña, más tarde y después de ponerse de acuerdo madre e hija, la madre sale y compra los materiales para el legrado.</p>
			12:00 m.	Se sube a cirugía para realizarle el legrado.

**ANEXO 3**

**RECORTES DE PRENSA**

## **ANEXO 4**

# **ILUSTRACIONES SOBRE MÉTODOS ABORTIVOS**

## **ANEXO 5**

### **HISTORIAS CLÍNICAS Y HOJAS DE ESTADÍSTICAS**