



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO INDUCIDO EN LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PEÍODO MARZO 2012 – AGOSTO 2012”.**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico.

**Autor:** Velasteguí Guerrón, Edison Leonardo

**Tutor:** Dr. Villa Pilatuña, Jorge Enrique

Ambato – Ecuador

Marzo 2014

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO INDUCIDO EN LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO MARZO 2012 – AGOSTO 2012”**.de Edison Leonardo Velasteguí Guerrón estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre 2013

EL TUTOR

.....  
Dr. Jorge Villa

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación, **“LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO INDUCIDO EN LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO MARZO 2012 – AGOSTO 2012”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Octubre 2013

EL AUTOR

.....  
Edison Leonardo Velasteguí Guerrón

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Octubre 2013

EL AUTOR

.....  
Edison Leonardo Velasteguí Guerrón

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **,"LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO INDUCIDO EN LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO MARZO 2012 – AGOSTO 201,**de Edison Leonardo Velasteguí Guerrón estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Marzo del 2014

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo dedico a mis padres **Enrique** y **Ligia**, mis hermanos Néstor Enrique y Diego Patricio que con su gran apoyo y ejemplo de amor, ética y moral me llevaron a cumplir una de mis metas, sabiendo que detrás de cada objetivo cumplido, hay otro por cumplir, a ellos por estar conmigo en mis aciertos y desaciertos.

A los Señores Docentes que me guiaron pacientemente hasta la culminación de mi formación académica.

**“Si una persona es perseverante, aunque sea dura de entendimiento, se hará inteligente; y aunque sea débil se transformará en fuerte”.**

**Leonardo Da Vinci.**

EL AUTOR

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres, hermanos que estando ausente físicamente uno de ellos me acompaña con los recuerdos y espiritualmente en cada paso durante mi formación académica y en mi vida, ellos, quienes siempre me han dado su apoyo incondicional y a quienes debo este triunfo profesional, por todo su trabajo, paciencia, dedicación, para darme una formación académica, sobre todo humanista y espiritual. De ellos es este triunfo y para ellos es todo mi agradecimiento.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD; CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA como también a cada uno de los Docentes que me abrieron las puertas para ser un profesional de éxito.

**"Es muy común recordar que alguien nos debe agradecimiento, pero es más común no pensar en quienes le debemos nuestra propia gratitud"**

**Johann Wolfgang Goethe**

**EL AUTOR**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN	xi
Introducción	1

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA	3
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN	3
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO	7
1.2.3. PROGNOSIS	8
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES	8
1.2.6. DELIMITACIÓN	9
1.2.7. JUSTIFICACIÓN	9
1.2.8. OBJETIVOS	10



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1. INVESTIGACIONES PREVIAS	11
2.1.1. VARIABLE DISFUNCIÓN FAMILIAR	11
2.1.2. VARIABLE ABORTO INDUCIDO	12
2.1.3. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	14
2.1.4. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	14
2.1.5. FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA	14
2.1.6. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA	15
2.1.7. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA	15
2.1.8. FUNDAMENTACIÓN LEGAL	15
2.2. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	18
2.3. VARIABLE: DISFUNCIÓN FAMILIAR	19
2.3.1. SOCIEDAD	19
2.3.2. FAMILIA	20
2.3.3. FUNCIONALIDAD FAMILIAR	21
2.3.4. DISFUNCIÓN FAMILIAR	21
2.4. VARIABLE: ABORTO INDUCIDO	23
2.4.1. EFECTOS PSICOPATOLÓGICOS DEL ABORTO	23
2.4.2. ABORTO	25
2.4.3. TIPOS DE ABORTO	27
2.4.4. ABORTO INDUCIDO	29
2.5. HIPÓTESIS	36
2.5.1. HIPÓTESIS NULA	36
2.5.2. HIPÓTESIS ALTERNA	36
2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	36
2.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	36
2.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE	36
2.6.3. TERMINO DE RELACIÓN	36

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. ENFOQUE	37
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN	37
3.2.1. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL-BIBLIOGRÁFICA	37
3.2.2. INVESTIGACIÓN DE CAMPO	37
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
3.3.1. INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA	37
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	38
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
3.6. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	41
3.6.1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	42

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	43
4.1.2. VARIABLE DEPENDIENTE	44
4.1.3. INTERPRETACIÓN DE RELACIÓN DE VARIABLES	57
4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	58

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1.1. CONCLUSIONES	59
5.1.2. RECOMENDACIONES	60

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

6.1. TEMA	61
6.2. DATOS INFORMATIVOS	61
6.3. ANTECEDENTES	62
6.4. OBJETIVOS	63
6.5. JUSTIFICACIÓN	63
6.6. FUNDAMENTACIÓN	64
6.7. MODELO OPERATIVO	88
6.8. MARCO ADMINISTRATIVO	91
Bibliografía	94
Anexos	96

## **ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS**

### **CAPÍTULO I**

ÁRBOL DE PROBLEMAS	6
--------------------	---

### **CAPÍTULO II**

CATEGORIAS FUNDAMENTALES	18
--------------------------	----

### **CAPÍTULO III**

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE	39
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE INDEPENDIENTE	40

### **CAPÍTULO IV**

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	43
T1, G1. TABLA GENERAL DE RESULTADOS DE LA PRUEBA DE PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	43

### **ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS**

ENCUESTA DE ABORTO INDUCIDO	44
T2, G2. ¿QUE GRADO DE CONOCIMIENTO CREES QUE TIENES SOBRE EL ABORTO INDUCIDO?	44
T3, G3. ¿EN CASA, A TU CRITERIO, EXISTEN PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN?	45
T4, G4. LAS DIFICULTADES EN TU CASA HAN GENERADO IDEAS DE :	46
T5, G5. ¿CUÁL FUE LA CAUSA QUE TE MOTIVÓ AL ABORTO?	47
T6, G6. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE TU HOSPITALIZACIÓN?	48
T7, G7. DENTRO LOS TIPOS DE ABORTOS SEÑALA LOS QUE CONOZCAS.	49
T8, G8. A TU CRITERIO ¿CUÁL DE LAS INTERVENCIONES ANTERIORES TE REALIZARON?	50
T9, G9. ¿DE QUÉ TIEMPO DE EDAD GESTACIONAL TE PRACTICASTE EL ABORTO?	51

T10, G10. DE LOS SIGUIENTES EFECTOS ¿CUÁL ES EL QUE MÁS TE ESTA AFECTANDO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS?	52
T11, G11. SIENTES QUE EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HAS TENIDO:	53
T12, G12. TÚ CARÁCTER Y ESTADO DE ÁNIMO HA PRESENTADO LOS ÚLTIMOS DÍAS:	54
T12, G12. ¿POR QUÉ CREES QUE SE LLEVAN A CABO TANTOS ABORTOS EN LAS ADOLESCENTES?	55
TABALA GENERAL DE LA ENCUESTA SOBRE EL ABORTO INDUCIDO.	56
4.1.3.6. DISTRIBUCIÓN DEL CHI CUADRADO X2 DE LOS VALORES CALCULADOS	57

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

**“LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO INDUCIDO EN LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 ÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO MARZO 2012 – AGOSTO 2012”**

**Autor:** Velasteguí Guerrón Edison Leonardo

**Tutor:** Villa Pilatuña Jorge Enrique

**Fecha:** Ambato, Octubre del 2013

**RESUMEN**

La presente investigación tiene como interrogante principal cómo la disfunción familiar ejerce su influencia en el aborto inducido en las adolescentes de 14 a 19 años que a diario acuden al servicio de maternidad en el Hospital Provincial General de Latacunga.

La investigación se establece la contextualización en sus tres niveles macro, meso y micro, tomando como referencia hallazgos del tema en Europa, América Latina y Ecuador en la Provincia de Cotopaxi a través del Hospital Provincial General de Latacunga; se establece una delimitación de la problemática, que es lo que queremos alcanzar, haciendo un análisis crítico, estableciendo pronosis, formulación del problema, con la adecuada delimitación, preguntas directrices, justificación y objetivos.

En cuanto a su estructura, el marco teórico a través de las fundamentaciones filosófica, epistemológica, psicológica y legal, elementos que favorecerán las construcciones de los antecedentes investigativos para la posterior formulación de las hipótesis, mismas que durante el proceso investigativo serán afirmadas o descartadas.

En la metodología esta investigación se desarrolló desde el enfoque cualitativo y cuantitativo, aplicando el tipo bibliográfico – documental y de campo, con nivel de tipo descriptivo explicativo y exploratorio, se trabajo con 80 pacientes adolescentes que acuden al servicio de maternidad y que estuvieron atravesando un aborto.

Con los cuadros diagnósticos se aplico Terapia Racional Emotiva y por la población el abordaje también involucro a los padres con el fin de tener un manejo integral en cuanto a lo afectivo, cognitivo y conductual.

En lo que se refiere al análisis e interpretación de los resultados, incluye: la prueba de percepción de funcionamiento familiar y la encuesta sobre el aborto, información que fue diagramada con fines diagnósticos, investigativos y didácticos, mismos que nos permitieron visualizar y tabularlos para transformarlos en conclusiones y recomendaciones, permitiéndonos diseñar una propuesta en la que incluye el modelo operativo de las estrategias de intervención frente al problema planteado.

**PALABRAS CLAVES:** DISFUNCIÓN\_FAMILIAR, EMBARAZO\_MATERNIDAD, DIAGNOSTICO\_INTERVENCIÓN, ABORTO\_ADOLESCENTES, TERAPIA\_AFECTIVA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
CAREER OF CLINICAL PSYCOLOGY

**“THE FAMILIAR DISFUNCTION AND ITS INFLUENCE IN THE INDUCED ABORTION IN ADOLESCENT WOMEN OF 14 TO 19 YEARS OLD WHO COME TO THE MATERNITY SERVICE IN THE GENERAL PROVINCIAL HOSPITAL OF LATACUNGA DURING THE PERIOD: MARCH 2012 – AUGUST 2012”**

**Author:** Velasteguí Guerrón Edison Leonardo

**Tutor:** Villa Pilatuña Jorge Enrique

**Date:** October 2013

**SUMMARY**

This research work has, as the main question, how the family dysfunction exerts its influence on induced abortion in adolescent women of 14 to 19 years old, who daily come to the maternity service in the General Provincial Hospital of Latacunga.

The research establishes the contextualization set into its three levels: macro, meso and micro, taking like a reference some findings about the subject in Europe, Latin America and Ecuador in the Cotopaxi Province through the Provincial General Hospital Latacunga; a delimitation of the problem, which is what we want to achieve, is established making a critical analysis, defining prognosis, formulation of the problem, guiding questions, rationale and objectives set.

With regard to their structure, the theoretical framework contains the philosophical, epistemological, psychological and legal rationales; elements that will favor the construction of the research antecedents in order to reach formulate the hypothesis, same as during the research process will affirmed or discarded.

In terms of methodology this work was developed from the qualitative and quantitative approach, by applying the bibliographic-documental and the field techniques with explanatory, descriptive and exploratory levels. Working was realized with 80 adolescent patients that come to maternity who were undergoing an abortion. With the diagnostic information a Rational Emotive Therapy was



applied and because of the population, parents got involved in order to have an integral management regarding the affective, cognitive and behavioral aspects.

In regards to the analysis and interpretation of results, the perception test of familiar functioning and the survey about abortion is included; information that was plotted for diagnostic, investigative and didactic purposes which allowed us to visualize them and tabulate them to transform them into conclusions and recommendations, which permitted us to design a proposal that includes a operating model of intervention strategies facing the mentioned problem.

**KEYWORDS:** FAMILIAR\_DYSFUNCTION, ABORTION\_TEENAGERS,  
PREGNANCY\_MATERNITY, DIAGNOSTIC\_INTERVENTION, THERAPY\_AFFECTIVE

## INTRODUCCIÓN.

La familia es el núcleo central de la sociedad, cuando cada miembro actúa de manera armónica esta entra en un proceso de funcionalidad, sin embargo existe el otro punto de vista en la misma que es la disfuncionalidad, a esta se entiende como el no-cumplimiento de alguna(s) de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes.

Un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.

Las familias disfuncionales, se caracterizan por una desorganización, malestar, situaciones de enfermedades físicas y emocionales en sus miembros mismo que adquieren una serie de conductas que van desde falta de comunicación, poca o ninguna demostración de interés y afecto entre los miembros del grupo, relaciones caóticas entra e interpersonales, hasta la instauración de cuadros psicopatológicos, generando en los integrantes en sus integrantes, poca o nula capacidad en la toma de decisiones, búsqueda constante de afecto dentro o fuera del hogar, búsqueda de protección y dependencia afectiva, esta ultima elemento nocivo que en la gran mayoría de los adolescentes les lleva a confiar en sus amigos y en especial en sus parejas.

Sin duda alguna este escenario es el más propicio para el inicio de conductas inadecuadas en los jóvenes una de ellas el inicio de su vida sexual, y con ello los enormes riesgos que acarrea la práctica de esta esfera de vida sin los debidos conocimientos, si bien es cierto la sexualidad es una de las etapas por las cuales todos los seres humanos como sexuados que somos debemos explorar, el tiempo y la edad son factores que marcan la diferencia entre una vida sexual positiva y negativa, como es lógico en los adolescentes existen múltiples factores que los llevan a prácticas precoces como, la falta del control de impulsos en cuanto a lo erótico ya que cuando las hormonas se alteran las neuronas no funcionan adecuadamente, la presión de la pareja, los problemas en casa, los sentimientos de soledad y abandono. Actúan como detonantes en la práctica sexual a esto se suma la ausencia de proyecto de vida, falta de apoyo de la pareja como elementos gatillantes frente a

embarazos no deseados, mismos que usualmente terminan en prácticas abortivas, siendo las más frecuentes las por succión, por dilatación o curetaje.

Intervenciones que en la mayoría de los casos no son realizadas en centros especializados precisamente por el carácter prohibitivo que tiene esta practica, dejando vulnerable a la adolescente que se practica tanto en el aspecto físico como psicológico, con las secuelas fisiológicas como perforaciones uterinas, hemorragias crónicas entre otras, y las psíquicas centradas especialmente en trastornos de inestabilidad emocional, depresiones, ansiedades, intentos de suicidio, alterando de manera notable el proyecto de vida y la adecuada adaptación biológica psicológica y social de quien se halla inmerso en esta crisis social.

En una familia disfuncional hay competencia y rivalidad: se relacionan luchando por el poder y hacen partícipes de esta lucha y rivalidad a los hijos, haciéndolos partícipes e intermediarios de sus problemas de pareja.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN:**

“LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ABORTO INDUCIDO EN LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERIODO MARZO 2012 – AGOSTO 2012”.

### **1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN**

MACRO.

Las tasas de aborto subregionales más bajas y más altas están en Europa, en donde el aborto es generalmente legal bajo causales amplias. En Europa Occidental, la tasa es de 12 por 1,000 mujeres, mientras que en Europa Oriental es de 43. La discrepancia en tasas entre mente bajo uso de anticonceptivos en Europa Oriental, así como un alto grado de dependencia en métodos con tasas de falla relativamente altas, como el condón, el retiro y el método del ritmo.

En Europa, 30% de los embarazos terminan en aborto.

En Europa Oriental, una más alta proporción de embarazos terminan en aborto, en comparación con en el resto de la región.

En Europa Oriental, la tasa de aborto se mantuvo constante en 43 por 1,000 mujeres entre 2003 y 2008, después de un período de pronunciada disminución entre mediados de los años noventa y principios del siglo actual.

Para 2008, las tasas de aborto más bajas del mundo se encuentran en Europa Occidental.

Aborto inducido en el mundo, Guttmacher Institute. 2012

MESO.

A nivel de América Latina se han encontrado estudios concernientes a la correlación causal entre la disfunción familiar y su efecto en el embarazo en adolescentes, en este caso

tomaremos como referencia a un estudio realizado a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato.

Se seleccionaron al azar 364 embarazadas entre 12 y 19 años de edad, de enero del 2001 a enero del 2002. Obteniéndose los siguientes resultados:

El 55% fueron del grupo de edad de 18 y 19 años. El 40% tiene estudios de primaria. Casadas 85%, amas de casa 77%. Primigestas 78%. Disfunción familiar moderada se encontró 27%, severa 6% y normal en 67%. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto.

En esta investigación se han podido deducir como conclusiones: La funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.

Investigación realizada por María Alejandra Torres, Marjorie Ortiz y Patricia Sandoval. En el año 2008.

#### MICRO.

A nivel de nuestro país no se han encontrado investigaciones acerca de la disfunción familiar y mucho menos de una correlación entre estas dos variables, sin embargo se han realizado investigaciones que abordan el tema del aborto en general dentro de las distintas casas de salud que regenta el respectivo ministerio. Tomaremos como referencia un estudio realizado en las principales ciudades del Ecuador, el cual menciona que en los últimos ocho años se duplicó la tasa de abortos en los hospitales del Ministerio de Salud Pública hasta llegar a 24.228 por año.

En la Provincia de Cotopaxi no se han encontrado datos estadísticos que determinen de forma clara el índice de abortos en las adolescentes, tampoco se han hallado investigaciones acerca de la disfunción familiar tanto como factor causal así como de forma independiente. Razón por la cual resulta necesario proponer un proyecto investigativo que ofrezca una correlación causal entre la disfunción familiar y el aborto en adolescentes, que nos permita dimensionar de forma más real esta problemática.

De acuerdo a la Dra.Flor Criollo Psiquiatra del Hospital Provincial General de Latacunga manifiesta que las adolescentes que son internadas en este centro de salud es debido a complicaciones posteriores a el proceso abortivo, que en su mayoría se han realizado en clínicas o lugares clandestinos donde no cuentan con el conocimiento necesario ni la instrumentación apta para los procedimientos, el porcentaje de adolescentes atendidas es elevado y va en aumento, en su mayoría tienen poco o nulo conocimiento del aspecto sexual reproductivo así como la poca comunicación en el hogar de temas sexuales. Otro aspecto importante es la carencia afectiva dentro del hogar ya que da paso a la búsqueda de afectividad en personas equivocadas fuera del entorno familiar.

# ÁRBOL DE PROBLEMAS.

Efectos.



Causas

### **1.2.2 ANALISIS CRÍTICO.**

En la Adolescencia una de las áreas que requiere mayor atención de parte del sujeto es aquella concerniente a la sexualidad, razón por la cual los individuos buscan desesperadamente información que les permita entender cómo manejar este aspecto de sus vidas que les resulta nuevo y confuso a la vez. Situación que lamentablemente puede conducirnos a un inadecuado manejo de su vida sexual, ya que no se interesan en buscar una guía calificada que proporcione los parámetros dentro de los cuales los sujetos en tanto adolescentes puedan desarrollar una vida sexual más saludable y placentera.

El autoestima es una cualidad que se forja a partir de la aceptación incondicional por parte de la familia al individuo en cuestión, pues si esto no se produce hay una tendencia natural del sujeto hacia los sentimientos de inseguridad lo que a de predisponerle a un tipo de indefensión adquirida, ya que se halla desprovista de los suficientes recursos que le permitan resolver y afrontar distintas crisis. Situación que puede desembocar en agresividad e impulsividad como mecanismos para defenderse del "insoportable mundo exterior".

Como anteriormente ya se menciona una de las variantes que incrementa la posibilidad de que se produzca un aborto es la promiscuidad sexual la misma que en este caso puede ser por un desajuste del sistema familiar denominado indeterminación de roles. Situación que confunde de sobremanera la percepción del sujeto en tanto que no se hallan en capacidad de determinar en forma clara quienes representan el rol de autoridad, inclusive se le dificulta a la adolescente entender su propio rol, razón por la cual se produce conductas que desafían el supuesto rol de autoridad de los padres, las mismas que pueden observarse a través de un manejo inadecuado de la sexualidad.

En el desarrollo del sujeto resulta fundamental la presencia particularmente afectiva de sus cuidadores primarios (Padres) hecho por el cual, si en un caso dado se produce algún tipo de desvinculación paterna ocasionara sentimientos de desamparo y sensación de abandono lo que en el caso de las adolescentes puede traducirse en una respuesta conductual de constante



búsqueda de protección que podría desembocar en algunas relaciones de tipo dependiente que posiblemente traerá como consecuencia un embarazo no deseado y por ende un aborto.

### **1.2.3 PROGNOSIS.**

La disfuncionalidad familiar constituye una problemática muy extendida en nuestro contexto, debido a una serie de dificultades tales como: Violencia Intrafamiliar, ausencia del manejo de roles y normas, prácticas sexuales precoces con sus consecuencias inminentes ITS, embarazos no deseados y abortos, factores que sin duda alguna llevan a las adolescentes a truncar su proyecto de vida y por sobre todo a tomar como patrón conductual la Disfunción familiar ya que esto lo aprendieron de sus hogares nucleares, a esto se suma el abandono de la pareja, factores que dejan a las pacientes con una serie de alteraciones psicológicas que van desde la inestabilidad emocional hasta las ideas y comportamientos suicidas Si no nos interesamos un poco en la problemática propuesta es muy probable, que este fenómeno social incrementa su prevalencia e incidencia, y sin duda estaremos asistiendo como espectadores de esta realidad social.

### **1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Influye la disfunción familiar en el aborto inducido en las adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de maternidad en el Hospital Provincial General de Latacunga?

### **1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES**

- 1.- ¿Qué tipo de funcionalidad familiar presentan las adolescentes que se han sometido al aborto inducido?
- 2.- ¿Cuáles son las fuentes informativas que usan las adolescentes sobre sexualidad?
- 3.- ¿De qué manera influye la disfunción familiar en el aborto inducido de las adolescentes?

## **1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

Delimitación de contenido.

TIEMPO: Marzo 2012 - Agosto 2012

CAMPO: Psicológico

AREA: Aborto inducido

ASPECTO: Disfunción Familiar

ESPACIAL: La presente investigación se efectuara en el Hospital Provincia General de Latacunga, las adolescentes sometidas a esta investigación son un total de 80.

## **1.2.7 JUSTIFICACIÓN**

La disfunción familiar y su influencia en el aborto inducido en las adolescentes como tema de investigación resulta de gran importancia debido tanto al periodo y lugar de desarrollo de los individuos como a su disfuncionalidad familiar antes de un proceso abortivo, razón por la cual se hace necesario plantear una perspectiva teórica-practica a partir de la cual podemos abordar los diversos inconvenientes que puedan surgir en el campo fisiológicos, social afectivo, conductual e incluso espiritual no solo de la afectada sino también de la pareja, el entorno familiar y social así como también el impacto de este en el proyecto de vida.

El tema a investigar resulta original ya que el aborto en las adolescentes, así como la disfunción familiar ha sido visto desde la óptica físico – medico pero muy poco desde la parte psicológica social, a esto se suma que la educación en cuanto a sexualidad en las instituciones educativas tiene enfoques tradicionalistas, quizá estas son algunas de las razones por las que el presente trabajo investigativo tiende a tener un alto grado de originalidad, además por qué no se ha realizado este tipo de trabajos en esta importante casa de salud.

La investigación tiene un gran impacto social ya que es un tema poco tratado ni conocido por lo tanto, permitirá trabajar con la adolescente y la familia así como también permitirá el trabajo multidisciplinario con entes de la salud.

En cuanto a la factibilidad se puede decir que este estudio podrá realizarse sin inconvenientes debido a la disponibilidad de la población y la colaboración del personal de ginecología y el área de maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

### **1.2.8 OBJETIVOS**

#### **Objetivo general.**

- Determinar la influencia de la disfunción familiar en el aborto inducido de las adolescentes en estudio

#### **Objetivos específicos.**

- Investigar el tipo de funcionalidad familiar que presentan las adolescentes sometidas a aborto inducido.
- Determinar las consecuencias que se presentan por la disfunción familiar y falta de educación sexual en las adolescentes.
- Analizar las causas que generan el aborto inducido en las adolescentes motivo de estudio.

## **CAPÍTULO II.**

### **MARCO TEÓRICO.**

#### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

##### **2.1.1 Disfunción Familiar**

Investigación: “Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada 2007”

Autores: José Luis Rangel, L Valerio, J Patiño, M García

Los investigadores señalan que: “El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo anterior, el seguimiento de la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia.

“La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud”; Autor: Patricia María Herrera Santí.

En este trabajo Herrera Santí hace un análisis de los principales indicadores del funcionamiento familiar y la importancia de éste para un estado adecuado de salud en la familia y sus miembros, y se hace énfasis en la necesidad de un enfoque sistémico a la hora de estudiar los problemas de la familia y su interacción recíproca. Se exponen algunos de los indicadores que nos permiten valorar el funcionamiento familiar.

“Estructura y Dinámica Familiar” Autor: Dra. Eleana Oyarzún 2009

Entender al individuo, su funcionamiento y perspectivas sólo es posible con una comprensión de la familia. Hasta el momento ninguna otra institución humana o social ha logrado suplir el funcionamiento de la familia, sobre todo en la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas de los individuos.

La familia cambia y continuará cambiando, pero persistirá, ya que es la unidad humana más adecuada en la sociedad; como tal, la familia es la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros, y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que pertenece.

Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y dinámicas relacionales tanto internos como externos y el conjunto de valores y creencias respecto de lo que debe ser la familia, es decir, los paradigmas familiares.

### **2.1.2 Aborto Inducido**

“El aborto no es un método anticonceptivo 2009”. Autor: Profesor Alejandro J. Velasco Boza

Entre ellas las que se derivan de la administración de la anestesia, perforación del útero con lesión o no de órganos vecinos, laceraciones cervicales, hemorragias uterinas asociadas o no a un aborto incompleto y las infecciones. A más largo plazo pueden presentarse el embarazo ectópico, inflamación pélvica crónica y la infertilidad.

Velasco, especialista de segundo grado en Ginecología y Obstetricia y director del Hospital Docente Ginecobstétrico capitalino América Arias, dirigiendo la mirada ahora a la adolescencia dice que en esta etapa de la vida, comprendida entre los 10 y 19 años, el

aborto se incrementa y muchas de sus complicaciones se explican por el empleo de la instrumentación médica en un útero inmaduro. Por ello, los adolescentes de ambos sexos y sus familiares deben conocer que es un proceder riesgoso, por lo cual es fundamental evitar los embarazos en esas edades.

“El aborto” Autor: José A. de la Osa.

El aborto inducido o provocado —ambos términos son sinónimos— es un procedimiento que se emplea para finalizar un embarazo no deseado, atendiendo a un interés médico cuando existe riesgo para la vida de la mujer, o a solicitud de la paciente. Pero debe tenerse en cuenta, nos alerta Alejandro J. Velasco Boza, Profesor Auxiliar de la Universidad Médica, que es “un método quirúrgico a ciegas”, y aun practicado en óptimas condiciones no se eliminan sus posibles complicaciones.

El aborto para la mujer suele ser la base profunda de una depresión que puede aparecer en la adultez frente a cualquier situación de pérdida.

Este tipo de depresión es muy difícil de sobrellevar porque generalmente son experiencias que no permanecen en la conciencia y quedan latentes en el inconsciente como un duelo no elaborado que se vuelve a recrear antes cualquier situación de abandono o fallecimiento cercano.

Además, una mujer que se somete a un aborto se arriesga a sufrir infecciones graves y hasta puede quedar estéril por lesiones irreversibles.

Los jóvenes creen que un embrión no es una persona, sin embargo desde la concepción una nueva vida siente y cualquier pensamiento de rechazo que reciba comprometerá su desarrollo y su futuro; y si no le permiten nacer quedará para siempre en las conciencias de sus progenitores.

“Aborto en menores de 16 años” Autores: Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá, Buenos Aires, Argentina. 2007

La frecuencia de embarazos adolescentes terminados en abortos es alta. La infección fue la complicación más frecuente del aborto provocado y a edades gestacionales más tardías es frecuente el embarazo al año siguiente del aborto estando relacionado con el tipo de pareja.

### **2.1.3 Fundamentación Filosófica.**

Es una perspectiva epistémica al modelo paradigmático a través del cual realizamos nuestra investigación, es el modelo epistemológico crítico propositivo. Nuestro trabajo es crítico debido al abordaje que hacemos tanto de las causas del aborto como el fenómeno en sí mismo, además hemos de analizar la problemática concerniente a las diversas metas que pueden posponerse o no realizarse a posterior de un proceso abortivo.

Esta investigación es propositiva pues seguiremos diversas alternativas psicoterapéuticas basadas en el enfoque humanista que propende al desarrollo personal del individuo razón por la cual han sido consideradas las perspectivas más viables para el abordaje de dicha problemática en tanto concierne a la Psicología.

### **2.1.4 Fundamentación Psicológica.**

La presente investigación requiere de un estudio psicológico donde se investigara la disfunción familiar como un punto causal para la práctica del aborto inducido en las adolescentes.

Al ser la disfunción familiar una problemática que afecta de manera negativa al entorno familiar, me enfocare en la corriente cognitiva-conductual con enfoque sistémico ya que dicha corriente permitirá un óptimo trabajo familiar e individual y con sus interacciones entre los miembros de la misma.

### **2.1.5 Fundamentación Sociológica:**

La investigación fundamenta en la teoría del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y progreso. Todo ser humano alcanza la transformación hacia trascendencia en el tiempo y en el espacio.

La sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas que es el proceso recíproco que obra por medio de dos o más factores sociales dentro del marco de un proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante.

Las relaciones humanas se basan en metas valores y normas, su carácter y sustancia son influidas por las formas sociales dentro de las cuales tienen efecto las actividades del ser humano en la vida familiar y escolar

#### **2.1.6 Fundamentación Axiológica:**

El desarrollo del ser humano, basado en la práctica de valores como la responsabilidad, la honestidad, la honradez, la solidaridad y el sentido de equidad; sin descuidar el desarrollo de la inteligencia emocional, con el fin de que formen su carácter y personalidad y estén en capacidad de administrar su vida acertadamente.

El secreto de la educación radica en lograr que el educando perciba valores como respuesta a sus aspiraciones profundas, a sus ansias de vida, de verdad, de bien y de belleza, como camino para su inquietud de llegar a ser.

#### **2.1.7 Fundamentación Epistemológica:**

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se espera a que el sujeto se caracteriza por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevara hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional.

En este trabajo las ciencias se defienden como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento familiar.

#### **2.1.8 Fundamentación Legal:**

**ECUADOR.** Código Penal.

#### **Capítulo I.** De los Delitos Contra la Vida

**Art. 441.** El que por alimentos, bebidas, medicamentos, violencias o cualquier otro medio hubiere, intencionalmente, hecho abortar a una mujer que no ha consentido en ello, será reprimido con tres a seis años de reclusión menor.

Si los medios empleados no han tenido efecto, se reprimirá como tentativa.



**Art. 442.** Cuando el aborto ha sido causado por violencias hechas voluntariamente, pero sin intención de causarlo, el culpado será reprimido con prisión de seis meses a dos años.

Si las violencias han sido cometidas con premeditación o con conocimiento del estado de la mujer, la prisión será de uno a cinco años.

**Art. 443.** El que por alimentos, bebidas, medicamentos o cualquier otro medio hubiere hecho abortar a una mujer que ha consentido en ello, será reprimido con prisión de dos a cinco años.

**Art. 444.** La mujer que voluntariamente hubiere consentido en que se le haga abortar, o causare por sí misma el aborto, será reprimida con prisión de uno a cinco años.

Si consintiere en que se le haga abortar o causare por sí misma el aborto, para ocultar su deshonra, será reprimida con seis meses a dos años de prisión.

**Art. 445.** Cuando los medios empleados con el fin de hacer abortar a una mujer hubieren causado la muerte de ésta, el que los hubiere aplicado o indicado con dicho fin será reprimido con tres a seis años de reclusión menor, si la mujer ha consentido en el aborto; y con reclusión mayor de ocho a doce años, si la mujer no ha consentido.

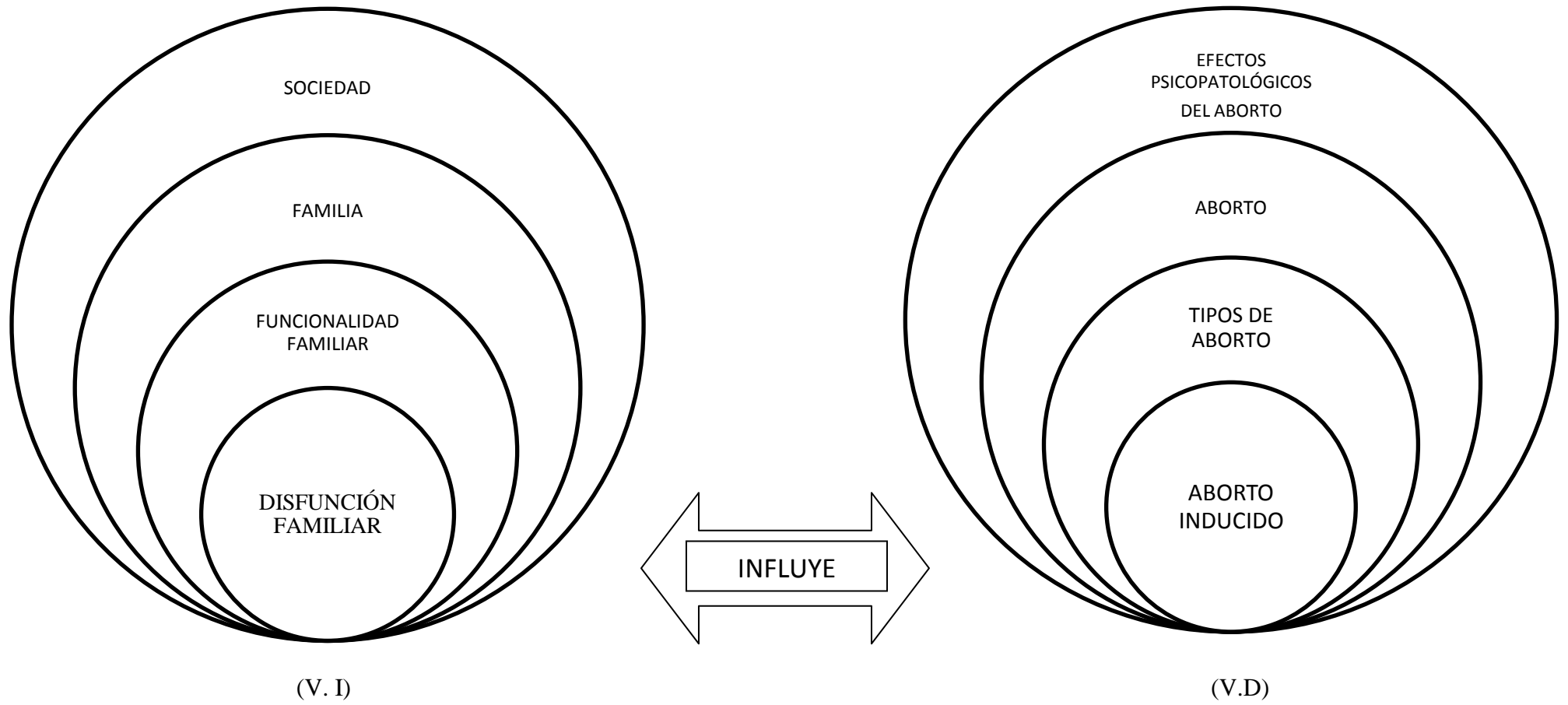
**Art. 446.** En los casos previstos por los artículos 441, 443 y 445, si el culpado es médico, tocólogo, obstetrix, practicante o farmacéutico, la pena de prisión será reemplazada con reclusión menor de tres a seis años; la de reclusión menor, con reclusión mayor de cuatro a ocho años; y la de reclusión mayor ordinaria con la extraordinaria de doce a dieciséis años.

**Art. 447.** El aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible:

1. Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y,

2. Si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer.

## 2.2 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.



## **2.3 Disfunción Familiar**

### **2.3.1 Sociedad:**

La revista digital verdadera seducción, en su publicación del 15 de febrero del 2010 señala a que: “La sociedad es un conjunto de individuos que viven bajo unas mismas normas, leyes y cierto protocolo, tiene sus subculturas y subgrupos pero todos los individuos de una sociedad se dirigen hacia un fin común exceptuando, claro está, excepciones de individuos que son contraproducentes en una sociedad.

La sociedad se basa en investigar, trabajar, avanzar y compartir cualquier individuo que esté haciendo una de estas tareas, siendo en el campo que sean y siempre que no sea perjudicial para los demás está aportando a la sociedad.

La palabra sociedad tiene varias significaciones, pero las tres más importantes son:

1ª. Es la reunión pasajera y ocasional de varias personas para un fin determinado. Así, hay sociedades mercantiles, compañías, etc.

2ª. Sociedad es la reunión permanente, orgánica, total, establecida en determinado territorio y sometida a un gobierno soberano; así la sociedad se identifica con el Estado; y, en efecto, hay épocas en que las sociedades son también Estado, como en la actualidad.

3ª. Es la comunidad total de los hombres o complejo total de las relaciones humanas.

El autor de la publicación de mayo del 2009 Núñez Duarte señala: “La sociedad como un conjunto de personas que conviven y se relacionan dentro de un mismo espacio y ámbito cultural”.

Admín en Diciembre del 2008 dice: “En un sentido estricto, cuando se habla de sociedad, se hace referencia a un conjunto de personas que poseen una misma cultura y tradiciones, y se ubican en un espacio y tiempo determinados, todo hombre está inmerso en la sociedad que lo rodea, la cual influye en su formación como persona”.

### **2.3.2 Familia:**

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa.

La O.M.S en el año 2009 define familia como: "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos publicado por Gonzalo Ramírez en Mayo del 2011: "Es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio.

Los que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo

padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

### **2.3.3 Funcionalidad familiar:**

Jaime Ernesto Vargas Mendoza, Ivanhoe Sánchez Vásquez en el año de 2009 nos indica sobre la funcionalidad familiar: “Es la capacidad de los miembros de la familia para transmitir sus experiencias de forma clara y directa”

En la investigación realizada en Lima Perú en el año 2010 sobre Bullying y Funcionamiento Familiar indica: “La familia es el sistema de relaciones fundamentalmente afectivas, presente en todas las culturas, en el que el ser humano permanece largo tiempo, y no un tiempo cualquiera de su vida, sino el formado de sus fases evolutivas cruciales”.

Según Salvador Minuchin en el 2003: “Es la capacidad de enfrentarse a los cambios, donde se presenta una gama de suficiente de pautas transaccionales alternativas, la flexibilidad para movilizarse cuando es necesario hacerlo, así como también de responder a cambios internos y externos siendo capaz de transformarse de tal modo que se permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad, lo cual proporciona un marco de referencia a los miembros del sistema”.

Tesis: “Funcionamiento Familiar y Migraña (con Aura)” Autor: Patricia Ramírez Tovar. Publicado en Noviembre del 2008. “La funcionalidad familiar hace referencia a la dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia y la forma en que el sistema familiar es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.

### **2.3.4 Disfunción familiar:**

Tesis: “Funcionamiento Familiar y Migraña, Autor: Patricia Ramírez Tovar. Publicado en Noviembre del 2008, habla sobre la disfunción familiar manifestando: “Se entiende como el no-cumplimiento de alguna(s) de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes.

Un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.

Las familias disfuncionales, se caracterizan por una desorganización, malestar, situaciones de enfermedades físicas y emocionales en sus miembros.

En una familia disfuncional hay competencia y rivalidad: se relacionan luchando por el poder y hacen partícipes de esta lucha y rivalidad a los hijos, haciéndolos partícipes e intermediarios de sus problemas de pareja.

Disfuncionalidad familiar como un estado dinámico y una característica morfológica, que se puede presentar de forma transitoria y no necesariamente permanente, y que se caracteriza por generar respuestas conductuales inadecuadas para adaptarse a los factores estresantes.

La familia disfuncional:

Cuando una familia disfuncional se encuentra a la deriva y sin dirección clara, decimos que existe un conflicto. En palabras simples, una situación de tensión hace presión en la familia y quieren ciertos cambios dinámicos que la estabilicen. Los roles, los valores y los objetivos se pierden y se hacen confusos en la medida que el conflicto siga permaneciendo en el sistema.

Causas:

- \* Diferentes maneras de pensar
- \* La lucha por liderar o mandar en la familia
- \* Falta de valores éticos y morales
- \* Consumo de alcohol, drogas u otras sustancias.
- \* Falta de comunicación
- \* Falta de reglas o normas a seguir
- \* Falta de rigor en el cumplimiento de tareas u obligaciones
- \* Ausencia de responsabilidad en la educación
- \* Crisis económica (pobreza)
- \* Presión hacia los hijos a optar por ideas en la que no están de acuerdo (religión,

estudios, etc.)

- \* Influencias vagas (presión de grupo)
- \* Falta de autoridad parental.

Consecuencias:

- \* Violencia física, emocional y/o psicológica.
- \* Baja autoestima en las víctimas
- \* Enfermedades emocionales (depresión, ira, resentimientos, etc.)
- \* Adicción a las drogas o alcohol.
- \* Pérdida de la educación
- \* Pérdida de amor a la familia, a la sociedad, etc.
- \* Pérdida del respeto
- \* Pérdida de valores cívicos y morales
- \* Dificultad en relacionarse o manifestar afectos emotivos.
- \* Decadencia económica.

El cambio fundamental que se espera definirá nuevas formas de comportamiento de los miembros de la familia. Todo aquello que implica un cambio permite crecer y aprender de nosotros y de quienes nos rodean. Por lo tanto, los conflictos familiares son avances y crecimientos, que se experimentan en todo grupo humano.

## **2.4 Aborto inducido**

### **2.4.1 Efectos Psicopatológicos del aborto.**

Según la Dra. Carmen Gómez Lavín en su artículo publicado en Noviembre del 2011 sobre Consecuencias Psicopatológicas del aborto en la mujer, manifiesta: “Son innumerables las dificultades que se tienen para valorar adecuadamente los efectos psicopatológicos del aborto; puede ser debido a que no es fácil la elaboración estadística de los resultados ya que tampoco existen valoraciones médicas sistemáticas de estas pacientes después del aborto, y también a que las mujeres que han abortado no suelen estar propicias a seguir relacionándose con el médico que la ha inducido a él.

Aunque la literatura sobre el aborto es abundante, cuando se trata de exponer las consecuencias psicopatológicas del aborto, faltan todavía estudios científicos serios, y los pocos que se han hecho, rara vez no están marcados por un cierto carácter tendencioso.



En primer lugar, los más frecuentes son cuadros depresivos que se acompañan de un sentimiento grande de culpabilidad y en lo que todos los autores están de acuerdo.

En este probablemente el síntoma sobre el que existe mayor experiencia y mayor acuerdo entre los científicos. Se despierta en ellas un sentimiento grande de culpabilidad. Lo que los psiquiatras llaman "culpabilidad psicológica".

Son pues continuos en las abortistas los autorreproches y la idea de reparación.

Esto no es nada nuevo lo describen varios autores. La Dra. Standford psiquiatra canadiense, nos cuenta su propia experiencia.

Habla del síndrome postaborto, y señala como la mujer recorre tres estadios:

- 1) Desasosiego y tristeza ("No tiene el alma en paz, ni el espíritu en paz").
- 2) Revive continuamente el momento traumatizante del aborto de un modo muy profundo, aunque pasen 5, 10, 15 años recuerda la vestimenta de la enfermera, las paredes de la habitación donde el aborto sucedió y se pregunta a menudo ¿cómo sería mi niño ahora?, "suelen justificarlo diciendo que no tenían otra opción, que no podía hacer otra cosa pero ese pensamiento vuelve".
- 3) El estadio siguiente, es una gran depresión: Depresión profunda con un gran sentimiento de culpabilidad, perdiendo interés por las cosas que antes eran interesantes en su vida, y a veces no ve otras salidas que el suicidio. "No como elección por la muerte en sí, sino como una elección para salir de la situación de dolor, de pena, como un modo de salir de allí"

Describe también la Dra. Standford lo que ella llama la depresión de aniversario, aniversario que se sitúa alrededor de la fecha del posible nacimiento o alrededor de la fecha del aborto.

Quizás sea este uno de los argumentos de más peso que se puede esgrimir tras el aborto provocado: las consecuencias psicopatológicas que se derivan. Por eso ha dicho el Prof. Willke "es más fácil sacar al niño del útero de su madre que sacarlo de su pensamiento".

Según el Dr. J. Vallejo Ruiloba, 2013 indica sobre la psicopatología:

“La psicopatología es el estudio de las causas, síntomas, evolución y tratamiento de los trastornos mentales. En un sentido amplio la Psicopatología integra también conocimientos sobre la personalidad, la conducta patológica, la estructura familiar y el entorno social.

La palabra psicopatología puede referir varias cuestiones: Por un lado, con ese término se designa a aquella área de salud que describe y sistematiza los cambios que se producen en el comportamiento de los seres humanos y que no pueden ser explicados a través de la maduración o del desarrollo del individuo y que se los conoce como trastornos psicológicos. Y por el otro lado, como un área de estudio dentro de la psicología clínica que se centra en estudiar aquellos estados no sanos de la mente de los individuos.

De esto se desprende que cualquier conducta que ocasione malestar, algún impedimento o la discapacidad como consecuencia del deterioro de las funciones cerebrales cognitivas es plausible de ser denominado como psicopatología.

La psicopatología es la descripción de la conducta anormal, así como averiguar las causas y los procesos (memoria) característicos de ésta. La aplicación práctica de esto es lo que llamamos psicología clínica o psiquiatría.

#### **2.4.2 Aborto**

La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno.

La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente entorno a las 22 semanas de gestación.

Aborto es la acción de abortar (acabar, desaparecer antes del término natural, malograr, fracasar). El concepto, que deriva del latín abortus, suele utilizarse para nombrar a la interrupción del embarazo, ya sea por causas naturales o de manera provocada con intencionalidad.

Aborto es la terminación del embarazo, es decir, la expulsión del feto en forma natural o inducida, en el período no viable de su vida intrauterina, es decir, no sobreviviría fuera del claustro materno.

Posterior a un aborto inducido de cualquier tipo existen consecuencias tanto psicológicas como físicas.

En los distintos tipos de abortos inducidos no solo hay consecuencias inmediatas, sino, también a largo plazo.

#### “Consecuencias Psicológicas”

Son las que acompañan a la madre por el resto de su vida. Puede atenuarse si se encuentra una orientación positiva. Se ha identificado un patrón de problemas psicológicos comúnmente llamado Síndrome Post Aborto. Son efectos que pueden durar años en salir a luz, en escapar del interior de la mujer para pedir auxilio. Entre algunos se encuentran:

- 1-Trastornos Psicopatológicos: entre ellos está la depresión, angustia y neurosis.
- 2- Fármaco Dependencia: alcoholismo - drogadicción.
- 3- Desórdenes en relaciones Inter-personales: divorcio, tendencia al suicidio, problemas sexuales y problemas de autoestima.

#### “Consecuencias Físicas”.

- Laceración del cuello uterino (cérvix)
- Perforación del útero: producida por histómetro o por el aspirador.
- Infecciones
- Hemorragias
- Endometritis
- Problemas de alumbramiento
- Esterilidad
- Muerte: sucede en el caso de alguna hemorragia o histerectomía.
- Desórdenes Menstruales
- Embolias
- Trombosis
- Dolor (aún con anestesia local)
- Operación para corregir cualquier laceración o perforación.

### **2.4.3 Tipos de aborto:**

Consideramos que el aborto puede ser clasificado en Espontáneo o Inducido y de tipo Legal o Ilegal.

Aborto espontáneo:

Se considera aborto espontáneo a la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta. Un 8 y 15 por ciento de los embarazos, según las fuentes, que se detectan terminan de esta manera, aunque un número importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos.

Aborto legal:

Se considera aborto inducido legal cuando es realizado bajo las leyes despenalizadoras del país donde se practica. En España se considera aborto legal cuando es realizado con consentimiento de la mujer, en un Centro Acreditado para ello y bajo uno de los tres supuestos despenalizadores de la ley, es decir cuando hay peligro para la salud o la vida de la embarazada, por causa de violación o por malformaciones fetales.

Aborto ilegal:

Se considera aborto ilegal o clandestino cuando es realizado en contra de alguna de las leyes del país donde se practica.

Cuando el aborto está prohibido por la ley, las circunstancias hacen que muchas mujeres busquen a comadronas o a médicos que se prestan a colaborar. Pero el aborto practicado en estas circunstancias es peligroso y mantiene unas estadísticas de mortalidad y morbilidad materna infinitamente superiores a las del aborto legal.

Aborto accidental:

Ocurre como consecuencia de un trauma, de una caída o de una acción directa contra el útero en desarrollo en forma involuntaria, que lleva al desprendimiento y expulsión del huevo.

Aborto ético-sentimental, electivo o criminológico:

La indicación ética, también llamada sentimental, humanitaria o jurídica, contempla aquellos supuestos de aborto voluntario cuando la gestación es resultado de un acto sexual delictivo, de incesto, de seducción de una mujer menor, de raptó y, principalmente, cuando es consecuencia de un hecho de violación.

Aborto honoris causa:

Es el efectuado intencionalmente, para salvar el propio honor o la honra de la esposa, madre, hermana, hija, adoptiva o descendiente.

Aborto económico social:

Es el que se efectúa a causa de la angustia económica y los problemas familiares y sociales, ya que un nuevo embarazo no deseado trae a la familia, más carga.

Aborto eugenésico:

Está indicado por existir razones que justifican la expectación de un defecto somático o psíquico, incurable debido a la herencia mórbida transmisible de uno o ambos padres o a causa de un daño ocasionado durante el embarazo.

Aborto natural o espontáneo:

Al que ocurre por causas naturales, es decir, no interviene para nada la mano del hombre.

Aborto provocado o inducido:

Es aquél provocado con el único fin de eliminar el feto, sea con asistencia médica o no.

Es llamado así cuando es consecuencia del esfuerzo intencional (manipulaciones, intervención quirúrgica, uso de drogas abortivas) para poner fin al embarazo.

Aborto terapéutico:

Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo sus contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera perdida (producto muerto) o representa un gravísimo peligro para la madre.

Es el que siempre justifica el médico en pro de salvar la vida de la embarazada, ya que si sigue el embarazo, representa un grave riesgo para su salud.

Se basa en:

-salvar la vida de la embarazada interrumpiendo el embarazo para preservar su vida.

Aborto provocado o aborto criminal:

Algunos pueblos no consideran acto criminal el aborto provocado, ya que entre ellos es conceptualizado como un acto natural. Este criterio se ha mantenido en ciertas civilizaciones y hoy es practicado impunemente en ciertas sociedades.

Tomado de: "El aborto". Publicación del Ministerio de Salud. Departamento Educación para la Salud.

#### **2.4.4 Aborto inducido:**

El aborto inducido, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es como el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta.

El aborto inducido es la interrupción voluntaria del embarazo. La práctica consiste en provocar la finalización prematura del embarazo, impidiendo el desarrollo vital del embrión o feto para su eliminación.

El aborto inducido, es aquel provocado adrede con el objetivo de eliminar el feto, ya sea con asistencia médica o sin ella. Se calcula que cerca de 46 millones de mujeres al año recurren a esta práctica en todo el mundo. De ese total, cerca de 20 millones practican abortos inseguros, que ponen en riesgo la vida de la mujer.

"Porque nacer y después ser abandonados" Escrito por Vicky Mora el 27/01/2011

[vickymora56.blogdiario.com/](http://vickymora56.blogdiario.com/)

## **Tipos de aborto inducido:**

Por envenenamiento salino:

Este método se utiliza después de las 16 semanas de embarazo.

1. Se extrae el líquido amniótico dentro de la bolsa que protege al feto.
2. Se introduce una larga aguja a través del abdomen de la madre, hasta la bolsa amniótica y se inyecta en su lugar una solución salina concentrada (al 20%).
3. El feto ingiere esta solución, que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos.
4. Entre 24 y 48 horas empiezan a producirse contracciones uterinas, que producen la expulsión del feto.

El aborto por envenenamiento salino es un tipo de aborto inducido en lo que se extrae el líquido amniótico introduciendo una aguja larga a través del abdomen de la madre y se extrae el líquido y se introduce una solución salina dentro de la bolsa que protege al feto.

El feto ingiere esta solución, que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos. Unas horas más tarde, por lo general la madre comienza "el parto". Este método se utiliza después de las 16 semanas de embarazo.

Efectos posteriores al aborto inducido por envenenamiento salino

Ningún método abortivo es del todo seguro 100% para la madre. Y a parte de consecuencias o peligros típicos de cualquier aborto. Los peligros para la madre por método por envenenamiento salino son:

Ruptura del útero, embolismo pulmonar, peligrosos coágulos intravasculares, etc.

Por succión:

Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado. Una fuerte succión (28 veces más fuerte que la de una aspiradora casera) despedaza el cuerpo del bebé que se está desarrollando, así como la placenta y absorbe "el producto del embarazo" (o sea el bebé), depositándolo después en un balde. El abortista introduce luego una pinza para

extraer el cráneo, que suele no salir por el tubo de succión. Algunas veces las partes más pequeñas del cuerpo del bebé pueden identificarse. Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma.

Por dilatación y curetaje:

En este método se utiliza una cureta o cuchillo provisto de una cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. Durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo el bebé es ya demasiado grande para extraerlo por succión; entonces se utiliza el método llamado por dilatación y curetaje. La cureta se emplea para desmembrar al bebé, sacándose luego en pedazos con ayuda de los fórceps. Este método está convirtiéndose en el más usual.

Mediante prostaglandinas:

Este potente fármaco se administra para provocar violentas contracciones en el útero con objeto de expulsar al bebé prematuramente y causarle la muerte.

Para un mejor entendimiento de este tipo de aborto, empezaremos por la definición y función de este fármaco.

Las Prostaglandinas son un conjunto de sustancias de carácter lípido derivadas de los ácidos grasos de 20 carbonos, tipo omega 3 y omega 6. Cumplen amplias funciones como mediadores para el sistema nervioso central. Deben ejercer su efecto sobre las células de origen y las adyacentes, actuando como hormonas autocrinas y paracrinas, siendo destruidas en los pulmones.

Se pueden resumir las funciones de las prostaglandinas en cinco puntos:

Intervienen en la respuesta inflamatoria: vasodilatación, aumento de la permeabilidad de los tejidos permitiendo el paso de los leucocitos, antiagregante plaquetario, estímulo de las terminaciones nerviosas del dolor, etc.

1. Aumento de la secreción de mucus gástrico, y disminución de secreción de ácido gástrico.
2. Provocan la contracción de la musculatura lisa. Esto es especialmente importante en la del útero de la mujer. En el semen humano hay cantidades pequeñas de prostaglandinas para favorecer la contracción del útero y como consecuencia la



ascensión de los espermatozoides a las trompas uterinas (trompas de falopio). Del mismo modo, son liberadas durante la menstruación, para favorecer el desprendimiento del endometrio. Así, los dolores menstruales son tratados muchas veces con inhibidores de la liberación de prostaglandinas.

3. Intervienen en la regulación de la temperatura corporal.
4. Controlan el descenso de la presión arterial al favorecer la eliminación de sustancias en el riñón.

Este fármaco provoca un parto prematuro durante cualquier etapa del embarazo. Se usa para llevar a cabo el aborto a la mitad del embarazo y en las últimas etapas de éste. Su principal "complicación" es que el bebé a veces sale vivo. También puede causarle graves daños a la madre. Recientemente las prostaglandinas se han usado con la RU-486 para aumentar la "efectividad" de éstas.

Aborto por parto parcial (procedimiento):

- El aborto por parto parcial comienza cuando el doctor toma con unas pinzas al bebé dentro del vientre materno.
- Cuando los pies del bebé están fuera del útero, el abortista lo toma con sus manos y lo saca, como si se tratara de un parto natural, pero asegurándose que salga por los pies.
- Cuando el bebé tiene el cuerpo fuera pero su cabeza está aún dentro del vientre materno, el abortista le atraviesa la nuca con unas tijeras.
- El crimen culmina cuando el abortista, mediante una sonda, succiona la masa encefálica del bebé que, durante todo el proceso, ha estado agitando su pequeño cuerpo para tratar inútilmente de defenderse.

Causas, efectos psicológicos y físicos en los tipos de abortos inducidos.

Causas:

- Bajas condiciones socioeconómicas.
- Presión de la familia y de la pareja.

- Miedo a la expectativa social (marginación, truncamiento).
- Problemas de salud.
- Violación o incesto.
- Falta de educación sexual afectiva.
- Mal uso de métodos anticonceptivos (uso de prácticas tradicionales).
- Cuando la relación con su pareja no es estable.

#### Efectos Psicológicos:

- Llanto/ Suspiros.
- Insomnio.
- Pérdida de apetito.
- Comer constantemente.
- Nerviosismo.
- Frigidez.
- Culpabilidad.
- Impulsos suicidas.
- Sensación de pérdida.
- Insatisfacción.
- Sentimiento de luto.
- Pesar y remordimiento. .
- Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
- Inferior autoestima.
- Preocupación por la muerte.
- Hostilidad.
- Conducta autodestructiva.
- Ira/ Rabia.
- Desesperación.
- Desvalimiento.
- Deseo de recordar la fecha de la muerte.
- Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento.

- Instintos maternales frustrados.
- Odio a todos los relacionados con el aborto.
- Incapacidad de perdonarse a sí misma. .
- Pesadillas.
- Ataques / Temblores.
- Frustración.

#### Efectos Sociales:

- Disminución de la capacidad de trabajo
- Pérdida de interés en el sexo
- Abuso de los niños
- Sentimientos de ser explotada
- Sentimiento de deshumanización
- Deseo de acabar la relación con su pareja
- Aislamiento
- Intenso interés en los bebés
- Sentimientos de ser explotada.

#### Efectos Físicos.

- Cáncer de mama:

El riesgo de cáncer de mama aumenta después de un aborto e incluso se incrementa aún más con dos o más abortos.

- Cáncer de ovarios, hígado y cervical (cuello uterino):

Para el caso de mujeres que han abortado se vinculan aparentemente a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada.

- Perforación de útero:

El riesgo de perforación uterina se incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos y para las que reciben anestesia general durante la realización del aborto.

➤ Desgarros cervicales (cuello del útero):

En al menos un uno por ciento de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o las micro-fracturas, que normalmente no son tratadas, pueden también a la larga perjudicar la función reproductiva. El riesgo de lesión cervical es mayor en adolescentes.

➤ Embarazo ectópico:

El aborto está relacionado de forma importante con un riesgo añadido de embarazos ectópicos posteriores. Los embarazos ectópicos, a su vez, amenazan la vida y pueden llevar a un descenso en la fertilidad.

➤ Complicaciones inmediatas:

Alrededor de un 10 % de mujeres que se someten a un aborto provocado sufrirán complicaciones inmediatas, de las cuales aproximadamente un quinto (2 %) tienen la consideración de riesgo mortal. Las nueve grandes complicaciones más comunes que pueden darse durante la práctica del aborto son: infección, efusión excesiva de sangre, embolia, desgarro o perforación del útero, complicaciones de la anestesia, convulsiones, hemorragia, lesión cervical y "shock".

Además de otros efectos como:

- Esterilidad.
- Abortos espontáneos.
- Nacimientos de niños muertos.
- Trastornos menstruales.
- Hemorragia.
- Peritonitis.
- Coágulos de sangre pasajeros.
- Fiebre /Sudores fríos.
- Intenso dolor.
- Pérdida de peso.
- Agotamiento.

## **2.5 HIPÓTESIS**

### **2.5.1 Hipótesis Alterna (H1)**

La Disfunción Familiar si influye en el Aborto Inducido en las adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de maternidad en el Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Marzo 2012 – Agosto 2012”.

### **2.5.2 Hipótesis Nula (Ho)**

La Disfunción Familiar no influye en el Aborto Inducido en las adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de maternidad en el Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo Marzo 2012 – Agosto 2012”.

## **2.6 Señalamiento de Variables de la Hipótesis**

**2.6.1 Variable Independiente:** Disfunción familiar.

**2.6.2 Variable Dependiente:** Aborto inducido.

**2.6.3 Término de relación:** Influencia.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 ENFOQUE:**

La presente investigación resulta predominantemente cualitativa a pesar de los resultados estadísticos que han de obtenerse debido al tratamiento psicosocial y emocional que han de darse a cada una de las cosas presentadas con el fin de dar cuenta de la realidad única del sujeto, en este caso los adolescentes que participan d este fenómeno (el aborto).

#### **3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN:**

##### **3.2.1 Investigación Documental-Bibliográfica**

Se pudo tener información mediante libros, textos, revistas, entrevistas páginas de internet con la información deseada, los mismos que constituyen la mayor parte de los que fueron tomados para la presente investigación con los temas d disfunción familiar y aborto inducido.

##### **3.2.2 Investigación de campo**

La presente investigación tiene como objetivos dar cuenta desde una perspectiva teórico práctica el fenómeno de la disfunción familiar y el aborto inducido de las adolescentes, razón por la cual resulta estrictamente necesaria que las modalidades investigativas a utilizar sean tanto de campo como una perspectiva bibliográfica uniendo así lo empírico y teórico del fenómeno a investigar.

La información de esta investigación se toma del estudio de campo realizado en el Hospital Provincial General de Latacunga Provincia del Cotopaxi.

#### **3.3 Nivel o tipo de Investigación**

##### **3.3.1 Investigación descriptiva**

El nivel de investigación al que este trabajo se halla sujeto es el tipo de investigación descriptiva, puesto que buscamos comparar dos fenómenos diferentes y modelos de

comportamientos determinados concernientes a la hipótesis anteriormente planteada logrando así conseguir datos estadísticamente variables considerados aisladamente.

### **3.4 Población y muestra.**

La presente investigación cuenta con un universo total de 80 adolescentes entre 14 y 19 años, siendo la totalidad de adolescentes que serán sometidas a esta investigación. Lo que proporciona confiabilidad y validez a los resultados que se pueden obtener de dicha investigación.

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

#### 3.5.1- Variable Dependiente

##### Aborto inducido.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Se llama aborto inducido a la interrupción de un embarazo provocada intencionalmente, ya sea por medicamentos, o por una intervención mecánica. Varían de acuerdo al tipo, causa conllevando efectos físicos, psicológicos y sociales	<p>Conocimiento</p> <p>Aplicación</p> <p>Causas</p> <p>Hospitalización</p> <p>Efectos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo</li> <li>• Medio</li> <li>• Alto</li> <li>• Succión</li> <li>• Dilatación</li> <li>• Curetaje</li> <li>• Presión</li> <li>• Temor.</li> <li>• Conflictos Flia.</li> <li>• Complicación</li> <li>• Perdida</li> <li>• Otros.</li> <li>• Alteraciones psicológicas</li> <li>• Abandono de estudios</li> <li>• Abandono de la pareja</li> </ul>	<p>¿Cómo se dio el proceso abortivo?</p> <p>¿Cuáles fueron las razones que dieron origen al aborto?</p> <p>¿Dónde y que persona le practicaron el aborto?</p>	Entrevista clínica psicológica a las adolescentes.	Cuestionario estructurado.



### 3.5.2 Variable Independiente.

#### Disfunción familiar

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BASICOS	TECNICA	INSTRUMENTOS
La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares.	<p>Funcional</p> <p>Moderadamente funcional</p> <p>Disfuncional</p> <p>Severamente disfuncional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 70 a 57 puntos.</li> <li>• 56 a 43 puntos.</li> <li>• 42 a 28 puntos.</li> <li>• 27 a 14 puntos</li> </ul>	<p>-Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.</p> <p>-En mi casa predomina la armonía.</p> <p>-En mi casa uno cumple sus responsabilidades.</p> <p>-Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.</p> <p>-Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.</p> <p>-Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.</p> <p>-Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.</p> <p>-Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.</p> <p>-Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.</p> <p>-Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.</p> <p>-Podemos conversar diversos temas sin temor.</p> <p>-Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.</p> <p>-Los interese y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.</p> <p>-Nos demostramos el cariño que nos tenemos.</p>	Entrevista clínica psicológica.	Test de percepción del funcionamiento familiar.

### 3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2.- ¿De qué personas?	De las adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga
3.- ¿Sobre qué aspectos?	La disfunción familiar y su incidencia en el aborto inducido de las adolescentes.
4.- ¿Quién?	Velasteguí Guerrón Edison Leonardo.
5.- ¿Cuándo?	Período Marzo 2012- Agosto 2012
6.- ¿Dónde?	Hospital Provincial General de Latacunga
7.- ¿Cuántas veces?	Durante el periodo de la investigación
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, entrevista y test
9.- ¿Con qué?	Apuntes, historias clínicas, informes médicos – psiquiátricos, Test.
10.- ¿En qué situación?	Disfuncionalidad familiar y aborto inducido.

### **3.6.1 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

La técnica a utilizar en el presente trabajo concerniente a las adolescentes que han pasado por un proceso abortivo ha de ser necesaria tanto la entrevista clínica psicológica, aplicación de test y observación que nos permita determinar el nivel de disfuncionalidad que se halla en la población de muestra.

Además concerniente a la variable del proyecto de vida se utilizara una encuesta estructurada que se aplicará a la muestra obtenida.

Validez y confiabilidad de los instrumentos de medición.

El test a utilizar es el de funcionalidad familiar que indicara el grado y áreas de disfunción familiar y su validez es de un 90%.

Plan de procesamiento de información.

Los resultados que han de obtenerse de esta investigación se expresaran atreves de cuadros estadísticos.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1.1 Variable Independiente

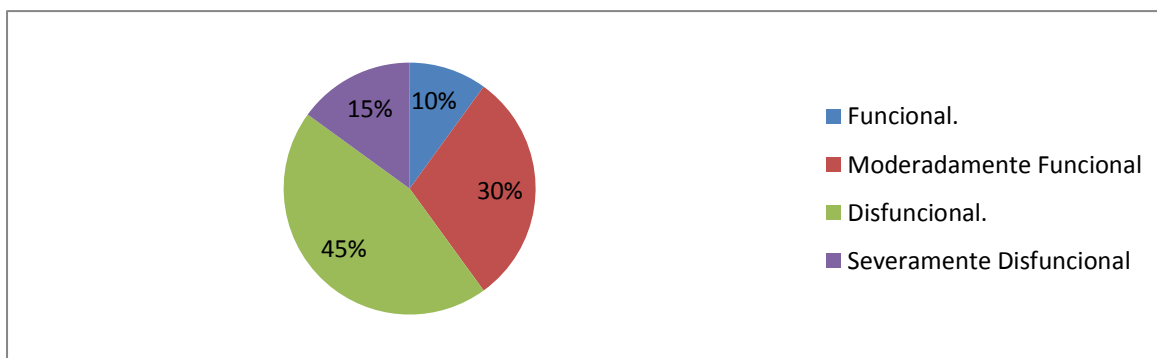
#### PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DIRIGIDO A LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS INTERNAS EN EL AREA DE GINECOLÓGIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA.

Tabla #1 Tabla general de percepción del funcionamiento familiar

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		
Funcional.	8	10%
Moderadamente Funcional.	24	30%
Disfuncional.	36	45%
Severamente Disfuncional.	12	15%
<b>TOTAL.</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Funcionalidad Familiar  
Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico # 1 Porcentajes Generales sobre la percepción del funcionamiento familiar.



Fuente: Test de Funcionalidad Familiar  
Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** El 45% pertenecen a familias disfuncionales, el 30% a familias moderadamente disfuncionales, el 15% a familias severamente disfuncionales, mientras que el 10% son familias funcionales.

**Interpretación:** La gráfica que se observa pertenece a familias disfuncionales donde dificulta la manera relacional entre los miembros de familia causando dificultades en las esferas bio-psico-social de las adolescentes. El porcentaje siguiente nos indica familias moderadamente disfuncional donde la comunicación es poca o inexistente provocando también una dependencia emocional, búsqueda de afecto, búsqueda de protección, relaciones conflictivas, todo esto fuera del entorno familiar.

#### 4.1.2 Variable Dependiente

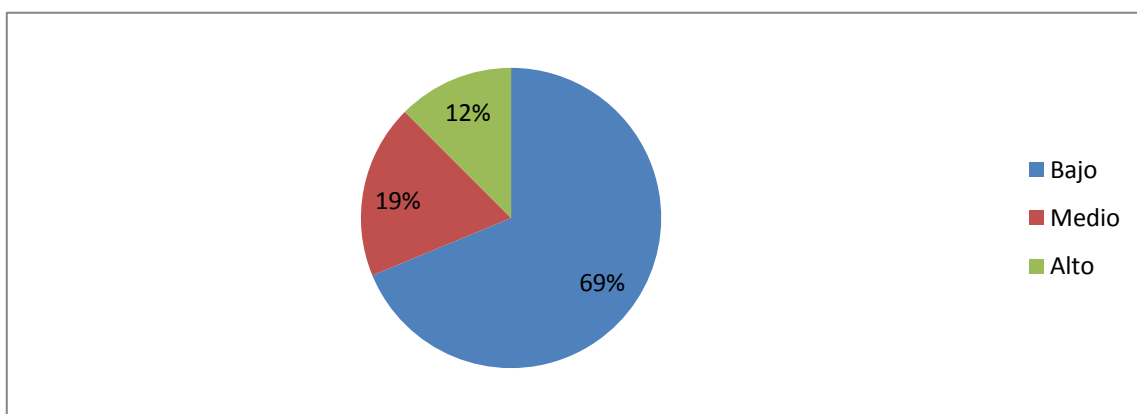
### ENCUESTA SOBRE EL ABORTO INDUCIDO DIRIGIDO A LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS INTERNADAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA POR UN PRACTICARSE UN PROCESO ABORTIVO.

Tabla #2 Tabla sobre el conocimiento del aborto inducido.

1. Qué grado de conocimiento crees que tienes sobre el aborto inducido		
Bajo	55	69%
Medio	15	19%
Alto	10	12%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta sobre Aborto  
Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico # 2 Porcentajes sobre el conocimiento del aborto inducido.



Fuente: Encuesta sobre Aborto  
Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** En la encuesta realizada el 69% de adolescentes manifiesta que el conocimiento sobre el aborto inducido es bajo, mientras que el conocimiento sobre el aborto inducido a nivel medio es de un 19%, y el 12% tiene un conocimiento alto sobre el aborto inducido.

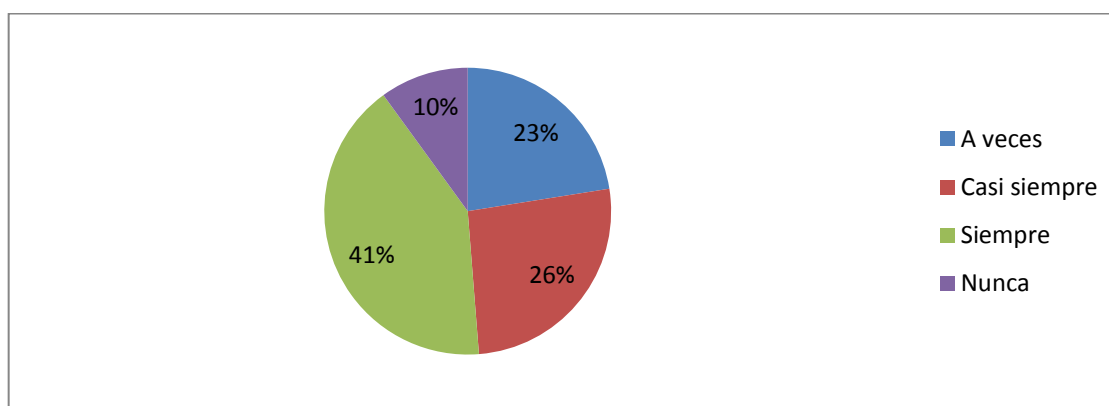
**Interpretación:** Esta interrogante demuestra que las adolescentes que realizaron la encuesta, en su mayoría de ellas tienen un conocimiento medio-bajo sobre este tema lo que provoca el sometimiento a estos procedimientos abortivos sin dejar de lado a las adolescentes que tienen conocimiento y sin embargo se han practicado un tipo de aborto.

Tabla #3 Tabla sobre el problema comunicacional en casa.

2. _En casa, a tu criterio, ¿existe problemas de comunicación?			
A veces		18	23%
Casi siempre		21	26%
Siempre		33	41%
Nunca		8	10%
<b>TOTAL</b>		<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico #3 Porcentaje de los problemas comunicacionales en casa.



Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** En esta interrogante dicen presentar problemas de comunicación casi siempre 26% y siempre en un 41%, el 23% pertenece al 23% que muestran problemas de comunicación a veces, mientras que el 10% dice que nunca a existe problemas de comunicación.

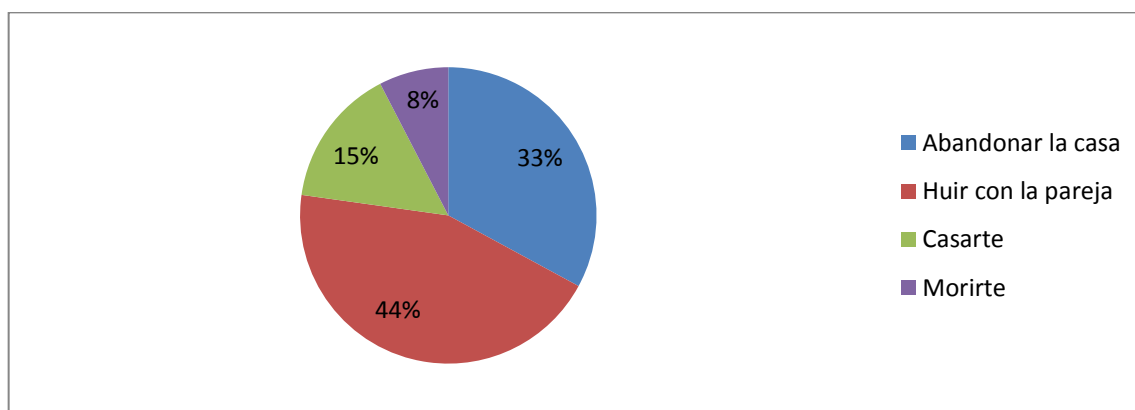
**Interpretación:** Esta interrogante demuestra que los problemas de comunicación en casa en su mayoría son siempre y casi siempre y pocas adolescentes manifiestan nunca tienen problemas de comunicación en su hogar.

Tabla #4 Tabla de ideas generadas por dificultades en casa.

3.- Las dificultades de tu casa han generado ideas de:		
Abandonar la Casa	26	33%
Huir con la Pareja	35	44%
Casarte	13	15%
Morirte	6	8%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico #4 Porcentajes de ideas generadas por dificultades en casa.



Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** De la encuesta realizada las adolescentes manifiestan en un 44% que su idea es de huir con la pareja, en un 33% abandonar la casa, en un 8% tienen la idea de morir mientras que el 15% desea casarse.

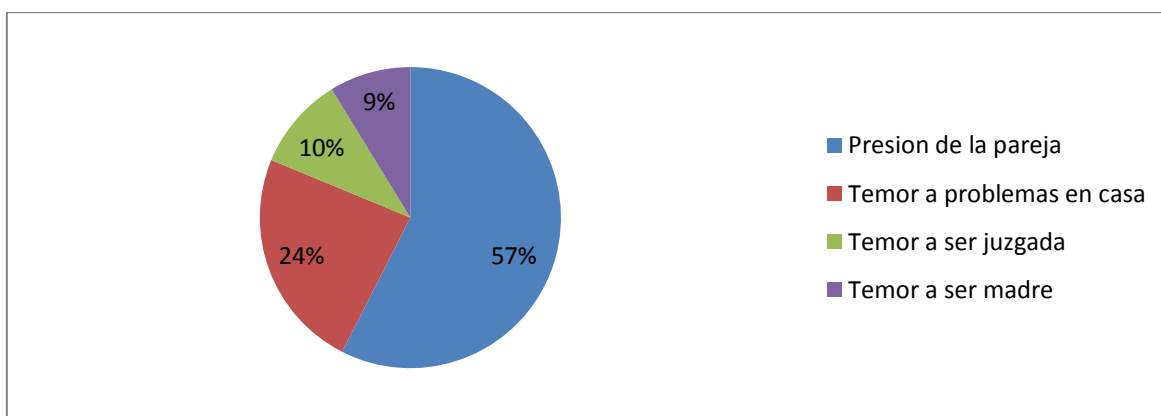
**Interpretación:** De las ideas que presentan las adolescentes al enfrentar problemas en casa las más opcionadas para ellas son el de huir con su pareja y el abandonar la casa, mientras que las menos opcionadas por ella son el de casarse o morir.

Tabla #5 Causas que llevó a realizarse el proceso abortivo.

4._ Cual fue la causa que te motivó al aborto		
Presión de la pareja	46	57%
Temor a problemas en casa	19	24%
Temor a ser juzgada	8	10%
Temor a ser madre	7	9%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico #5 Porcentajes de las causas que llevó a realizarse el proceso abortivo.



Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** En esta interrogante el 57% refiere que se practicó el proceso abortivo por presión de la pareja, el 24% dice haberlo hecho por temor a problemas en casa, el 10% por temor a ser juzgada y el 9% por temor a ser madre.

**Interpretación:** De las respuestas dadas por las adolescentes notamos que se han practicado un aborto en su mayoría por presión de la pareja y por temor a ser juzgadas, mientras que la otra parte que es de menor porcentaje lo han realizado por temor a ser juzgadas y por temor a ser madres.

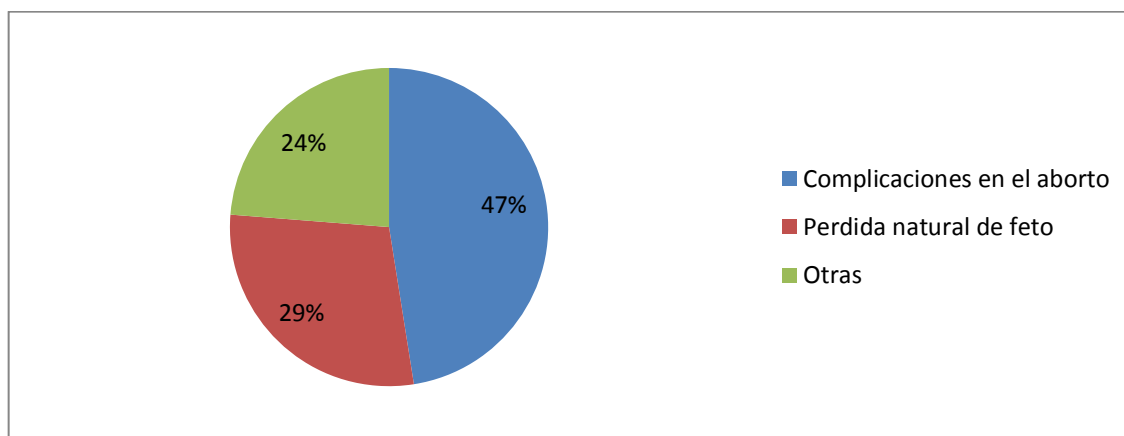


Tabla #6 El motivo de Hospitalización.

5.- ¿Cual fue el motivo de tu Hospitalización?		
Complicaciones en el aborto	38	47%
Perdida natural del feto	23	29%
Otras	19	24%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico #6 Porcentajes sobre el motivo de la hospitalización.



Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** En esta interrogante manifiestan que el motivo de su hospitalización fue por complicaciones en el aborto en un 47% mientras que en un 29% fue por pérdida natural del feto y en un 24% por causas distintas.

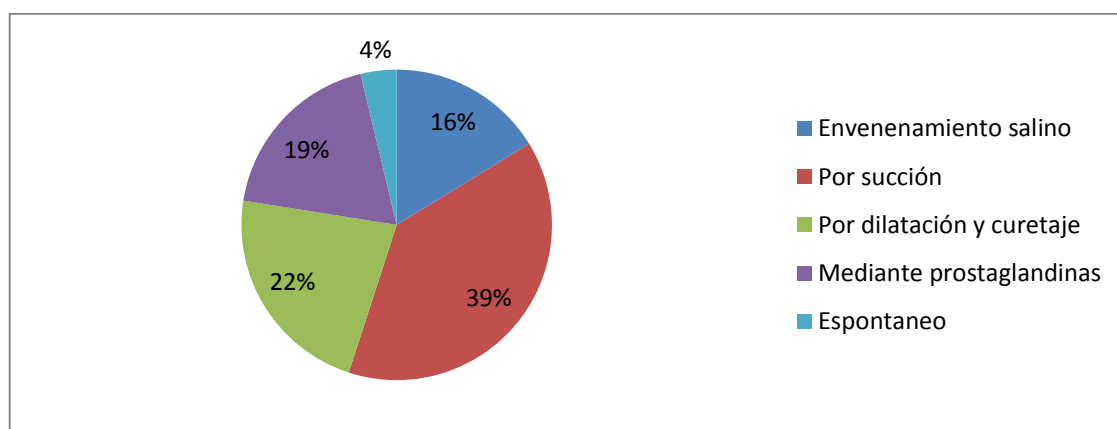
**Interpretación:** Esta interrogante demuestra que las adolescentes fueron hospitalizadas por complicaciones en el proceso abortivo, mientras que las otras partes manifiestan que su hospitalización fue por pérdida natural del feto y otras causas.

Tabla #7 Conocimientos de tipos de aborto.

<b>6.- De entre los tipos de abortos, subraya los que más conozcas</b>		
Envenenamiento salino	13	16%
Por succión	31	39%
Por dilatación y curetaje	18	22%
Mediante prostaglandinas	15	19%
Espontaneo	3	4%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta sobre Aborto  
**Autor:** Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico #7 Porcentajes del conocimiento de tipos de aborto.



**Fuente:** Encuesta sobre Aborto  
**Autor:** Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** De la encuesta el 39% dice conocer el tipo de aborto por succión, mientras que el aborto por dilatación y curetaje conocen en un 22%, el 16% manifiesta conocer el tipo de aborto por envenenamiento salino, el 4% conoce por aborto espontaneo, el 19% conoce el aborto mediante prostaglandinas.

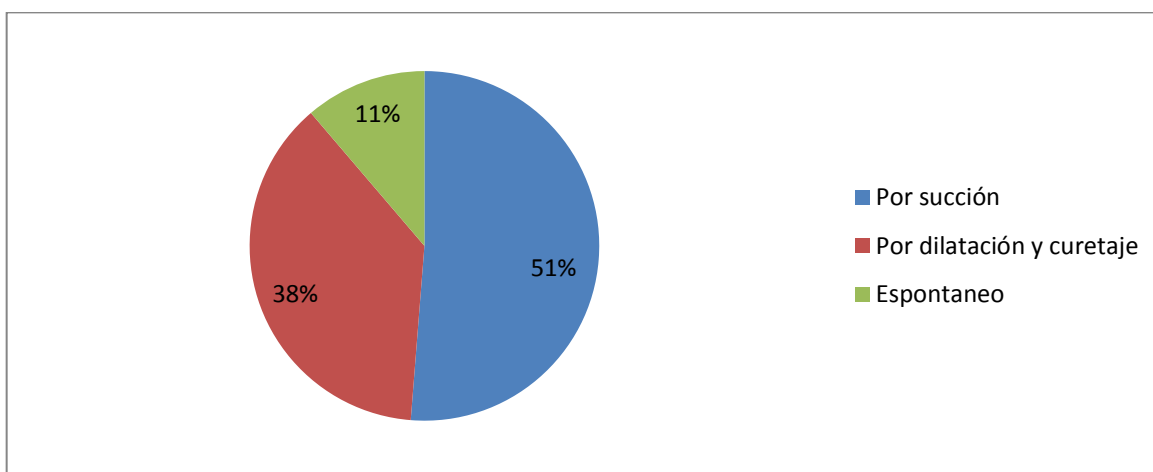
**Interpretación:** De las adolescentes entrevistadas la mayoría conoce el aborto por succión y también el aborto por medio de dilatación y curetaje, pocas adolescentes conocen el aborto mediante prostaglandinas, aborto espontaneo, aborto por envenamiento salino.

Tabla #8 Conocimiento del tipo de aborto que le practicaron.

7.- A tu criterio. ¿Cuál de las intervenciones anteriores te realizaron?		
Por succión	41	51%
Por dilatación y curetaje	30	38%
Espontaneo	9	11%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico #8 Porcentajes sobre el conocimiento del tipo de aborto que le practicaron.



Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** En esta interrogante el 51% de adolescentes manifiestan a su criterio que les realizaron un proceso abortivo por succión y 38% por dilatación-curetaje, mientras que el 11% de adolescentes dicen que fue un aborto espontaneo.

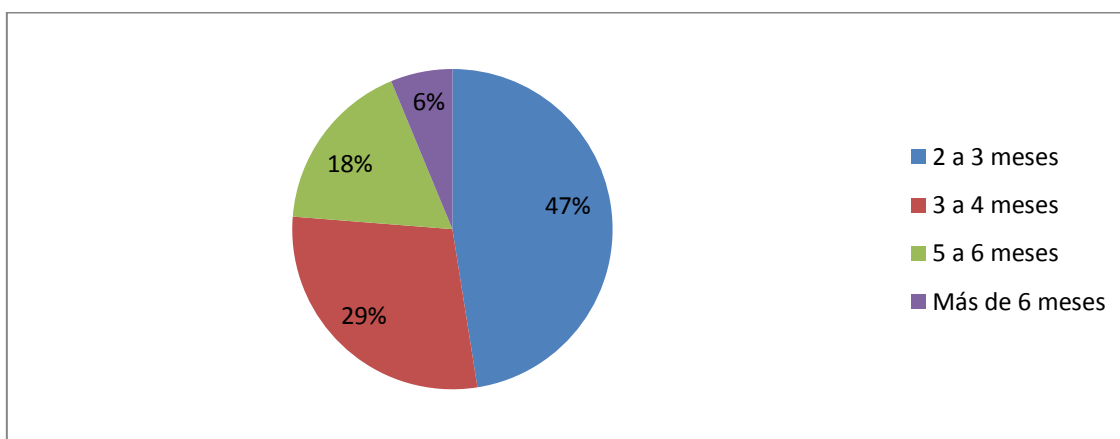
**Interpretación:** Las adolescentes, en su mayoría dicen que les practicaron el aborto mediante succión y mediante dilatación y curetaje, mientras la otra parte de adolescentes entrevistadas manifiestan haber tenido un aborto espontaneo.

Tabla # 9 Edad gestacional que se practicó el aborto.

<b>8.- ¿De qué tiempo de edad gestacional te practicaste el aborto?</b>		
2 a 3 meses	38	47%
3 a 4 meses	23	29%
5 a 6 meses	14	18%
Más de 6 meses	5	6%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta sobre Aborto  
**Autor:** Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico # 9 Porcentajes de la edad gestacional en la que se practicó el aborto.



**Fuente:** Encuesta sobre Aborto  
**Autor:** Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** En esta interrogante el 29% dice haberse practicado el proceso abortivo de los 3 a 4 meses de gestación, el 47% de 2 a 3 meses de gestación, el 18 % dice que se practicó el aborto de 5 a 6 meses de gestación y el 6% más de 6 meses.

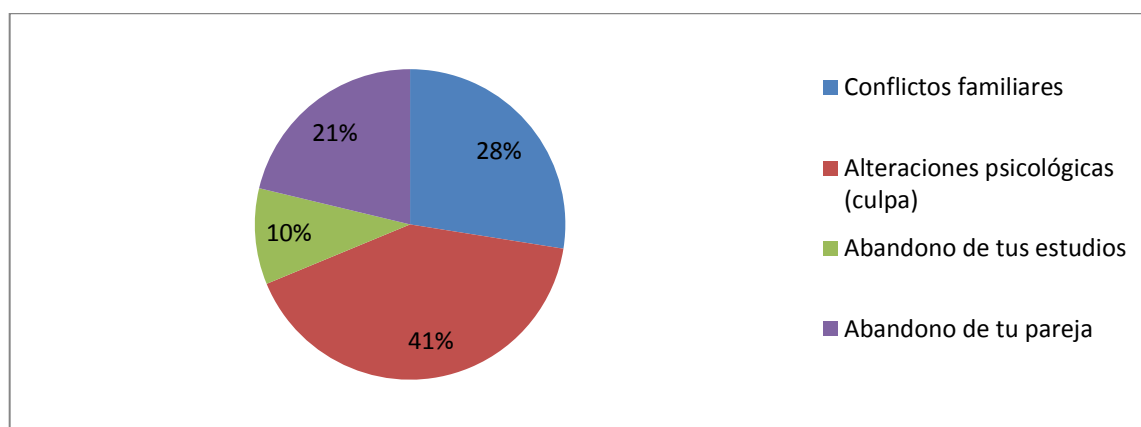
**Interpretación:** Esta interrogante demuestra que la mayoría de abortos de las adolescentes entrevistadas fue realizado de entre los dos a tres y de tres a cuatro meses de gestación mientras que otra parte de adolescentes se practicó el aborto entre cinco a seis meses de gestación así como también en la minoría de adolescentes se practicaron un aborto a más de seis meses de gestación.

Tabla #10 Efectos después del proceso abortivo.

<b>9.- De los siguientes efectos. ¿Cuál es el que más te está afectando en los últimos días?</b>		
Conflictos familiares	22	28%
Alteraciones psicológicas	33	41%
Abandonos de sus estudios	8	10%
Abandono de tu pareja	17	21%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico #10 Porcentajes de los efectos después del proceso abortivo.



Fuente: Encuesta sobre Aborto  
 Autor: Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** En esta interrogante el 41% de las adolescentes manifiesta tener alteraciones psicológicas (culpa), el 28% dice tener conflictos familiares, el 21% abandono de la pareja y el 10% dice haber abandonado los estudios.

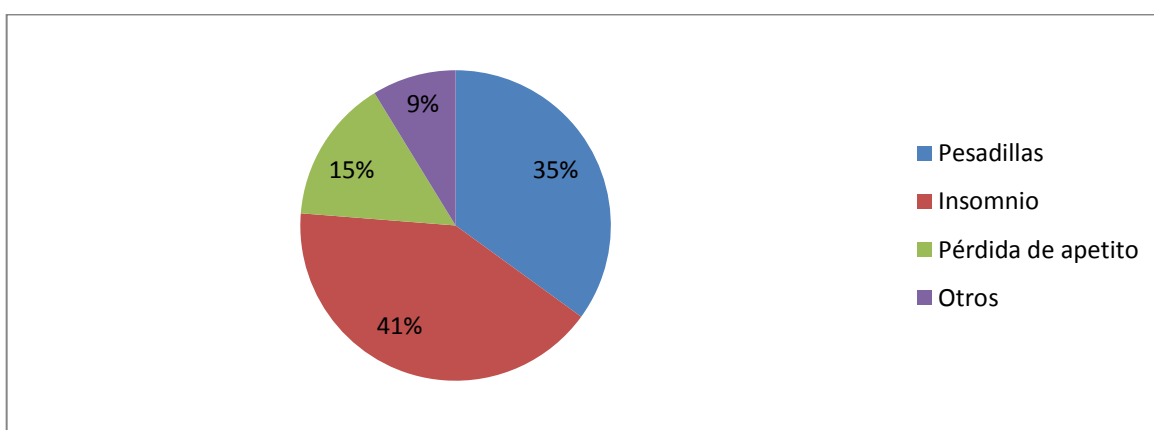
**Interpretación:** De los efectos expuestos en esta interrogante demuestra que las adolescentes, en su mayoría fueron afectadas por las alteraciones psicológicas (culpa) y conflictos familiares, mientras que en menor parte de adolescentes entrevistadas dicen haber sido afectadas por el abandono de estudios y abandono de la pareja.

Tabla #11 Consecuencias del aborto.

10.- Sientes que en los últimos días has tenido:		
Pesadillas	28	35%
Insomnio	33	41%
Pérdida de apetito	12	15%
Otros	7	9%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta sobre Aborto  
**Autor:** Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico #11 Porcentajes de las consecuencias del aborto.



**Fuente:** Encuesta sobre Aborto  
**Autor:** Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** De la encuesta realizada el 41% de adolescentes sintió insomnio, el 15% a tenido pérdida de apetito, el 35% pesadillas y un 9% otros.

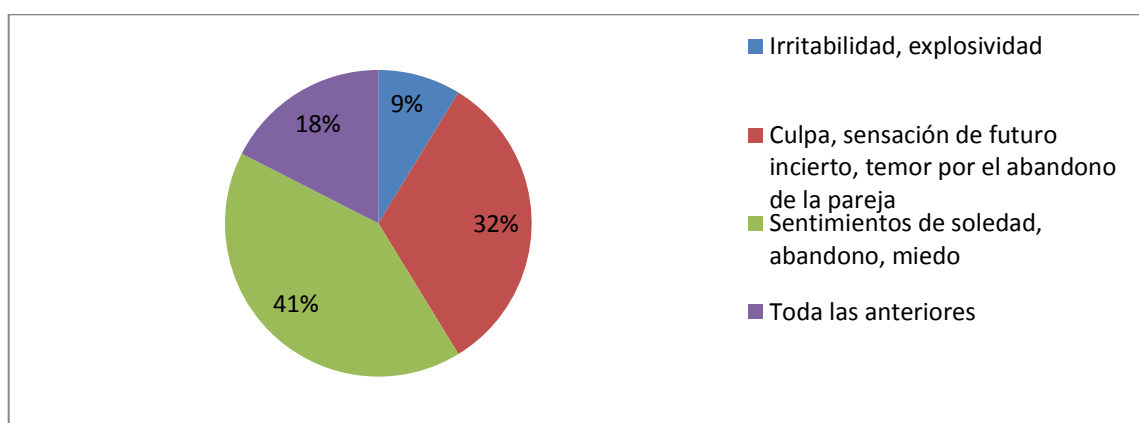
**Interpretación:** Se demuestra que las adolescentes han mostrado, en su mayoría insomnio y pesadillas, mientras que una minoría ha mostrado pérdida del apetito y otros después de un proceso abortivo.

Tabla #12 Sobre el carácter y estado de ánimo.

<b>11.- Tu carácter y estado de ánimo ha presentado en los últimos días:</b>		
Irritabilidad, explosividad	7	9%
Culpa sensación de futuro incierto, temor por el abandono de la pareja.	26	32%
Sentimientos de soledad, abandono, miedo.	33	41%
Todas las anteriores	14	18%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta sobre Aborto  
**Autor:** Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico #12 Porcentajes sobre el carácter y estado de ánimo.



**Fuente:** Encuesta sobre Aborto  
**Autor:** Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** De la entrevista realizada el 32% de las adolescentes responden que el carácter y el estado de ánimo a presentado culpa, sensación de futuro incierto, temor por el abandono de la pareja, el 41% responde que presenta sentimientos de soledad, abandono, miedo, el 9% dice presentar irritabilidad, explosividad y el 18% manifiesta presentar todas las alteraciones anteriores en su carácter y estado de ánimo.

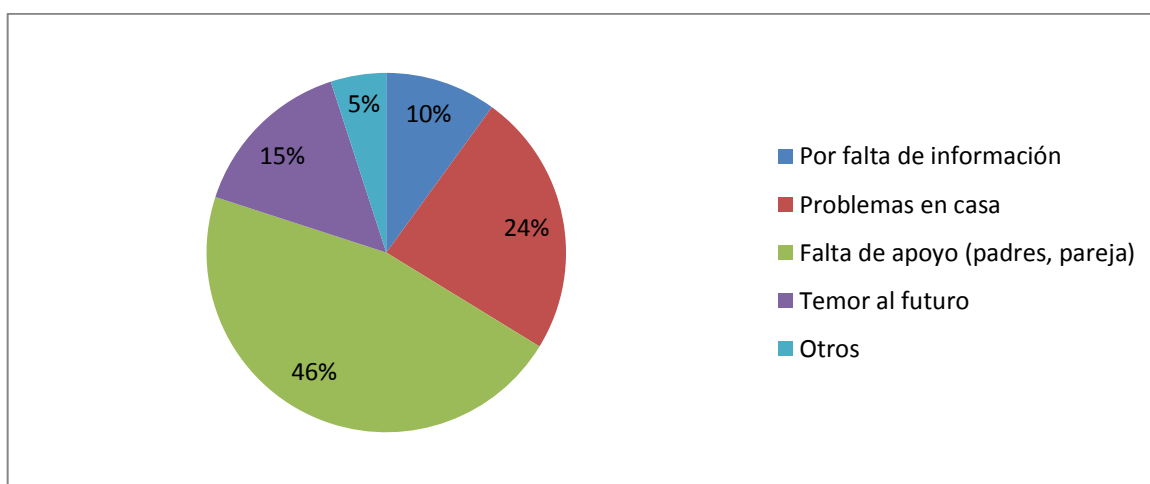
**Interpretación:** Las adolescentes en su mayoría responden que el carácter y estado de ánimo han presentado culpa, sensación de futo incierto, temor por el abandono de la pareja, en segunda instancia dicen haber presentado sentimientos de soledad, abandono y miedo, mientras que la otra parte de adolescentes dicen haber presentado irritabilidad y explosividad, y en menor proporción de adolescentes dicen haber presentado todas las alteraciones señaladas.

Tabla #13 Conocimiento de las causas que llevan al aborto.

12.- ¿Por qué crees que se llevan a cabo tantos abortos en las adolescentes?		
Por falta de información	8	10%
Problemas en casa	19	24%
Falta de apoyo	37	46%
Temor al futuro	12	15%
Otros	4	5%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta sobre Aborto  
**Autor:** Leonardo Velasteguí, 2013

Gráfico #13 Porcentajes del conocimiento de las causas que llevan al aborto.



**Fuente:** Encuesta sobre Aborto  
**Autor:** Leonardo Velasteguí, 2013

**Análisis:** En esta interrogante el 46% de adolescentes entrevistadas dice creer que los abortos se llevan a cabo por falta de apoyo de los padres y de sus parejas, el 24% por problemas en casa, el 10% por falta de información, el 15% por temor al futuro y por otros factores un 5%

**Interpretación:** Las adolescentes entrevistadas en su mayoría manifiestan que se llevan a cabo los abortos por falta de apoyo de los padres y pareja así como también los problemas en casa, mientras que en menor parte dicen que se realizan abortos por falta de información, por temor al futuro y otros.



**TABLA GENERAL DE LA ENCUESTA SOBRE ABORTO INDUCIDO APLICADA A LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD QUE SE REALIZAON UN PROCESO ABORTIVO, TOMANDO LAS RESPUESTAS CON MAYOR PUNTAJE DE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA APLICADA A 80 ADOLESCENTES.**

<b>ENCUESTA</b>	<b>NÚMERO DE ADOLESCENTES Y RESPUESTAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1.- ¿Qué grado de conocimiento tienes sobre el aborto?	55 adolescentes responden tener un conocimiento bajo.	69%
2.- En casa, a tu criterio, ¿Existe problemas de comunicación?	33 adolescentes responde siempre tener problemas comunicacionales.	41%
3.- Las dificultades en tu casa han generado ideas de:	35 adolescentes dicen tener ideas de huir con la pareja.	44%
4.- ¿Cuál fue la causa que te motivó al aborto?	46 adolescentes dicen que la causa fue la presión de la pareja.	57%
5.- ¿Cuál fue el motivo de tu hospitalización?	38 adolescentes dicen que fue por complicaciones en el aborto.	47%
6.- De entre los tipos de aborto, subraya los que más conozcas.	31 adolescentes señalaron conocer el tipo de aborto por succión	39%
7.- A tu criterio, ¿Cuál de las intervenciones anteriores te realizaron?	41 adolescentes responde que se realizaron el proceso abortivo por succión.	51%
8.- ¿De qué tiempo de edad gestacional te practicaste el aborto?	38 adolescentes dicen haberse practicado el aborto a la edad gestacional de 2 a 3 meses.	47%
9.- De los siguientes efectos. ¿Cual es el que más te está afectando?	33 adolescentes dicen afectarle las alteraciones psicológicas.	41%
10.- Sientes que los últimos días has tenido:	33 adolescentes dicen tener insomnio los últimos días.	41%
11.- Tu carácter y estado de ánimo ha presentado en los últimos días:	33 adolescentes dicen presentar sentimientos de soledad, abandono y miedo,	41%
12.- ¿Por qué crees que se llevan a cabo tantos abortos en las adolescentes?	37 adolescentes manifiestan que es por falta de apoyo.	46%

### 4.1.3. Interpretación de Relación de Variables

#### 4.1.3.1. Hipótesis Alterna.

Se utilizó la fórmula del Chi-Cuadrado  $X^2$

$$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

En donde:

$X^2$ = Chi Cuadrado

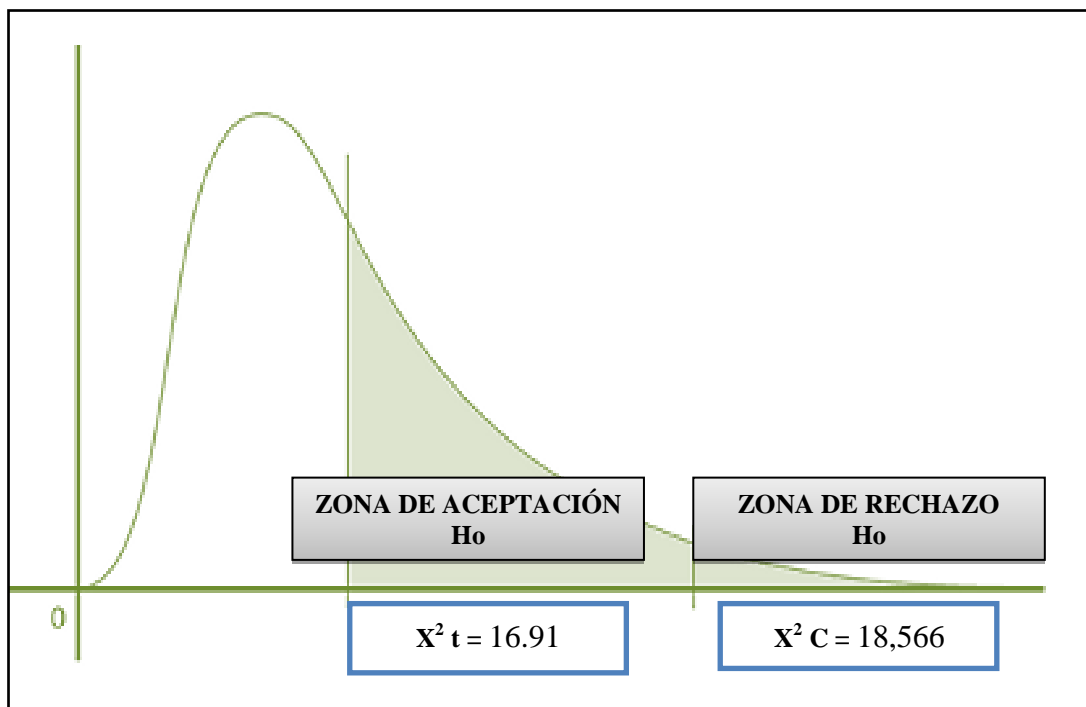
**O**= Frecuencias Observadas

**E**= Frecuencias Esperadas

**(V.I)**: Disfunción Familiar

**(V.D)**: Aborto Inducido En Las Adolescentes

#### 4.1.3.6 DISTRIBUCIÓN DEL CHI CUADRADO ( $X^2$ ) DE LOS VALORES CALCULADOS



## **4.2 Verificación de Hipótesis.**

### **Hipótesis Alterna.**

- La Disfunción Familiar si influye en el Aborto Inducido en las adolescentes de 14 a 19 Años que acuden al Servicio de Maternidad en el Hospital Provincial General de Latacunga en el Período Marzo 2012 – Agosto 2012”.

### **Verificación.**

Se aprueba la hipótesis tras haber realizado el Cálculo Matemático del Chi Cuadrado ( $X^2$ ). Como conclusión se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hipótesis Alterna ( $H_1$ ), ya que dentro de la disfunción familiar existe puntos que están deteriorados como la ausencia de la comunicación porcentaje y actitud que llama la atención ya que esto genera vacío existencial en las mismas, por lo que la primera imagen de afecto se transforma su pareja, en quien centran su atención y proyecto de vida, y con quien comparte vivencias y experiencias que en la mayoría de casos como es el caso de las pacientes, terminan en encuentros sexuales sin la protección y el cuidado necesario y peor aun con la racionalización de los efectos colaterales, por ello se ven inmersos en un sinnúmero de vivencias criticas una de ellas el Aborto.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Luego de haber hecho el análisis de los resultados alcanzados en las encuestas y reactivos psicológicos durante el proceso investigativo se ha podido llegar a lo siguiente:

#### **5.1.1 Conclusiones**

- Al realizar el análisis de funcionalidad y disfuncionalidad familiar, podemos deducir que la menor población sometida a investigación percibe a sus familias como severamente disfuncional; mientras que en la mayoría de los casos perciben a sus familias severamente disfuncionales; en el aspecto funcional de la familia una parte de las adolescentes consideran a sus familias como moderadamente funcional y la minoría considera que las familias son funcionales.
- En cuanto a la variable aborto, llama la atención el conocimiento bajo de lo que significa el aborto ya que la mayoría de la población manifestó tener este grado de conocimiento, señalando entre los tipos a los más frecuentes como la succión y el curetaje, pero durante el proceso investigativo se noto que no distinguen las características de cada uno de estos procesos terapéuticos. Entre las intervenciones abortivas realizadas por las pacientes definen haberse practicado el curetaje, y la succión; cifra que consolida el criterio anterior.
- Pesar de la aparente funcionalidad de la menor parte de la población investigada llegó a la práctica del aborto inducido, sin duda alguna esta interrogante tiene algunas aristas o factores etiopatogénicos, entre los fundamentales tenemos: la ausencia de armonía o equilibrio en la relación familiar, la ausencia de manifestaciones de cariño en el mismo porcentaje, la ausencia de solidaridad entre los miembros, la dificultad en la comunicación con parámetros alarmantes, esto determina que en las pacientes no exista muestras de afecto con relación a su familia en un elevadísimo porcentaje; sin duda alguna estos factores de una manera directa e indirecta inciden en la percepción de las pacientes en cuanto a su familia y como estas se miran dentro de la funcionalidad, generando obviamente,

sentimientos de soledad, abandono, vacío existencial, estados anímicos que buscan suplirlo en la relación de pareja.

### **5.1.2 Recomendaciones.**

- Es importante que en nuestra alma mater se potencialice el abordaje preventivo y en el caso de tener que intervenir en la pacientes se domines técnicas de PBIU, con el fin de realizar intervenciones que faciliten el alivio sintomático, y el compromiso de superación del cuadro clínico en casos de crisis, ya que esta problemática cada día va en aumento con nuevos patrones de presentación.
- Es importante la continuación de la investigación ya que esta problemática de disfuncionalidad familiar y su incidencia en el aborto es alarmante y se requiere de un trabajo para la mejora de la salud mental y por ende física.
- Hay te tomar muy en cuenta la importancia este proceso de investigación y tratamiento el trabajo de profesionales comprometidos en la salud mental y física para realizar un trabajo que den resultados positivos y así disminuir el índice de familias disfuncionales como también los procesos abortivos en las adolescentes, el trabajo multidisciplinario es importante y necesario ya que deberá estar constituido por el profesional en salud mental (psicólogo clínico), médico ginecólogo, psiquiatra, entre otros formando un equipo de trabajo optimo dirigidos ética y moralmente a una recuperación completa de las pacientes y sus familias.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

**6.1 Tema:** Implementación del Modelo Cognitivo Conductual con enfoque Sistémico aplicable a las adolescentes de 14 a 19 años que se practicaron un aborto inducido y que fueron internadas en el área de Ginecología del Hospital Provincial General de Latacunga para la reestructuración de los sistemas familiares disfuncionales durante el periodo Marzo – Agosto 2012.

#### **6.2 Datos informativos**

**Institución beneficiada:** Hospital Provincial General De Latacunga

**Provincia:** Cotopaxi

**Cantón:** Latacunga

**Parroquia:** Región Centro

**Responsable:** Leonardo Velasteguí

**Fecha de elaboración:** 25 de Junio de 2012

**Fecha de Ejecución:** Desde el 5 de Septiembre de 2012 hasta el 5 de Febrero de 2013

**Institución Ejecutora:** Universidad Técnica de Ambato a través de su egresado en la especialidad de Psicología Clínica.

**Beneficiarios:** La presente investigación, está destinada a beneficiar directamente a las adolescentes en riesgo y a su respectivo sistema familiar, que acuden al Hospital Provincial General de Latacunga.

### **6.3 Antecedentes de la Propuesta:**

Los datos a presentarse en este punto de la propuesta constituyen una fuente real de la obtención de información mediante los reactivos psicológicos aplicados, y estos son los siguientes:

Lo que tiene que ver con el reactivo de medición de la disfuncionalidad familiar se obtuvo de manera general las siguientes estadísticas:

De las familias de las adolescentes sometidas a la presente investigación manifiesta en un 45% que son disfuncionales, en un 30% familias moderadamente disfuncionales, severamente disfuncional en un 15% y un 10% es funcional.

En la encuesta realizada para la variable “Aborto Inducido” se llegó a evidenciar que el 69% de las adolescentes manifiesta que el conocimiento sobre el aborto inducido es bajo, por lo que el 57% de adolescentes dicen que el aborto practicado fue por presión de la pareja y el motivo de su hospitalización en un 47% fue por complicaciones en el proceso abortivo.

En el tipo de aborto inducido que se practicaron, el 51% de adolescentes manifiestan que a su criterio les realizaron un proceso abortivo por succión, el 38% por dilatación y curetaje.

Con relación a la edad de gestación el 47% dice haberse practicado el proceso abortivo de los dos a tres meses de gestación y el 29% de tres a cuatro meses de gestación.

Dentro de la parte fisiológica el 41% de adolescentes manifiesta haber sentido insomnio, el 34% ha tenido pesadillas y el 15% pérdida de apetito.

El 49% de las adolescentes después de un proceso abortivo presentan sentimientos de soledad, abandono y miedo, el ánimo y las emociones manifiestan alteraciones en un el 32% de las adolescentes que presentan culpa, sensación de futuro incierto, temor por el abandono de la pareja y en menor porcentaje dicen presentar irritabilidad y explosividad.

Para realizarse el proceso abortivo, el 46% de adolescentes creen que los abortos se llevan a cabo por falta de apoyo de los padres y de sus parejas.

## **6.4 OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Diseñar y aplicar un modelo Cognitivo Conductual con enfoque Sistémico aplicable a adolescentes de 14 a 19 años que se practicaron un aborto inducido y fueron atendidas en el área de Ginecología del Hospital Provincial General de Latacunga dirigidos a sus respectivos sistemas familiares disfuncionales durante el periodo Marzo – Agosto 2012.

### **Objetivos Específicos:**

- Tipificar el estilo de Disfunción Familiar predominante en la población estudiada.
- Establecer las causas que generan el aborto inducido en las adolescentes que son motivo de estudio.
- Fortalecer el ambiente familiar que se encuentra disfuncional con el fin de equilibrar patrones comportamentales del sistema que se encuentran disfuncionales.

## **6.5 Justificación:**

Al evidenciar datos y conductas realmente marcadas del sistema familiar disfuncional que notoriamente influyen en la práctica del aborto inducido en adolescentes, se hace importante aplicar un modelo cognitivo conductual con enfoque sistémico que abarque a todos los entes relacionados en esta clase de problemática social.

Es factible porque disponemos de la población adolescente femenina de entre 14 y 19 años que se practicaron un aborto inducido en el Hospital Provincial General de Latacunga, de la predisposición de las autoridades para implantar cambios en la actitud de dicha población, y de la familia en la cual ellas se desenvuelven.

La corriente Cognitiva Conductual con enfoque Sistémico hace referencia a que no es una tarea fácil hablar con familias disfuncionales debido a los a los mecanismos defensivos que emplean, la presente propuesta explica cómo debemos actuar frente a estos grupos familiares, se plantea la intervención de la comunicación con palabras y buen trato con el objetivo de llegar a un estado de satisfacción.



Las adolescentes que tomaron la decisión de practicarse un aborto muchas veces son etiquetadas y juzgadas anulándose así sus virtudes de sujetos y seres humanos haciéndolos ver como objetos y cosas que no tienen solución, dando como resultado una afección inmediata en la construcción de su personalidad y parte psíquica.

El diseño y aplicación de la presente propuesta constituye en esencia pura un aspecto original y novedoso ya que como se argumentó anteriormente en nuestro medio social no existen planificaciones que aborden la problemática planteada.

Para finalizar se puede mencionar que de no realizarse esta intervención, los niveles de abortos inducidos y de sistemas familiares disfuncionales seguirán en incremento afectando así la esfera psíquica de las adolescentes y familiares con las que se relacionan alterando así gravemente el desarrollo óptimo del proyecto de vida.

#### **6.6 Fundamentación teórica:**

La corriente psicológica que guiará la propuesta psicoterapéutica tendrá sus bases a Nivel Cognitivo-Conductual con enfoque Sistémico, todo esto con el fin de modificar distorsiones cognitivas, de equilibrar comportamientos inadecuados con el objetivo de mejorar estilos personales, y familiares.

Es importante basarse en enunciados científicos de autores que aportaron conocimientos con relación al aspecto psicológico de la propuesta ya planteada, y estos son:

Como aspecto fundamental en la aplicación de la propuesta de intervención psicoterapéutica se hace inevitable hablar de las secuelas psicológicas que sufren dichas pacientes después de realizarse un aborto.

Una reacción frecuente es tratar de olvidar la experiencia (ABORTO INDUCIDO) o negarla, tratando de reprimir el dolor que ha causado. La Dra. Wanda Franz, de la Universidad de West Virginia, afirma que ello lleva a un descontrol emocional en situaciones como ver a un niño jugar, oír el sonido de una aspiradora, un miedo irracional a los médicos, etc. Cuando una mujer acude a una clínica a abortar, es consciente de que en ese lugar entran dos personas, y sale solo una. Atrás queda la tumba inexistente a la que

nadie irá a llorar ni a llevar flores. En las clínicas no se hace jamás una ecografía, pues seguramente esa sencilla prueba arruinaría el negocio. La imagen no vista del bebé persigue a muchas de las madres durante mucho tiempo.

También sufre después de un aborto la relación de pareja. Hay un alto índice de rupturas y de pareja tras un aborto. El Dr. Milling halló que el 70% de las parejas rompen en el año siguiente a un aborto. Es normal que una persona que se siente mal consigo misma y tal vez con su pareja manifieste tanto dolor en forma de agresividad.

La culpa es un sentimiento angustioso que además, en este caso, no se alivia porque no se habla con nadie, en ocasiones incluso se niega, en una huida imposible de uno mismo y de sus pensamientos y sentimientos.

Ningún adolescente está preparado para tener hijos, y tampoco para abortarlos. Es una sociedad que castra la vocación profesional condenando a la juventud a la explotación laboral y la inestabilidad personal que se deriva de ella. Y la mayoría de las mujeres que abortan en España afirman padecer problemas laborales.

La evidencia de la existencia del Síndrome Post Aborto.

Son numerosos los estudios en todo el mundo (Canadá, EEUU, Austria, Inglaterra, Francia, Finlandia...) que demuestran la existencia y gravedad de este Síndrome, que sin embargo, se mantiene oculto y por lo tanto sin respuesta médica para sus víctimas.

"Después del aborto, algunas mujeres sienten una sensación de pérdida que puede experimentarse como tristeza o puede ser enmascarada por otras sensaciones como aletargamiento, vacío, falsa euforia, hiperactividad, depresión generalizada y difusa, dificultades en las relaciones sexuales u otras, e ira".

Otro aspecto a considerar y a tratarse en las adolescentes es el Autoestima ya que por todos los sucesos que ha pasado dicha característica se encuentra disminuida y en algunos casos anulada.

¿Qué podemos hacer para mejorar la autoestima?

1.- Pensar que somos únicos en el universo, no hay dos seres iguales, y por tanto somos perfectos en nuestra imperfección.

2.- Somos fundamentales para el desarrollo del universo, ya que sin nosotros el universo no existe para nosotros, pues ese universo que vemos existe para nosotros gracias a nosotros mismos.

3.- Ante las dificultades de la vida, pensar que son normales, inherentes a ella. Esta vida no es un nido de rosas sin espinas, las rosas siempre tienen espinas, y asumir esas dificultades como propias de la vida nos da empuje para resolverlas.

4.- Para mejorar la autoestima hemos de sabernos escuchar y para ello hemos de aprender a reflexionar en silencio, a meditar, y escuchar a ese sí mismo, a ese centro interior que nos dice lo que quiere, lo que le gusta. Estar relajados para escuchar a ese yo interior que nos revele sus sueños, sus deseos, sus objetivos en la vida.

5.- Para mejorar la autoestima hemos de querernos a nosotros mismos, en la misma medida que queremos a los demás. No nos hemos de querer más que a los demás pero tampoco menos que a los demás, ya lo dijo un maestro espiritual y un gran psicólogo: “Ama al prójimo como a ti mismo”, ni menos que a ti mismo porque tu prójimo es igual a ti, ni más que a ti mismo, ya que entonces dejas de respetarte a ti mismo. Las mujeres que aman demasiado a los demás, deben realizar cursos para mejorar la autoestima, donde en esos cursos se ven ejemplos cotidianos y prácticos tendentes a mejorar la autoestima, cada uno según su situación y responsabilidades.

6.- Para mejorar la autoestima hemos de pensar por nosotros mismos, no ser pensados por los demás. Los demás no nos tienen que dictar nuestros pensamientos y mucho menos nuestra conducta. No podemos ser juguetes de los demás, no dejar de hacer las cosas que nos gustan por temor a lo que piensen los demás, reprimir nuestros intereses porque mi madre no le gusta eso, o mi pareja no quiere que yo haga tal cosa. Hemos de ser respetuosos y comprensivos con los demás. No hay dos seres iguales y en ese sentido hemos de comprender que cada uno es de una manera y tendrá sus propios gustos e intereses, los cuales hemos de saber respetar y aceptar. “El qué dirán” es la camisa de fuerza de una autoestima sana, pues muchas veces nos limita nuestra conducta y nuestros deseos.

**7.-** Para mejorar la autoestima hemos de saber aceptar la soledad en determinados momentos o etapas de nuestra vida. Si bien somos seres sociales y nos necesitamos unos a otros para sobrevivir, hay momentos en que no podemos estar acompañados, y por tanto en esos momentos que estamos solos no tenemos que sentirnos abandonados. Para aumentar la autoestima hemos de ejercitarnos en la soledad, hemos de aprender a estar solos, hemos de aprender a basar nuestra vida en nuestro centro interior, y esto solo lo podremos hacer si hemos aprendido a estar solos, y a no depender de los demás. Está claro que nos necesitamos, que necesitamos el cariño de los demás, que necesitamos la comunicación con los demás, sobre todo con nuestros semejantes o con nuestra pareja, pero para aumentar la autoestima hemos debido aprender a estar solos, y cuando estemos solos, sentirnos bien con nosotros mismos. Podemos echar de menos a alguien, pero no por ello nos encontraremos mal, con angustia, con tensión, con miedos a la soledad.

**8.-** Para aumentar la autoestima hemos de realizar nuestros sueños, pero sin perder de vista nuestras responsabilidades, sin alejarnos de nuestra realidad. Saber encajar nuestros sueños con la realidad es lo que nos ayudará a aumentar la autoestima.

**9.-** Para aumentar la autoestima hemos de saber integrar nuestros valores, nuestras creencias con nuestra conducta, con nuestros hechos. Necesitamos principios que guíen nuestras vidas, esos principios, esas normas podrán ser más apropiados o menos, pero lo que es cierto es que los necesitamos. A veces esas normas contradicen la vida, entonces tendremos que saber cuestionarlas y alejarnos de ellas, ya que no nos ayudan para aumentar la autoestima, pues pueden ir en contra de nuestra vida y desarrollo humano.

**10.-** Para mejorar la autoestima hemos de tener auto aceptación. Ello no implica que no podamos mejorar, cambiar nuestro aspecto exterior, nuestras condiciones materiales, nuestra casa, nuestra ropa, nuestro coche, nuestro trabajo, para mejorarlos. Significa no estar en guerra contra nosotros mismos, por tanto aceptamos lo real sobre nosotros mismos, los hechos sobre nosotros y los respetamos, aunque si no nos gustan, podemos mejorarlos. En el caso de que no tengamos posible mejoría, significa que su cambio no depende de nosotros, por lo tanto debemos autoaceptarlos.

**11.-** Para mejorar la autoestima no hemos de someternos a situaciones indeseables o violentas para nosotros mismos o nuestro cuerpo. No hemos de dejarnos manipular, violentar, someter, explotar, menospreciar, etc. Para aumentar la autoestima hemos de saber decir no ante situaciones indeseables para nosotros.

**12.-** Para aumentar la autoestima hemos de soñar alto, sabiendo que los sueños siempre nos impulsan hacia delante. A veces los conseguiremos, otras veces no, pero lo importante es que los sueños aniden en nuestro corazón y como el motor de un coche nos impulsen hacia adelante, a pesar de los fracasos que inevitablemente encontraremos en el camino.

**13. –** En resumen, para aumentar la autoestima hemos de querernos, hemos de sentirnos bien con nosotros mismos, pues somos únicos y por tanto perfectos, incluso en nuestra imperfección. Hemos de ser egoístas, es decir, centrarnos en nuestro yo interior, ese centro interno que nos dice lo que está bien y lo que está mal para nosotros y para los demás, ese centro interior que nos dice lo que nos gusta y lo que no nos gusta. Si no nos queremos a nosotros mismos no podremos querer a los demás, podremos ser dependientes de los demás, pero nuestro amor hacia ellos no existirá, pues estaremos incapacitados para amarles. El amor a nosotros mismos nos conecta con nuestro mundo interno y al mismo tiempo con el mundo que nos rodea, ya no hay separación entre nosotros y el mundo, pues el amor nos ha unido. Ya no podemos ir contra nosotros y tampoco iremos contra el mundo. La tranquilidad y la paz habitarán en nuestro corazón y los demás seres que nos rodean se sentirán bien con nosotros pues les contagiaremos la alegría, la paz, el amor y la felicidad de sentirnos bien con nosotros mismos y con el mundo que nos rodea

Una característica que también será tomada en cuenta en la propuesta es el trabajar con el Duelo que esta clase de población se encuentra atravesando. Definitivamente las adolescentes desconocen del aspecto emocional que requiere una actividad sexual y es por eso que hay explicar este argumento en el desarrollo de mi proyecto investigativo.

La confianza, la comunicación y la intimidad son fundamentales en el establecimiento de relaciones de afectivas y sexuales. Pero no quiere decir que la

sensación de confianza en el otro/a, y el compromiso con la relación, sea ya por sí sólo preventivo, al igual que tampoco lo es el que sea una persona conocida.

Muchos/as adolescentes sobrevaloran su capacidad de controlar sus relaciones y las de su pareja, y esto también es un factor de riesgo. Subvaloran la probabilidad de que algo negativo les ocurra y sobrevaloran la capacidad de controlar sus actividades y emociones y las del otro/a.

Si se negocian las relaciones sexuales o se habla sobre medidas preventivas, puede existir miedo a ser rechazados/as por desconfiar en el otro/a. Para muchos/as jóvenes es más fácil tener relaciones sexuales sin tomar precauciones que tener que discutir o negociar sobre esas medidas.

Todo esto tiene también que ver con la dificultad para expresar sentimientos y emociones, con la falta de asertividad y de autoestima. Es necesario aprender a decir “sí” o “no”, de acuerdo a lo que se siente o desea. Así como, aprender a negociar relaciones sexuales sanas, seguras y satisfactorias.

Mujeres y hombres necesitamos expresar deseos, emociones, sentimientos, ideas, pensamientos... Es decir, la importancia de poder expresar lo que se siente.

La vida sexual es un acto humano de intercambio emociones, rico en deseos y en sensaciones pero también lleno de frustraciones, y de matices de las experiencias vitales propias.

Según Antonio Damasio (prestigioso neurólogo que ha dedicado su actividad profesional al campo de las neurociencias), las emociones tienen como finalidad la conducción de la vida, esencialmente son programas motores innatos al que se añaden estrategias cognitivas. Los sentimientos son las cogniciones (pensamientos) sobre aquello que nos emociona. Primero surge la percepción y evaluación de un determinado estímulo, que dispara la emoción, se ejecuta ésta y aparece el estado emocional. Todo este proceso emocional está mediado por estructuras neuroquímicas cerebrales. Estamos sumergidos en un estado emocional que ocupa la mayor parte del día y que determinará un estilo cognitivo y por lo tanto una determinada actuación.

La sexualidad forma parte de las experiencias humanas que están implicadas en el establecimiento de vínculos interpersonales, y la ciencia nos ha demostrado que en este

proceso participan de forma activa numerosos circuitos cerebrales. Se han encontrado algunas áreas cerebrales más involucradas que otros (hipotálamo), y se han descrito algunas de las sustancias neuroquímicas implicadas en algunos de los procesos de la sexualidad como la testosterona en el deseo sexual, la dopamina en el refuerzo y atractivo, la oxitocina en la afectividad y el enamoramiento y la vasopresina en los sentimientos de celos.

Cada emoción nos predispone de una manera diferente a la acción, cada una de ellas nos señala una dirección, que en el pasado nos permitió resolver una situación de la nuestra existencia. Nuestro bagaje emocional tiene un valor muy importante para nuestra supervivencia. En esencia las emociones son impulsos que nos traen a actuar de forma automática y cada una de ellas juega un papel dentro de nuestro repertorio emocional. Las principales dimensiones de las emociones son: el enfado, la tristeza, el miedo, la alegría, el amor, la sorpresa, la aversión y la vergüenza.

Estos estados emocionales influyen en la sexualidad y la salud sexual de las personas. Emociones de vergüenza o miedo sobre aspectos de la sexualidad, pueden condicionar de tal manera la vida sexual, que pueden representar un problema a la vez del pleno desarrollo de esta. Para conseguir el placer sexual a través de las emociones, hace falta una actitud abierta, de aceptación de uno mismo, de emociones positivas hacia el sexo, de capacidades comunicativas, y de evitar sentimientos de fracaso o desprecio.

Personas que presenten alteraciones de las emociones, como por ejemplo personas con enfermedades mentales, serán más vulnerables a sufrir problemas sexuales o disfunciones sexuales. La vulnerabilidad de un individuo viene determinada no sólo por factores intrínsecos (cómo por ejemplo presencia o ausencia de enfermedad congénita, estado inmunológico), sino también por otros factores psicológicos y otros factores determinados por la familia, el entorno social, cultural, jurídico, económico y político.

Todas las experiencias vitales, que se dan en un contexto determinado, ayudan a configurar el bagaje emocional de cada cual y por lo tanto condicionan la respuesta a los diferentes estímulos, situaciones y retos que plantea la vida. La sexualidad es una de las dimensiones de la existencia del ser humano que se verá claramente influida por la impronta emocional.

## LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS:

Albert Ellis (1913), recibió su título de graduado de psicología en 1934 en el City College de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de "Master" y en 1947 el de Doctor, estos dos últimos en la Universidad de Columbia. Ya en 1943 había comenzado su labor clínica en consultas privadas, tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Al poco tiempo empezó a interesarse por el psicoanálisis, y procuró instruirse en este tipo de psicoterapia, pasando 3 años de ANÁLISIS personal.

En esta época ocupó varios cargos y dedicaciones como psicólogo clínico en un centro de salud mental anejo a un hospital estatal, fue además psicólogo jefe del centro de diagnóstico del departamento de Nueva York de Instituciones y Agencias, también fue profesor de las Universidades de Rutgers y Nueva York, pero podemos decir que la mayor parte de su vida la dedicó a la práctica privada de la psicoterapia.

Su práctica privada fue inicialmente psicoanalítica, con énfasis en la teoría de Karen Horney. Revisando los resultados de su trabajo, estimó que el 50% de sus pacientes mejoraban y el 70% de los pacientes neuróticos (cifras similares al resto de los psicoanalistas). Pero Ellis no estaba satisfecho con estas cifras ni con la teoría psicoanalítica que fundamentaba su trabajo.

Sus puntos de cuestionamiento a esta teoría se centraban en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. Para ello acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque "neo-freudiano", obteniendo un 63% de mejoría en sus pacientes y un 70% en sus pacientes neuróticos. Todo esto se había conseguido con menos tiempo y menos entrevistas. Pero aun así, observó que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta ("Insights") sin que la modificasen necesariamente. En este punto empezó a buscar métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. Sus resultados mejoraron aún más. Pero no estaba todavía satisfecho del todo.

Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "auto-doctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía así como fin, no solo tomar



conciencia de este auto-doctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

Entre 1950 y 1965 publica una serie de obras centradas preferencialmente en el área sexual (p.e "sexo sin culpa", 1958, "Arte y Técnica del Amor", 1960 y "La enciclopedia de la conducta sexual", 1961), que le hicieron ocupar un lugar relevante en este área. También en 1962 publica su primera obra relevante en el campo de la psicoterapia ("Razón y Emoción en Psicoterapia") donde expone extensamente su modelo de la terapia racional-emotiva. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras, que tenían como eje central convertirse en "métodos de autoayuda".

Ahora vamos a exponer los principales conceptos de su obra (Ellis, 1962, 1981,1989 y 1990).

## 1. Principales conceptos teóricos

### A. Metas y racionalidad:

Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en:

Supervivencia.

La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes sub-metas:

Aprobación o afecto.

Éxito y Competencia personal en diversos asuntos.

Bienestar físico, emocional o social.

En este punto, Ellis, destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las "filosofías personales" de cada cual.

## B. Cognición y procesos psicológicos:

Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente.

Pensamiento

Afecto Conducta

Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son:

Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico.

Las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica.

## C. Énfasis humanista-filosófico del modelo:

Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.

Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

## 2. El modelo A-B-C del funcionamiento psicológico

La mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos. Podemos representar ese modelo:

A: Llamémosle acontecimientos. C: Llamémosle consecuencias

De modo que podíamos representarlo:

A----- C

(Acontecimiento) (Consecuencia)

### Temporales:

Emocionales

Actuales (p.e "despido laboral") (p.e "ansiedad", "depresión")

Pasados o históricos (p.e "niñez sin afecto")

Conductuales

Espaciales (p.e "evitación social", "llanto")

Externos (p.e "rechazo amoroso") .Cognitivos

Interno (p.e "recuerdos negativos") (p.e "obsesiones", "autocríticas")

El modelo de la terapia racional-emotiva propone que el proceso que lleva a producir la "conducta" o la "salud" o "trastorno emocional" es bien distinto, ya que propone:

A----- B----- C

(Acontecimiento) ("Belief": Creencia sobre A) (Consecuencias)

.Temporales: .CREENCIAS

Pasados/Actuales - Racionales

.Emocionales -Irracionales

.Espaciales .Cognitivas

.Distorsiones cognitivas o inferencias

Situacionales derivadas de las creencias

.Conductuales

Externos/Internos

En resumen, no son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: (p.e "terremoto", "dolor extremo") los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos.

El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular.

Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto. Ahora bien esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un "procesamiento de la información absolutista" y consecuencias psicológicas trastornantes, a bien siguiendo un "procesamiento de la información preferencial" Campell, (1990) y consecuencias emocionales saludables.

El que predomine uno u otro "procesamiento de la información" hará que el perfil "salud psicológica/trastorno psicológico" varíe en cada caso.

### 3. La naturaleza de la salud y las alteraciones psicológicas

El trastorno psicológico, como ya ha quedado expuesto, deriva de las **CREENCIAS IRRACIONALES**. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) propone que las tres principales creencias irracionales (**CREENCIAS IRRACIONALES PRIMARIAS**) son:

Referente a la meta de Aprobación/Afecto:

"Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".

Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal:

"Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".

Referente a la meta de Bienestar:

"Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

Estas experiencias entrecomilladas serían representaciones-modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen **VULNERABLE** a las personas a padecer **TRASTORNO EMOCIONAL** en los aspectos implicados en esas metas.

Hay tres creencias irracionales, derivadas de las primarias (**CREENCIAS SECUNDARIAS**), que a veces son primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del "procesamiento irracional de la información":

Referente al valor aversivo de la situación: **TREMENDISMO**.

"Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece".

Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable:

Insoportabilidad.

"No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca".

Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento: **CONDENA**.

"Soy/Es/Son...un X negativo (p.e inútil, desgraciado...) porque hago/hace-n algo indebido".

En un tercer eslabón cognitivo, y menos central para determinar las consecuencias emocionales, estarían las DISTORSIONES COGNITIVAS o errores inferenciales del pensamiento y que serían evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones específicas y no tan centradas como las creencias irracionales. (Ver apartado referente al modelo de Beck).

La salud psicológica, por su parte estaría ligada a las CREENCIAS RACIONALES. Ellis, es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente, ni la racionalidad de la terapia racional emotiva (R.E.T) puede ser confundida con un estado "apático, frío o insensible" del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. Así en la R.E.T se distingue entre:

Emociones – Versus - Emociones

Inapropiadas – Apropiadas.

1. Tristeza: Derivada de la Creencia Racional: "Es malo haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que no debería haber ocurrido"

-VERSUS-

2. Depresión: Derivada de la Creencia Irracional: "No debería haber sufrido esta pérdida, y es terrible que sea así". Si se cree responsable de la pérdida se condena: "No soy bueno", y si la cree fuera de control las condiciones de vida son: "*Es terrible*"

3. Inquietud: Derivada de la Creencia Racional: "Espero que eso no suceda y sería mala suerte si sucediera"

-VERSUS-

4. Ansiedad: Derivada de la Creencia Irracional: "Eso no debería ocurrir, sería horrible si ocurre"

5. Dolor: Derivada de la Creencia Racional: "Prefiero no hacer las cosas mal, intentaré hacerlas mejor, si no ocurre ¡mala suerte!"

-VERSUS-

6. Culpa: Derivada de la Creencia Irracional: "No debo hacer las cosas mal y si las hago soy Malvado/a"

7. disgusto: Derivada de la Creencia Racional: "No me gusta lo que ha hecho, y me gustaría que no hubiese ocurrido, pero otros pueden romper mis normas."

-VERSUS-

8. Ira: Derivada de la Creencia Irracional: "No debería haber hecho eso. *No lo* soporto y es un malvado por ello."

Las principales CREENCIAS RACIONALES PRIMARIAS serían:

Referentes a la Aprobación/Afecto:

"Me gustaría tener el afecto de las personas importantes para mí".

Referentes al Éxito/Competencia o Habilidad personal:

"Me gustaría hacer las cosas bien y no cometer errores".

Referente al Bienestar:

"Me gustaría conseguir fácilmente lo que deseo".

Las principales creencias racionales secundarias serían:

Referentes al valor aversivo de la situación: evaluar lo negativo.

"No conseguir lo que quiero es malo, pero no horroroso".

Referentes a la capacidad de afrontar la situación desagradable: tolerancia.

"No me gusta lo que sucedió pero puedo soportarlo, o modificarlo si me es posible".

Referentes a la valoración de si mismo y otros en el evento: aceptación.

"No me gusta este aspecto de mí o de otros, o de la situación, pero acepto como es, y si puedo la cambiaré".

Estas creencias facilitarían la consecución de las metas personales, aunque no siempre, y al no producirse disminuirían su impacto sobre el sujeto. La salud psicológica sería todo aquello que contribuiría a que el sujeto consiguiera sus metas con más probabilidad; es decir el auto-doctrinamiento en las creencias racionales y su práctica conductual.

#### 4. Adquisición y mantenimiento de los trastornos psicológicos.

Ellis (1989) diferencia entre la **ADQUISICIÓN** de las creencias irracionales y el **MANTENIMIENTO** de las mismas. Con el término adquisición hace referencia a los factores que facilitan su aparición en la vida del sujeto. Estos serían:

Tendencia innata de los humanos a la irracionalidad:

Los seres humanos tienen en sus cerebros sectores precorticales productos de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.

Historia de aprendizaje:

Los seres humanos, sobretodo, en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio-familiares determinadas creencias irracionales.

También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetivos, pero debido a su tendencia innata puede convertirlas en creencias irracionales o exigencias.

De otro lado con el término mantenimiento Ellis se refiere a los factores que explican la permanencia de las creencias irracionales una vez adquiridas. Se destacan tres factores (Ellis, 1989):

**Baja tolerancia a la frustración:** La persona, siguiendo sus exigencias de bienestar, practica un hedonismo a corto plazo ("Tengo que estar bien ya") que le hacen no esforzarse por cambiar ("Debería ser más fácil").

**Mecanismos de defensa psicológicos:** Derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.

**Síntomas secundarios:** Derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consisten en "**ESTAR PERTURBADOS POR LA PERTURBACIÓN**" (p.e ansiedad por estar ansioso: "Estoy ansioso y no debería estarlo").

En resumen se destaca el papel de la baja tolerancia a la frustración derivado de una creencia irracional de bienestar exigente o inmediato.

## 5. Teoría del cambio terapéutico:

En la R.E.T se distingue varios focos y niveles de cambio Ellis (1981, 1989 y 1990):

En cuanto a los focos del cambio, estos pueden estar en:

Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (facilitar a un fóbico social un ambiente con personas no rechazantes y reforzantes de la conducta pro-social). Sería un cambio en el punto A del modelo A-B-C.

Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (p.e en el mismo fóbico medicar su ansiedad, enseñarle relajación para manejar su ansiedad, autoreforzarse positivamente sus logros sociales y exponerse gradualmente a las situaciones evitadas. Sería un cambio en el punto C del modelo A-B-C.

En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional.

Aquí se distinguirían a su vez dos focos:

c.1. Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas (p.e "Me voy a poner muy nervioso y no voy a poder quedarme en la situación").

c.2. Creencias irracionales (p.e. "Necesito tener el afecto de la gente importante para mi... y no soporto que me rechacen"). Serían cambios en el punto B del modelo A-B-C.

Para Ellis (1981, 1989 y 1990) los tres focos pueden, y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Y de hecho los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una terapia del tipo R.E.T. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobretodo en la modificación de creencias irracionales.

Por otro lado, existen diferentes niveles en cuanto a la "profundidad" y generabilidad del cambio. Estos niveles serían:

INSHIGT N° 1: Que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (Irracional) y no directamente de A.

INSHIGT N° 2: Que el sujeto tome conciencia de como él mismo por auto-doctrinación o auto-refuerzo mantiene la creencia irracional.

INSHIGT N° 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias racionales mediante taras intercesiones de tipo conductual, cognitivo y emocional.



La terapia R.E.T. en suma, recorre secuencialmente esos tres niveles; soliendo ser muy directiva (aunque no siempre) en los primeros niveles y permitiendo convertirse en un método de autoayuda, más cercano al fin del tercer nivel.

## 6. Principales técnicas de tratamiento en la R.E.T.

Ellis (1989) clasifica las principales técnicas de la RET en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

### A. Técnicas cognitivas:

**Detección:** Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar auto-registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación (p.e el DIBS) o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.

**Refutación:** Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.

**Discriminación:** El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.

**Tareas cognitivas para casa:** Se utilizan con profusión los auto-registros de eventos con guías de refutación (p.e el DIBS), Cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de RET y biblioterapia RET.

**Definición:** Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta ("p.e en vez de decir No puedo, decir, Todavía no pude...")

**Técnicas referenciales:** Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

**Técnicas de imaginación:** Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:

(1) La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde

una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

(2) La proyección en el tiempo: El paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.

#### B. Técnicas emotivas:

Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia auto-aceptación.

Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc. para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

Repetición de frases racionales a modo de auto-instrucciones.

Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

#### C. Técnicas conductuales:

Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.

Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.

Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.

Aprender de errores anteriores. Revisa la forma que has tenido hasta ahora de reaccionar frente a situaciones problemáticas. Evita los patrones de comportamiento que sabes que te han perjudicado más que ayudado a solucionar la situación. El autocontrol requiere de la capacidad de analizar y comprender tus impulsos, para así lograr contener la rabia, la hostilidad y la ansiedad. Si puedes reconocer patrones disfuncionales de conducta anteriores, podrás evitarlos en el futuro.

Aprender a tolerar la frustración. Muchas veces el no obtener los resultados que esperábamos nos frustra, al igual que lo hace la ansiedad por no poder resolver inmediatamente algo que nos angustia. Estas sensaciones pueden llevarnos a reaccionar de forma impulsiva, respuesta que muy probablemente será más perjudicial que favorable para nosotros. Un alto nivel de tolerancia a la frustración nos ayudará a tomarnos el tiempo necesario para meditar sobre la respuesta adecuada.

Otro recurso a utilizarse en la aplicación de la propuesta es la utilización de conferencias: V.I. Lenin señaló:

La conferencia: es la exposición lógica y armónica, la secuencia sistemática y clara de todo lo relacionado con una cuestión científica, construida sobre la base dialéctico-materialista y frecuentemente acompañada de la demostración de experimentos y de manuales didácticos. Las conferencias introducen a los alumnos en la ciencia, les dan y les brindan la familiarización previa con los planteamientos científicos y teóricos principales de una rama dada de la ciencia. La familiarización con la metodología de la ciencia está determinada para señalar las bases de los conocimientos científicos, determinando la dirección, contenido principal y el carácter de todos los tipos de clases docentes, así como también el trabajo independiente de los estudiantes.

A nuestro juicio, la conferencia se distingue por su estilo especial, lo armónico de su estructura, la estrecha relación con sus diferentes partes o componentes, la secuencia lógica de su exposición, el contenido científico irrefutable, así como la sencillez y claridad a la hora de dictarla. Una buena conferencia debe incitar el pensamiento de los alumnos, obligarles a meditar sobre la materia de la ciencia, impulsarles a buscar respuestas durante el desarrollo de esta, así como conminarles a comprobar los planteamientos científicos más importantes; por tanto, ha de conducir al estudiante al libro, al trabajo independiente profundo, a las investigaciones docentes y a la práctica.

## **EL MODELO ESTRUCTURAL DE SALVADOR MINUCHIN**

Este modelo reconoce explícitamente la transacción del ciclo vital de la familia como causante de la disfunción, estos cambios son evolutivos y pueden desajustar la estabilidad familiar.

### Descripción del modelo:

Los componentes esenciales de la teoría de la terapia familiar estructural son tres: la estructura, los subsistemas y los límites.

**La estructura:** Es la forma de organización en la cual interactúan los miembros de la familia, esta estructura describe las secuencias que pueden ser predecibles.

Está formada en parte por su principio universal y en parte por las pautas de su propia idiosincrasia, para discernir acerca de la estructura familiar es importante diferenciar dos aspectos: uno sistémico que explique la estructura familiar y el otro que observe a la familia en acción.

**Los límites:** Estos definen el funcionamiento familiar, permiten a cada integrante y a la familia entera delimitar sus funciones y responsabilidades. Los límites pueden ser ascendentes, descendentes rígidos o flexibles. “familias funcionales, límites definidos”, sin llegar a los extremos de desvinculación.

## **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:**

### Modelo paradójal:

Dicho modelo se aplica mediante los siguientes enunciados:

La familia es un sistema autorregulador

El síntoma es un mecanismo de autorregulación

El concepto de resistencia sistémica al cambio.

El ejemplo más común es el de los padres que desvían su conflicto por el rodeo de activar el síntoma de un hijo. Para mitigar el síntoma en el hijo, el terapeuta trae a la luz los conflictos irresueltos entre los padres, con lo cual crea una gran angustia y una fuerte resistencia al cambio.

La paradoja se utiliza sobre todo como instrumento clínico para enfrentar esta resistencia y evitar una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta.

Dichas intervenciones se pueden clasificar como directas o basadas en la aceptación, por el hecho de que el terapeuta espera que la familia las aceptara; y como paradójicas y basadas en el desafío, por el hecho de que el terapeuta espera que la familia las desafíe.

#### Intervención directa basada en la aceptación:

Por intervenciones directas se entienden a los consejos, explicaciones, sugerencias, interpretaciones y tareas que están destinadas a que se las tome literalmente y a que se las respete como se las prescribió.

Su objetivo es modificar de manera directa las reglas o los roles de la familia.

Se puede instruir a los padres sobre el modo de controlar a los hijos, redistribuir funciones entre los miembros de la familia, establecer reglas disciplinarias, regular la privacidad, instituir una jerarquía de edades y proporcionar información de que la familia carece.

También se puede promover la comunicación franca, suscitar sentimientos, proporcionar realimentación personal a la familia e interpretar la interacción familiar.

Las intervenciones directas se hacen con la expectativa de que se las respetara y en consecuencia su empleo es indicado cuando se cree que la familia responderá a ellas.

#### Intervenciones paradójicas basadas en el desafío:

Es paradójica la intervención que obedecida tendrá por consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Su éxito depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca a ellas hasta un grado tan absurdo que se vea obligada a retroceder. Si una familia desafía de continuo las intervenciones basadas en la aceptación, se puede suponer con certeza que dentro del sistema existe una interacción oculta que les quita eficacia, una alianza secreta, una querrela o una coalición que la familia es renuente a revelar o a cambiar. El objetivo de la paradoja sistémica es esa interacción oculta que se expresa en un síntoma. Las tres principales técnicas utilizadas para idear y aplicar una paradoja sistémica son la: redefinición, la prescripción y la restricción.

La redefinición se propone modificar el modo en que la familia percibe el problema, redefinido el síntoma, deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse

en parte esencial de él. A fin de preservar la estabilidad familiar, la redefinición dirá que la conducta mantenedora del síntoma obedece a motivos benévolos. La ira se definirá como ternura, el sufrimiento como abnegación, el distanciamiento como una manera de tener más intimidad, y así. El terapeuta no intentara modificar el sistema directamente; más bien lo apoyara, respetando la lógica afectiva interna con la que se desenvuelve.

#### Modelo de desequilibramiento:

El desequilibramiento de un sistema puede producir cambios significativos cuando los miembros individuales de la familia son capaces de experimentar con roles y funciones ampliados en contextos interpersonales.

Estos cambios pueden llegar a engendrar realidades nuevas para los miembros de la familia. Puesto que la realidad de éstos es una cuestión de perspectiva y de puntuación, todo cambio en la posición jerárquica en el seno de la familia produce un cambio en la perspectiva de sus miembros en relación con lo que se considera permitido en las interacciones entre ellos. Esto permite que se descubran y posibiliten alternativas en todos los subsistemas.

El beneficio que ésta técnica de desequilibramiento procura a la familia consiste en la posibilidad de elaborar modalidades diferentes de relación para sus miembros.

Los terapeutas de familia creen que, mediando un cambio de circunstancias, las personas (aun las que se han definido durante muchos años como anormales) pueden ensayar alternativas que se les abren.

Las técnicas de desequilibramiento se pueden agrupar en tres categorías, según las exigencias que planteen al terapeuta en materia de participación personal. El terapeuta se puede aliar con miembros de la familia, ignorarlos o entrar en coalición con unos contra otros.

#### Alianza con miembros de la familia:

La coparticipación terapéutica es en esencia una técnica de alianza. El terapeuta confirma a las personas, pone de relieve su lado fuerte y de este modo se convierte para ellas en una fuente importante de autoestima. En virtud del empeño que pone en utilizarse a sí mismo para crear un contexto de confianza y esperanza, promueve la búsqueda y experimentación de alternativas. Para desequilibrar, recurrirá a su alianza con un miembro de la familia,

destinada a modificar su posición jerárquica dentro del sistema familiar. El hecho de enfocar a un miembro, modifica la posición de todos los demás. Si bien se puede desequilibrar aliándose con un miembro dominante del grupo, en la mayoría de los casos esta técnica se utiliza para brindar apoyo a un miembro periférico o de posición inferior dentro de la familia. Esta persona, cuando siente alianza del terapeuta, empezara a cuestionar su posición prescrita dentro del sistema.

El terapeuta puede utilizar la alianza con un miembro dominante como técnica de desequilibramiento que extrema la situación. El terapeuta en ese caso intensificara la función habitual del miembro de la familia. Su meta es rebasar el umbral de lo permisible dentro de una familia y provocar una respuesta cuestionadora de los demás. Diversas tareas paradójicas producen este efecto.

La meta de esta técnica consiste en atribuir a cada subsistema pericias diferentes y complementarias; de este modo en lugar de competir por la jerarquía dentro del mismo contexto los miembros de la familia ensayaran nuevas habilidades de relación en un marco más amplio.

#### Ignorar a los miembros de la familia:

Esta técnica consiste en hablar y obrar como si ciertas personas del sistema familiar no existieran como si fueran invisibles.

Los miembros de la familia desconocidos se sienten cuestionados en su derecho más esencial, el de ser reconocidos. Se rebelarán contra una tan radical falta de respeto recurriendo a alguna modalidad de demanda o de ataque. Su rebelión contra el terapeuta puede cobrar la forma de un desafío directo, pero más a menudo consistirá en una llamada a cerrar filas con los demás miembros de la familia. Esta última interacción.

Que conlleva muchas veces un reclamo de coalición contra el terapeuta, posibilita un realineamiento de las jerarquías familiares.

El terapeuta utiliza esta técnica en su variedad más suave en los casos en que ignora a un niño demasiado demandador y acaparador, cuando es eficaz esta intervención produce un desenfoque inmediato del niño, lo que puede tener sobre el un efecto apaciguador.

Una forma más activa de esta técnica consiste en que el terapeuta formule de manera explícita su cuestionamiento. Puede decir “no me gusta hablar con personas que no se comportan a la altura de su edad” ó “no hago caso a los niños que parecen tener 4 años cuando han cumplido los 14.

Este tipo de intervención en que el terapeuta habla con los demás miembros de la familia sobre el miembro “blanco” puede producir considerable alarma porque conlleva un realineamiento de aquellos con el terapeuta, con exclusión del miembro blanco. Se puede utilizar con niños refractarios que cuestionan la terapia negándose a hablar.

El terapeuta tiene que ser capaz de producir tensión en el niño con el método de mantener su inatención durante toda la sesión al tiempo que introduce temas que cuestionan al niño.

#### Comunicación asertiva:

La persona que se comunica asertivamente, expresa en forma clara lo que piensa, siente o necesita, teniendo en cuenta los derechos, sentimientos y valores de sus interlocutores. Para esto, al comunicarse da a conocer y hacer valer sus opiniones, derechos, sentimientos y necesidades, respetando las de las demás personas.

La comunicación asertiva se fundamenta en el derecho inalienable de todo ser humano a expresarse, a afirmar su ser y a establecer límites en las relaciones con las demás personas. Así se aumentan las posibilidades de que las relaciones interpersonales se lesionen menos y sea más sencillo abordar los conflictos.



## 6.7 MODELO OPERATIVO

	ETAPAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<b>FASE DIAGNÓSTICA DIRIGIDA A ADOLESCENTES</b>	PREPARACIÓN Y LOGÍSTICA	Establecer recursos humanos y físicos como inicio del proceso terapéutico en el Hospital Provincial General De Latacunga.	Establecimiento de rapport, empatía Establecimiento del encuadre terapéutico	HOSPITAL LATACUNGA	Investigador	Del 5 de junio al 10 de junio
	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	Conocer el grupo de adolescentes que se encuentran en la categoría de riesgo	Aplicación de reactivos psicológicos	Reactivos diseñados para el efecto	Investigador	Del 15 de junio al 20 de junio
	SELECCIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO	Captar a los adolescentes que serán elegidas como objeto de investigación ( 14 a 19 años)	Remisión al departamento psicológico por parte del médico general.	HOSPITAL LATACUNGA	Investigador	Del 20 de junio al 25 de junio
	FORMACIÓN DEL GRUPO TERAPÉUTICO	Conformar los grupos terapéuticos	División de grupos de trabajo (5 subgrupos de 5 adolescentes)	HOSPITAL LATACUNGA	Investigador	Del 27 de junio al 10 de julio
<b>FASE COGNITIVA</b>	SENSIBILIZACIÓN COGNITIVA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA	Reestructurar cogniciones en cuanto al cuidado y soporte familiar como base de superación del aborto inducido	Dinámica de presentación Conferencia acerca del tema Aplicación del modelo cognitivo <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceptación incondicional</li> <li>- Técnicas para expresar afecto</li> </ul>	HOSPITAL LATACUNGA  Materiales audiovisuales	Investigador Padres de familia	Del 27 de junio al 10 de julio

Elaborado por: Leonardo Velasteguí

<b>FASE COGNITIVA</b>	SENSIBILIZACION COGNITIVA DIRIGIDA A ADOLESCENTES	Determinar las creencias irracionales predominantes y su efecto en el comportamiento de las adolescentes sometidas a investigación	Dinámica de presentación Aplicación del modelo cognitivo <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fases del Duelo</li> <li>- El autoestima</li> <li>- Síndrome post aborto</li> </ul>	HOSPITAL LATACUNGA  Materiales audiovisuales	Investigador	Del 7 de junio al 10 d julio
	APLICACION CONDUCTUAL DIRIGIDA A PADRES	Fortalecer la actitud positiva de los padres de familia frente a los adolescentes que se practicaron un aborto.	Dinámica de ambientación Taller de estrategias conductuales en niños.	HOSPITAL LATACUNGA  Materiales audiovisuales	Padres Investigador	Del 10 de julio al 31 de julio
<b>FASE CONDUCTUAL</b>	APLICACION CONDUCTUAL DIRIGIDA A ADOLESCENTES	Implantar comportamientos positivos en el adolescente con el fin de explotar las capacidades sociales e interpersonales	Dinámica de ambientación Terapia explicativa	HOSPITAL LATACUNGA	Adolescentes Investigador	Del 10 de julio al 31 de julio

<b>FASE SISTÉMICA</b>	<p>APLICACIÓN SISTÉMICA CENTRADA EN EL NÚCLEO FAMILIAR</p>	<p>Lograr un insight en la familia, con el fin de instaurar formas de control, reglas, comunicación y expresión de sentimientos en cada uno de los miembros.</p>	<p>Modelo paradójal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención directa.</li> <li>- Redefinición.</li> <li>- Intervenciones basadas en la aceptación y desafíos.</li> </ul> <p>Modelo de desequilibrio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alianza con miembros de la familia.</li> <li>- Ignorar a miembros de la familia</li> </ul>	<p>HOSPITAL LATACUNGA</p>	<p>Familia. Investigador.</p>	<p>El 30 de agosto</p>
	<b>FASE VIVENCIAL</b>	<p>RECONOCIMIENTO DEL AVANCE TERAPÉUTICO</p>	<p>Reconocer al grupo cualquier avance que se vaya presentando durante el proceso terapéutico</p>	<p>Realzar a las adolescentes que dentro del grupo terapéutico denoten su avance en el proceso</p>	<p>HOSPITAL LATACUNGA</p>	<p>Investigador</p>
<p>FINALIZACIÓN Y EVALUACIÓN</p>		<p>Medir los avances del proceso terapéutico cualitativa y cuantitativamente.</p>	<p>Análisis continuo de la dinámica que ha presentado el grupo terapéutico</p>	<p>HOSPITAL LATACUNGA</p>	<p>Investigador</p>	<p>El 30 Agosto</p>

## **6.8 MARCO ADMINISTRATIVO**

### **RECURSOS:**

#### **6.8.1 INSTITUCIONALES:**

Universidad Técnica de Ambato

Hospital Provincial General De Latacunga

#### **6.8.2 HUMANOS:**

Investigador (Leonardo Velasteguí)

Personal del área de ginecología, médicos residentes y tratantes, enfermeras y el departamento de Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga.

#### **6.8.3 MATERIALES:**

Transporte

De escritorio

#### **6.8.4 TECNOLÓGICOS:**

Computador

Impresora

#### **6.8.5 FINANCIEROS:**

Autofinanciado por el investigador

<b>RUBROS DE GASTOS</b>	<b>VALOR</b>
<b>1.- PERSONAL DE APOYO</b>	Hospital de Latacunga, Tutor.
<b>2.- ADQUISICIÓN DE EQUIPOS</b>	PERSONALES
<b>3.- MATERIAL DE ESCRITORIO</b>	\$100.00
<b>4.- MATERIAL BIBLIOGRÁFICO</b>	\$300.00
<b>5.- TRANSPORTE</b>	\$200.00
<b>6.- TRANSCRIPCIÓN DEL INFORME</b>	\$350.00
<b>TOTAL:</b>	950.00

Elaborado por: Leonardo Velasteguí

### 6.8.6 CRONOGRAMA: AÑO 2012

°	MESES Y SEMANAS	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
	ACTIVIDADES						
1	Elaboración del proyecto						
2	Prueba piloto						
3	Elaboración el Marco Teórico						
4	Recolección de la información						
5	Procesamiento de datos						
6	Análisis de los resultados y conclusiones						
7	Formulación de la propuesta						
8	Redacción del informe final						
9	Transcripción del informe						
10	Presentación del informe						

Elaborado por: Leonardo Velasteguí

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

### 6.8.7 BIBLIOGRAFÍA:

- Cortés A. (2008). *Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en adolescentes*, Ciudad de la Habana Cuba.
- Eguiluz, I, SEGARR, R. (1995). *Introducción a la Psicopatología*. Ediciones Médica.
- Ellis, A. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. Editorial. PAX, México.
- Ellis A. (1995). *Razón y emoción en psicoterapia*. Ediciones Bilbao.
- Gómez L. (2011). *Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer*.
- Herrera S. (2007). *La Familia Funcional y Disfuncional, un Indicador de Salud*. Cuba, Medicina General Integral.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Conceptualización de aborto*.
- Oyarzún E. (2009). *Estructura y Dinámica Familiar*.
- Rangel, J. (2007) *Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada*. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar León Guanajuato.
- Velasco A. (2009). *Aborto en menores de 16 años*. Buenos Aires Argentina.

### LINKOGRAFÍA

- ObstCamerini, T. BECK Aaron, *La Terapia Cognitiva*. Disponible: <http://es.scribd.com/doc/7064106/Modelo-Cognitivo-Conductual/>. Bajado Noviembre 2013.

### CITAS BIBLIOGRÁFICAS, BASE DE DATOS U.T.A

- **BSV:** Espinoza, Henry. *Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistente en América Latina*, Tomado el 23 de Noviembre del 2013, desde la base de datos. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/pah-a192539>
- **BVS:** Beck, Judith. *Terapia Cognitiva conceptos básicos y profundización*, Tomado el 18 de noviembre del 2013, desde la base de datos. <http://www.casadellibro.com/libro-terapia-cognitiva-conceptos-basicos-y-profundacion/9788474327359/740484>

- **BVS:** Sanchez, Blanca; Parada, ALicia; Ortiz, Lorena; Cuzco, Olga  
*Causas y consecuencias del aborto en los meses de enero, febrero, marzo. 1993*  
*Causes and consequences of the abortion in the months of January, February, March. 1993*, Tomado el 22 de Octubre del 2013, desde la base de datos.  
<http://bvs-ecuador.homolog.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/>
- **EBRARY:** Varona, Carlos. *Psicología general*. Tomado el 22 de Octubre del 2013, de la base de datos.  
<http://www.casadellibro.com/libro-introduccion-a-la-psicologia/9788435903837/113748>
- **TFO:** Planes, Monsterrat. *Prevención de los comportamientos Sexuales de Riesgo baño de los Adolescentes: Sida, otras enfermedades de transmisión sexual embarazos NO deseados*, Tomado el 23 de Noviembre del 2013, desde la base de datos.  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021037094321268967>



## 6.8.7 ANEXOS



### Anexo # 1



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar dirigida a las adolescentes de 14 a 19 años internadas en el servicio de ginecología del Hospital Provincial General de Latacunga.**

Nombre.....Edad.....

Fecha de aplicación.....Fecha de Nacimiento.....

PREGUNTAS	Casi	Pocas	A	Muchas	Casi
	nunca	veces	veces	veces	Siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado:

Valores de la escala

Casi siempre            5

Muchas veces           4

A veces                   3

Pocas veces             2

Casi nunca               1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL

Funcional                                    de 70 a 57 puntos

Moderadamente funcional                de 56 a 43 puntos

Disfuncional                                de 42 a 28 puntos

Severamente disfuncional                de 27 a 14 puntos



**Anexo # 2**  
**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**ENCUESTA SOBRE ABORTO INDUCIDO.**



**Dirigida a las adolescentes entre 14 y 19 años internadas en el área de Ginecología del Hospital Provincial General de Latacunga.**

Edad: ..... Estudias ( ) Trabajas ( )

Tienes pareja si ( ) no ( ) Qué edad tiene tu pareja ( )

1.- ¿Qué grado de conocimiento crees que tienes sobre el aborto inducido?

- Bajo
- Medio
- Alto

2.- ¿En casa, a tu criterio, existe problemas de comunicación?

- a.- A veces
- b.- Casi siempre
- c.- Siempre
- d.- Nunca

3.- Las dificultades de tu casa han generado ideas de:

- a.- Abandonar la casa
- b.- Huir con tu pareja
- c.- Casarte.
- b.- Morirte

4.- ¿Cual fue la causa que te motivo al aborto?

- a.- Presión de la pareja

b.- Temor a problemas en casa

c.- Temor a ser juzgada

d.- Temor a ser madre

5.- ¿Cual fue el motivo de tu hospitalización?

a.- Complicaciones en el aborto

b.- Perdida natural del feto

c.- Otras

6.- De entre los tipos de abortos, subraya los que más conozcas.

a.- Envenenamiento salino.

b.- Por succión.

c.- Por dilatación y curetaje.

d.- Mediante prostaglandinas.

e.- Espontaneo

7.- A tu criterio ¿cuál de las intervenciones anteriores te realizaron?

a.- Por succión.

b.- Por dilatación y curetaje.

c.- Espontaneo

8.- ¿De qué tiempo de edad gestacional te practicaste el aborto?

a.- 2 a 3 mese.

b.- 3 a 4 mese

c.- 5 a 6

d.- Más de seis

9.- ¿De los siguientes efectos cual es el que más te está afectado en los últimos días?

- a.- Conflictos familiares
- b.- Alteraciones psicológicas (culpa)
- c.- Abandono de tus estudios
- c.- Abandono de tu pareja

10.- Sientes que en los últimos días has tenido:

- a.- Pesadillas
- b.- Insomnio
- c.- Pérdida de apetito
- d.- Otros

11.- Tú carácter y estado de ánimo ha presentado en los últimos días:

- a.- Irritabilidad, explosividad
- b.- Culpa, sensación de futuro incierto, temor por el abandono de la pareja
- c.- Sentimientos de soledad, abandono, temor miedo
- d.- Toda las anteriores

12.- ¿Por qué crees que se llevan a cabo tantos abortos en las adolescentes?

- a.- Por falta de información
- b.- Problemas en casa.
- c.- Falta de apoyo (padres pareja).
- d.- Temor al futuro
- d.- Otros.

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**