



UNIVERSIDAD
**SAN IGNACIO
DE LOYOLA**

FACULTAD DE HUMANIDADES

Carrera de Arte y Diseño Empresarial

**DISEÑO GRÁFICO PARA INFORMAR Y EVIDENCIAR
LOS ALTOS ÍNDICES DE DEPRESIÓN GENERADA
POR LOS EFECTOS POSTABORTO EN JÓVENES
MUJERES DE 15 A 25 AÑOS**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Arte y
Diseño Empresarial**

JENG - CHENG NAKAZAKI HUM

**Asesor:
Mg. Carlos Yarlequé Ubilluz**

**Lima – Perú
2020**

Dedicatoria

Este proyecto está dedicado a mis padres, por ser quienes me motivaron a creer que la vida es el don máspreciado del ser humano. A Hachi por acompañarme todas las madrugadas de trabajo. A Carlos Polo por instruirme en la búsqueda de la verdad en mi trabajo.

Agradecimientos

Agradezco a “Proyecto Esperanza” e “IRMA” por brindar la ayuda profesional necesaria para el proyecto y por permitirme conocer diversos casos.

A las mujeres que han abierto su corazón y han narrado el sufrimiento que han vivido con la experiencia del aborto y que buscan con ella poder guiar a otras personas por un camino donde el aborto y sus consecuencias no existan.

Así mismo agradezco a todos mis mentores en este proyecto por darse un tiempo para poder aportar a él de forma significativa, aconsejándome con su conocimiento del tema a desarrollar y brindándome guías y caminos para poder realizar este proyecto.

ÍNDICE

Resumen (Abstract) Castellano, Inglés

CAPITULO I

A1) Introducción

B1) Descripción del problema encontrado

1) Problema principal

2) Problema(s) secundario(s)

C1) Justificación de la investigación

1) Objetivo principal

2) Objetivo(s) secundario(s)

D1) Análisis de los actores

E1) Metodología, descripción de los métodos a emplear.

1 Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT)

2 Inventario de Depresión de Beck

3 Percepción en la Calidad de Vida e índice de calidad de vida

4 Examen, análisis y encuesta

CAPITULO II

A2) Marco teórico

1 Trastornos Mentales

1.1 DEFINICIÓN

1.2 TIPOS

1.3 Trastornos depresivos

1.3.1 Tipos de trastornos de depresión

1.3.1.1 Trastorno adaptativo con ánimo deprimido

1.3.1.1.1 Síntomas

1.3.1.1.2 Causas

- 1.3.1.1.3 Consecuencias
- 1.3.1.2 Trastorno distímico
 - 1.3.1.2.1 Síntomas
 - 1.3.1.2.2 Causas
 - 1.3.1.2.3 Consecuencias
- 1.3.1.3 Episodio depresivo
 - 1.3.1.3.1 Síntomas
 - 1.3.1.3.2 Causas
 - 1.3.1.3.3 Consecuencias

2 Aborto

- 2.1 Definición de aborto
- 2.2 Tipos de Aborto
 - 2.2.1 Aborto Natural o espontáneo
 - 2.2.2 Aborto Inducido
 - 2.2.3 Aborto Terapéutico
 - 2.2.4 Aborto por abuso sexual
 - 2.2.5 Aborto clandestino
- 2.3 Efectos postaborto
 - 2.3.1 Causas
 - 2.3.2 Consecuencias
 - 2.3.3 Síntomas
 - 2.3.4 Duelo durante los efectos postaborto

3 Depresión y Efectos postaborto

- 3.1 Pensamientos suicidas
- 3.2 Factores de riesgo en los pensamientos suicidas

B2) Marco teórico de especialidad

C2) Estado del Arte

1 Nacional: Proyecto Esperanza

2 Internacional: Rachel's Vineyard

CAPITULO III

A3) Análisis conceptual

B3) Moodboard del concepto

C3) Público Objetivo

D3) Proyecto de diseño

E3) Diseño de la Comunicación

F3) Marca del proyecto

G3) Diseño

Conclusiones y recomendaciones

Bibliografía

Anexos

Resumen

Introducción: El aborto y los efectos postaborto son temas muy cuestionados hoy en día, tanto por grupos opositores y grupos a favor. El tema alrededor de su legalización o no y la cantidad de lobbies que existen cerca de él, le han creado una serie de mitos, censura acerca de sus consecuencias, falsa data etc. Pero ¿Es realmente el aborto y los efectos postaborto algo de lo que debemos preocuparnos?

Estudios desde antes planteaban que el aborto, como cualquier proceso invasivo y violento, puede ser considerado o percibido como traumático, ya que es una experiencia estresante en donde la persona vive hechos que representan un peligro real para su vida o la de otros y/o amenaza para su integridad, esto puede desencadenar un trastorno de estrés agudo (TEA) o postraumático (TEPT) acompañado de ansiedad, trastornos afectivos, consumo de sustancias, duelo complicado.

Para esta investigación partiremos del problema de la existencia de estos efectos postaborto en las mujeres de Proyecto Esperanza y proveeremos un canal donde ellas puedan, junto con ayuda profesional, encontrar un camino de superación ayudando a mujeres que se encuentren en estados de vulnerabilidad.

Objetivos: Poder evidenciar la presencia de los efectos post aborto en las mujeres de Proyecto Esperanza, así como advertir a las mujeres en situación vulnerable las consecuencias en la vida que sufre una mujer que ha experimentado un aborto.

Tipo y diseño de la investigación: Se realizan 3 pruebas psicológicas ⁽¹⁾:

- *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT).*
- *Inventario de Depresión de Beck.*
- *Percepción en la Calidad de Vida e Índice de calidad de vida.*

*Se viene trabajando desde febrero 2020, por lo que de momento las mujeres que participan de los talleres forman parte de un grupo anterior al que se les ayudo de forma profesional y pastoral. Una vez superados los efectos postaborto se les invitara a formar parte del taller de prevención a realizar.

Implementación: El proyecto se llevará en un centro educativo con alumnos de 4° y 5° de secundaria o con alumnos de los primeros ciclos de una universidad. Dentro de estos espacios se dará a cabo “Talleres por la Vida”, estos talleres contarán con la participación de aquellas mujeres que habiendo pasado por el proceso de recuperación, busquen en su libertad contar su experiencia; así mismo contará con una explicación acerca de la realidad del aborto y los efectos postaborto. Una vez finalizadas estas charlas se pasará a intervenir un espacio en el centro educativo a modo de mural, participarán todos los alumnos del taller. Para finalizar se les entregará un pequeño folleto con un resumen detallado del taller.

Implementación virtual:* Se llevará a cabo en un aula virtual vía “ZOOM” donde contaremos con dos especialistas que narrarán las distintas dimensiones del aborto y sus consecuencias en los efectos postaborto. Seguidamente contaremos con un video experiencia sobre los efectos postaborto en la mujer que experimentó un aborto o un video mostrando el funcionamiento de los conectores psicológicos entre el aborto y la realidad. Finalmente contaremos con un video resumen propio de “Talleres por la vida” en el cual resumiremos lo más importante acerca de la realidad del aborto y los efectos postaborto. Se concluirá la charla con una serie de preguntas libres a los expertos por parte de los oyentes. Se evaluará el resultado mediante una corta encuesta resuelta por el público objetivo.

*Debido a la situación actual se consideró reestructurar parte de la implementación manteniendo la base y el concepto, creando así un espacio virtual donde se desarrolle la idea de “Talleres por la vida”.

Resultado:

A la implementación virtual asistieron 9 padres de familia con sus respectivas hijas de entre 15 y 17 años (12 chicas) de los cuales ⁽¹⁾:

Padres: 7 respondieron la encuesta

Adolescentes 15-17 años: 9 respondieron la encuesta.

Cabe resaltar que tanto la encuesta para padres y la encuesta para adolescentes son diferentes.

Los resultados muestran que tanto padres como adolescentes, disfrutaron de “Talleres por la vida”, así como se resolvieron las dudas que pudieran tener. Como resultado, también contamos que el 100% de las adolescentes que respondieron la encuesta mostraron un interés en hablar del tema con sus padres, ya sea por iniciativa o porque podrían encontrarse en dicha situación en un futuro.

Conclusiones: Luego de esta implementación virtual se concluye que el tema del aborto expuesto en su realidad crea una conciencia en las mujeres adolescentes de sectores vulnerables. Esto debido a que dicho tema les apremia al saber que es una realidad que puede sufrir cualquier mujer de su edad. Al pertenecer aún a una etapa adolescente, esta información les permite madurar y las invita a poder vivir su adolescencia y sexualidad de una forma más positiva. Así mismo, sus padres ahora son conscientes acerca de la cruda realidad que engloba el aborto y sus consecuencias, teniendo en cuenta ello para poder guiar a sus hijas por caminos donde no se vean expuestas a esta situación radical.

Abstract

Introduction: Abortion and the post-abortion effects are issues that are highly questioned today, both by opposition groups and pro-choice groups. The issue surrounding its legalization or not and the number of lobbies that exist near it, have created a series of myths, censorship about its consequences, false data etc.

But is abortion and the post-abortion effects really something to worry about?

Studies from before argued that abortion, like any invasive and violent process, can be considered or perceived as traumatic, as it is a stressful experience where the person lives events that pose a real danger to his or her life or that of others and/or threaten his or her integrity, this can trigger an acute stress disorder (ASD) or post-traumatic stress disorder (PTSD) accompanied by anxiety, affective disorders, substance consumption, complicated mourning.

For this research we will start from the problem of the existence of these post-abortion effects on the women of Project Hope and provide a channel where they can, along with professional help, to find a way of overcoming this problem by helping women in vulnerable situations.

Objectives: To be able to demonstrate the presence of post-abortion effects on Project Esperanza women, as well as to warn women in vulnerable situations of the consequences on the life of a woman who has undergone an abortion.

Type and design of research: 3 psychological tests were performed (I):

- Scale of Severity of Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder (GS-PTSD).
- Beck's Depression Inventory.
- Quality of Life Perception and Quality of Life Index.

*We have been working since February 2020, so for the moment the women who participate in the workshops are part of a previous group to which they were helped in a professional and pastoral way. Once the post-abortion effects have been overcome, they will be invited to take part in the prevention workshop.

Implementation: The project will be carried out in an educational center with students of 4 and 5 years of secondary school or with students of the first cycles of a university. Within these spaces, "Workshops for Life" will be held, with the participation of those women who, having gone through the recovery process, seek in their freedom to share their experience; also have an explanation about the reality of abortion and the post-abortion effects. Once these talks were finished, a space in the educational center would be installed as a mural, and all the students of the workshop would participate. Finally, they will be given a small brochure with a detailed summary of the workshop.

Virtual implementation:* It will be carried out in a virtual classroom via "ZOOM" where we will have two specialists who will narrate the different dimensions of abortion and its consequences on the post-abortion effects. Next we will have a video experience about the post-abortion effects on women who experience an abortion or a video showing the functioning of the psychological connectors between abortion and reality. Finally we will have a video summary of "Workshops for Life" in which we will summarize the most important thing about the reality of abortion and the post-abortion effects. The talk will be concluded with a series of free questions to experts from listeners. The result will be evaluated through a short survey by the target audience.

*Because to the current situation, the project was considered to restructure in part, the implementation maintaining the base and the concept, this creating a virtual space where the idea of "Workshops for life" is developed.

Result: The virtual implementation was attended by 9 parents with their respective daughters aged between 15 and 17 (12 girls) of whom ⁽¹⁾:

Parents: 7 answered the survey

Teenager between 15-17 years: 9 answered the survey.

The results show that both parents and adolescents enjoyed "Talleres por la Vida", as well as how any doubts they might have were resolved. As a result, we also count that 100% of the teenagers who responded to the survey showed an interest in discussing the issue with their parents, either on their own initiative or because they might find themselves in such a situation in the future.

Conclusions: Following this virtual implementation, it was concluded that the issue of abortion, which was exposed in its reality, created an awareness among adolescent women from vulnerable sectors. This is because this subject urges them to know that it is a reality that any woman of their age can suffer. Still belonging to an adolescent stage, this information allows them to mature and invites them to live their adolescence and sexuality in a more positive way. Also, their parents are now aware of the harsh reality of abortion and its consequences, so that they can guide their daughters on paths where they are not exposed to this radical situation.

CAPITULO I

A1) Introducción

En estos últimos años se habla mucho de aborto legal o ilegal, acerca de las nuevas políticas referentes a él y de cómo debería ser considerado un Derecho Humano para las mujeres. ⁽¹⁾ Pero ¿Cuántas veces nos hemos preguntado qué hay detrás del mismo, qué consecuencias trae consigo? Una de las consecuencias de las que nadie habla son los “Efectos Postaborto”. Estos efectos se pueden describir como el proceso que toda mujer que ha sufrido un aborto (natural o inducido), afronta en el corto o largo plazo, desde que sucede trae consigo diversos síntomas que pueden pasar desapercibidos, atacando la mente de estas mujeres. Cuando estos síntomas no son tratados o superados por la mujer, pueden llegar a producir diferentes trastornos tales como crisis de identidad, frigidez, anorexia, etc. Estos trastornos son las últimas consecuencias de los efectos postaborto, que en muchos casos derivan en los intentos de suicidio y el suicidio teniendo un alto porcentaje de mujeres que se suicidan después de realizarse un aborto ⁽²⁾. Esto se debe quizás a que la conservación de la vida está inserta dentro de nuestro aprendizaje evolutivo y por lo mismo consciente o inconscientemente se valora como una necesidad vital. *“Por ello; a pesar de que incluso la persona esté de acuerdo con abortar, el síndrome post aborto tarde o temprano se manifestará”*, según el Dr. Pavlusha Luyando Joo (2010)⁽³⁾ En el mundo académico son casi nulos los estudios científicos acerca de los efectos postaborto que han visto la luz, ya que en su mayoría son censurados, desestimados o no cuentan con la inversión necesaria; en muchos casos debido a que choca con intereses mayores de Políticos (buscando legalizar el aborto) o Empresas (buscando vender estos “servicios”).

En el Perú al ser el aborto un proceso ilegal se cuenta con muy poca información, sin embargo PROMSEX recientemente ha publicado una encuesta “El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú” ⁽⁴⁾, en la cual podemos hacernos una idea acerca de dicha realidad en nuestro País, ya que solo habla de aborto inducido y no del natural.

1.- Juan Carlos Díaz Colchado, Beatriz Ramírez Huaroto (2013) El Aborto y los Derechos Fundamentales, despenalización del aborto.

2. - Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. (1996) Suicides after pregnancy in Finland: 1987-1994: British Medical Journal

3.- Dr. Pavlusha Luyando Joo (2010) EL SINDROME POST ABORTO (SPA) COMO VARIANTE DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, SUS CONSECUENCIAS EN EL SISTEMA INMUNOLÓGICO y EN EL PSIQUISMO DE LA PERSONA

4.- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex) e Instituto de Opinión Pública (IOP –PUCP) (2018) El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú.

Parte de las cifras que esta encuesta nos da son que el 19% de las mujeres peruanas entre los 18 y 49 años refiere haberse realizado un aborto.

Además de que el aborto se encuentra en su gran mayoría en sectores de alto riesgo tales como los niveles socio – económicos “C”, “D” y “E” donde se concentra el 81% de los abortos inducidos en el Perú. Lo cual nos habla de una problemática más lejana y de la que nadie habla.

Como resultado de este problema, Proyecto Esperanza viene trabajando ya más de 20 años en el Perú; ayudando a las mujeres que sufren las consecuencias del aborto. Psicólogas voluntarias acompañan a estas mujeres de forma espiritual y emocional, ayudándolas a encontrar el perdón anhelado por ellas mismas.

B1) Descripción del problema encontrado

1 Problema principal

- Altos grados de depresión debido a la presencia de los efectos postaborto en mujeres de entre 15 – 25 años en la ONG “Proyecto Esperanza”

2 Problema(s) secundario(s)

- Pensamientos suicidas debido a la presencia de los efectos postaborto en mujeres de entre 15 – 25 años en la ONG “Proyecto Esperanza”
- Problemas familiares debido a la presencia de los efectos postaborto en mujeres de entre 15 – 25 años en la ONG “Proyecto Esperanza”

C1) Justificación de la investigación

1 Objetivo principal

- Evidenciar los altos grados de depresión de los efectos postaborto aborto en mujeres de entre 15 – 25 años en la ONG “Proyecto Esperanza”

2 Objetivo(s) secundario(s)

- Advertir sobre los pensamientos suicidas debido a la presencia de los efectos postaborto en mujeres de entre 15 – 25 años en la ONG “Proyecto Esperanza”
- Evidenciar los problemas familiares debido a la presencia de los efectos postaborto en mujeres de entre 15 – 25 años en la ONG “Proyecto Esperanza”

D1) Análisis de los actores

El público objetivo de este estudio son las mujeres en situación vulnerable a las que se busca poder concientizar y advertir acerca de la realidad del aborto y los efectos postaborto. Dentro de este estudio existen diversos actores con los cuales se trabajara, se llegara a comunicar o formaran parte de la cadena de implementación.

Teniendo a:

* Mujeres en situación de vulnerabilidad: Adolescentes en el rango de edades de 14 – 20 años las cuales se ven expuestas a diversos peligros y situaciones (entre ellas los embarazos) y empujadas por diversos factores recurren a tener al aborto como una solución a su problema.

* Mujeres que han sufrido un aborto: Son aquellas mujeres que habiendo sufrido un aborto (natural o inducido) caen en los efectos postaborto. Estas mujeres formaran el inicio de la cadena del proyecto, pues se buscara ayudarlas para que en su libertad puedan ayudar a prevenir a más mujeres con situaciones similares a las suyas. Tenemos dentro de ellas dos tipos de mujeres que han sufrido un aborto, las que aún no superan los efectos postaborto y necesitan ayuda profesional y las que han superado los efectos postaborto con ayuda profesional o pastoral.

* ONG´s de ayuda a la mujer que sufre los efectos postaborto: estas ONG´s son las plataformas bases, que vienen desempeñando la investigación acerca de estos efectos (estadística y exámenes psicológicos), así como la ayuda que prestan a estas mujeres de forma psicológica profesional y/o pastoral funcionan como punto de partida para poder evidenciar el problema planteado en esta tesis. Dentro de ellas tenemos a “Proyecto Esperanza”, con quienes estaremos a modo de apoyo para el proyecto en mención e IRMA quienes brindaran los estudios estadísticos para las terapias y esta tesis.

* Iglesias o grupos religiosos ubicados en zonas de riesgo: quienes son opositores a la idea del aborto como un derecho, buscan ayudar mediante sus pastorales a las mujeres que sufren de los efectos postaborto. Forman también parte del espacio que las mujeres en situación de vulnerabilidad frecuentan ya que pertenecen al grupo de jóvenes, son llevados por sus padres, pertenecen a las catequesis de confirmación, etc.

* Colegios y Universidades ubicadas en zonas de riesgo: Debido al rango de edad de las mujeres en situación de vulnerable, podemos encontrar que estas mujeres se encuentran terminando sus estudios secundarios (4º y 5º de secundaria) o iniciando una carrera universitaria. Es de conocerse que la educación sexual y reproductiva en los colegios debe considerar la posibilidad del aborto y poder expresar de forma adecuada la realidad del mismo y poder mencionar todas las consecuencias que trae consigo de manera objetiva, así como contar con psicólogos capacitados para atenderlas por casos donde los efectos postaborto ya se encuentren presentes. Las universidades por su parte cuentan con psicólogos los cuales deben estar preparados para poder afrontar un caso como estos, así como brindar talleres sobre salud y reproducción sexual de forma abierta para las mujeres que lo necesiten.

E1) Metodología, descripción de los métodos a emplear.

Para esta investigación contaremos con 3 pruebas psicológicas donde se buscan indicios acerca de los efectos post aborto en las mujeres de proyecto esperanza mediante las mediciones de IRMA

1.- Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (GS-TEPT).

Esta prueba permite diferenciar entre la presencia de síntomas de un TEPT agudo, crónico, de inicio demorado y trastorno de estrés agudo, según el tiempo transcurrido en la presentación de los síntomas; por lo que fue elegida. Es una prueba validada con población hispana. Consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, de los 17 ítems. 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. Por lo que la consideramos una prueba muy útil para el diagnóstico en congruencia con el DSM-IV El rango es de 0 a 51 en la escala global. Es una escala heteroaplicada. El punto de corte es 15 y debe estar integrado por 5 puntos de reexperimentación, 6 de evitación y 4 de hiperactivación para diagnosticar el Trastorno de estrés postraumático.

El coeficiente de confiabilidad test-retest es de .89 ($p > 0,001$) con un intervalo de 4 semanas. El índice de consistencia interna obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach es de 0.92 La validez de contenido de esta prueba está definida con los criterios diagnósticos del DSM-IV que abarca el 100% de satisfacción. En la validez convergente presenta una alta y significativa correlación $r = 0,82$; $p < 0,001$. La validez discriminante funciona adecuadamente entre los sujetos normativos y pacientes aquejados por el TEPT tanto en la escala global como en las subescalas y su correlación con el inventario Beck de depresión presenta una correlación de 0.54 ($p > 0,001$). (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

2.- Inventario de Depresión de Beck

Prueba que evalúa la presencia de síntomas relacionados con el trastorno de depresión y ofrece la clasificación de su intensidad en leve (10 a 18 puntos), moderada (19-29 puntos) y severa (30 a 60 puntos). Es una prueba validada en México. Tiene formato de auto-informe de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima.

El punto de corte para población mexicana fue de 10 puntos para depresión leve, 19 para depresión moderada y 30 para depresión severa.

La confiabilidad por consistencia interna es por alfa de Cronbach de 0.87 ($p > .000$). Se evaluó su validez concurrente entre el inventario de Beck y la escala de Zung obteniendo un índice de correlación de 0.70 ($p < .000$). Se obtuvo una validación de jueces. Es considerado un instrumento que cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez para evaluar los niveles de depresión en residentes de la ciudad de México. (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, y Varela, 1998).

3.- Percepción en la Calidad de Vida e índice de calidad de vida

El Índice de Calidad de Vida (QLI) fue desarrollado por Ferrans y Powers para medir la calidad de vida en términos de satisfacción con la vida (Ferrans & Powers, 1985). El QLI mide tanto la satisfacción como la importancia de varios aspectos de la vida. Las calificaciones de importancia se usan para ponderar las respuestas de satisfacción, de modo que los puntajes reflejan la satisfacción de los encuestados con los aspectos de la vida que valoran. Los ítems que se consideran más importantes tienen un mayor impacto en las puntuaciones que los de menor importancia. Los puntajes se calculan para la calidad de vida en general y en cuatro dominios: salud y funcionamiento, psicológico / espiritual, social y económico, y familiar. (Mezzich, 2000; Ferrans y Powers, 1992)

Es posible tener un valor cuantitativo de cada uno de estos dominios.

El coeficiente de correlación de fiabilidad test-retest de la puntuación media QLI fue .89. La validez discriminante del QLI- fue documentada por la diferencia altamente significativa obtenida entre las puntuaciones medias de las dos muestras seleccionadas para representar niveles muy diferentes de calidad de vida.

4.- Examen, análisis y encuesta

Así mismo, este proyecto se basa en diversos estudios anteriores donde se buscaba responder a la pregunta de ¿Qué consecuencias trae el aborto consigo? ¿Qué sucede cuando una mujer aborta? ¿Cuáles son los motivos por los que una mujer aborta?

Preguntas que se explican en publicaciones como, "Historias de vida de mujeres que experimentaron un aborto entre los 20 a 35 años en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo noviembre 2010 - enero 2011 "Tesis Para optar el Título Profesional

de Licenciada en Obstetricia escrita por Gloria del Pilar Peña Pasapera y María del Carmen Pérez Ramón. La segunda parte del proyecto consta en poder usar estos datos recabados para dictar "Talleres por la vida". Esta data se debe transmitir de forma clara y concisa al público objetivo, al cual se busca concientizar y advertir sobre los efectos postaborto. El resultado será medido mediante una corta encuesta donde el público objetivo pueda resaltar sus dudas y expresar que tan asertivo fue el taller.

CAPITULO II

A2) Marco teórico

1 Trastornos Mentales

1.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y satisfactoria y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por lo que se puede entender a los trastornos Mentales como una alteración emocional, cognitiva y/o de comportamiento, en donde quedan afectados procesos básicos como las emociones, la motivación, la cognición, la conciencia, conducta, etc. Capaces de crear un malestar subjetivo de la persona, dificultando la adaptación al espacio cultural y social, además de impedirle desarrollarse de manera óptima y satisfactoria.

1.2 Tipos

Si bien cada trastorno tiene características propias que los distinguen entre ellos en muchos de los casos tienen puntos en común, tales como la etiología o los síntomas, que hacen que puedan ser agrupados en categorías concretas, pudiendo realizarse una clasificación en diferentes tipos. Existen diversos trastornos mentales los cuales buscaremos clasificarlos en 18 tipos.

- Trastornos del neuro-desarrollo: Son aquellos trastornos que se vinculan con la dificultad de desarrollo neuronal que se manifiestan con el desarrollo madurativo de la persona. Estas dificultades suponen un obstáculo para la persona presentándose como una dificultad para desarrollarse o como una posible lentitud para el mismo. Estos trastornos pueden ser la discapacidad intelectual, trastorno de espectro autista, TDAH o trastornos de aprendizaje comunicación o motor.

- Trastornos del espectro esquizofrénicos y psicóticos: Estos tipos de trastornos tienen una serie de síntomas comunes en el sentido de que pueden ser tanto síntomas positivos como negativos, los cuales pueden ir desde las alucinaciones perceptivas hasta el empobrecimiento del lenguaje. El más conocido de estos trastornos es la esquizofrenia, también podemos encontrar los trastornos delirantes o trastornos esquizoafectivo.

- Trastornos Bipolar y relacionados: Este tipo de trastorno es caracterizado principalmente por la alternancia entre polos opuestos en las emociones o hipomanía si los síntomas son leves. Además del trastorno bipolar y sus diferentes subtipos podemos encontrar otros trastornos dentro de esta categoría, como el trastorno ciclotímico.
- Trastornos depresivos: Son los trastornos donde encontramos un estado de tristeza patológica, donde suele persistir la apatía. Una característica es la falta de iniciativa y de interés por algo, lo cual en el campo de la psicología se plasma como abulia. Dentro de este tipo de trastornos encontramos la distimia, la depresión post parto, síndrome premenstrual, etc.
- Trastornos de ansiedad: Los trastornos de ansiedad pueden identificarse debido al alto nivel de activación psicofisiológica así como el elevado malestar presente en la persona. Es común que dichos malestares sean acompañados por la evasión a determinadas cosas o vivencias, volviéndose así un limitante en la vida cotidiana. Dentro de dicho trastorno tenemos a la agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y la gran mayoría de fobias.
- Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados: se caracterizan por la presencia de un perfil de conducta rígido e inflexible, la presencia de dudas y una aspiración radical al perfeccionismo. Lo más notorio son la presencia de obsesiones, ideas intrusivas y repetitivas que son reconocidas como propias y en general como absurdas por la propia persona. Estas ideas generan una elevada ansiedad, pudiendo o no acompañarse de compulsiones o de acciones estereotipadas para rebajar dicha ansiedad.
- Trauma y otros trastornos relacionados con el estrés: Este tipo de trastorno se caracteriza por la ausencia o presencia de un estresor en concreto que siendo tomado de forma negativa por la persona, puede modificar el patrón de comportamiento de la misma en comparación a si hubiera o no tenido dicha experiencia. El más conocido es el trastorno de estrés post-traumático.
- Trastornos disociativos: Son aquellos que están relacionados a circunstancias vitales que producen una reacción anómala de la mente, provocando una separación de su mecanismo y procesos básicos como por ejemplo la memoria y la identidad.

Algunos ejemplos son el trastorno de personalidad múltiple, la amnesia disociativa entre otros.

- Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados: La característica principal de este tipo de trastornos es la presencia de síntomas físicos sin causa fisiológica evidente o alguna, ya que es la propia mente la encargada de producir estos síntomas. Como ejemplo tenemos a la hipocondría o los trastornos por conversión.

- Trastornos alimenticios: Los más conocidos son la Anorexia y la Bulimia que se caracterizan por presentar patrones de distorsión de la imagen corporal. Sin embargo no son los únicos ejemplos que entran en este ítem, ya que tenemos al consumo excesivo por ansiedad, la Pica (que es el trastorno de consumir sustancias no nutritivas, tales como el yeso). Se puede englobar como los trastornos en relación con el desorden alimenticio regular de la persona sea por agentes externos como internos.

- Trastornos de excreción: Son aquellos donde el cuerpo no tiene control al momento de la expulsión de materia sobrante (Heces u orina). Esta expulsión sucede de manera no apropiada o no controlada en muchos casos debido a la presencia de ansiedad. Tenemos como ejemplo la enuresis y la encopresis.

- Trastorno de sueño – vigilia: Trastorno relacionado al poco o al exceso de sueño en la persona, los cuales tienen síntomas muy parecidos como el cansancio, desmotivación y en algunos casos problemas de memoria y atención. Existen también conductas extrañas del sueño como las pesadillas, terrores nocturnos y el sonambulismo.

- Disfunciones sexuales: Las disfunciones sexuales están compuestas por aquellos trastornos que alteran, impiden o dificultan la consecución de las diferentes fases de la respuesta sexual humana, apareciendo principalmente a nivel de deseo, excitación u orgasmo.

- Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta: Estos trastornos se caracterizan por la presencia de un impulso súbito normalmente debido a un elevado nivel de activación y angustia en el individuo, que es incapaz o tiene severas dificultades para resistir, debido a la profunda gratificación y bienestar que recibe con su conducta.

- Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos: Su característica principal es el uso o abuso de sustancias psico-activadoras, valga decir drogas, medicinas, etc. Dentro de este ítem encontramos la dependencia, intoxicación y la abstinencia a diferentes tipos de sustancias en su mayoría estimulantes o antidepresivos.
- Trastornos neuro-cognitivos: Son aquellos que generan una alteración en la conciencia o en los procesos mentales debido a perturbaciones a nivel neuronal. Entre ellos se encuentra la demencia, delirios, etc.
- Trastornos parafilicos: Estos tipos de trastornos están ligados a los deseos sexuales de forma anómala, generalmente teniendo cierta fijación compulsiva a estímulos que atentan contra la persona y/o generan malestar. Podemos encontrar a la pedofilia, al masoquismo, etc.
- Trastornos de personalidad: Se caracteriza por la presencia de una personalidad que supone un elevado nivel de sufrimiento a la persona que la tiene o limita en gran medida su vida y su participación en el mundo. Siendo la personalidad la base de nuestras experiencias, estos trastornos pueden llegar a cambiar o perder la identidad de la persona.

1.3 Trastornos depresivos ⁽⁵⁾

Como ya se explicó con anterioridad, los trastornos depresivos son aquellos que tienen como síntoma principal la presencia de tristeza patológica. En la medicina se le refiere como un sentimiento de pena muy intenso, superior a lo esperado, capaz de limitar el día a día de la persona.

1.3.1 Tipos de trastornos de depresión

1.3.1.1 Trastorno adaptativo

Este trastorno se muestra como la poca capacidad de la persona para afrontar un problema común o que produce gran malestar. La persona tiene la sensación de que la situación es insostenible y no es capaz de pensar o idear una solución. En este tipo de trastorno la frustración y la desesperación son sentimientos que no tardan en

<p>5.- El Prado Psicólogos (Madrid) -Cómo superar la depresión con tratamiento psicológico -El trastorno adaptativo: cuando las circunstancias nos desbordan emocionalmente -Distimia: Qué es, causas, síntomas y tratamiento del trastorno distímico</p>
--

aparecer debido a que la persona que lo sufre siente que se encuentra atrapada ya que considera que las dificultades que experimentan sobrepasan su capacidad de afrontamiento.

1.3.1.1.2 Síntomas del trastorno adaptativo

Los síntomas de este trastorno varían mucho dependiendo de la procedencia y de la situación. Sin embargo encontramos ciertos síntomas que son generales y que se muestran presentes en la mayoría de casos, tales como la incapacidad para afrontar un problema, irritabilidad, frustración y ansiedad.

De forma más específica por su tipo podemos encontrar:

- Trastorno adaptativo con ánimo depresivo: Donde la persona se encuentra con un estado de ánimo apático y negativo, está marcado en general por la tristeza el llanto y la desesperanza.
- Trastorno adaptativo con ansiedad: En este estado la persona tiende a desarrollar un exceso de preocupación, nerviosismo e inquietud por el futuro. Está marcado por ciertos tics nerviosos en algunos casos.
- Trastorno adaptativo mixto: Es aquel donde la persona muestra tanto características depresivas como ansiosas.
- Trastorno adaptativo de comportamiento: Este caso en particular es la respuesta externa a los síntomas de forma externa. La persona suele saltar la regla y verse envuelta en peleas. Se desarrolla una forma de problemas con la autoridad.
- Trastorno mixto emocional y conductual: Presenta síntomas característicos de los dos primeros (ansiedad y depresión) y además presenta trastornos de comportamiento.

1.3.1.1.3 Causas del trastorno adaptativo

- Las causas pueden provenir de diferentes formas y situaciones, siendo puntuales se debe a la vulnerabilidad personal a raíz de la susceptibilidad personal del sistema nervioso.
- Una segunda posibilidad es la edad, como por ejemplo la menopausia en las mujeres.

- La principal característica es que el estresor desencadenante se encuentra aún presente en la vida de la persona, estos estresores pueden provenir del ambiente en donde la persona se desarrolla.
- Por esto último las condiciones de vida poco favorables o marcadas hace que determinados grupos específicos estén expuestos en mayor grado a desarrollar un trastorno adaptativo.

1.3.1.1.4 Consecuencias del trastorno adaptativo

- Malestar intenso capaz de afectar la calidad de vida del individuo y que puede finalizar con el reforzamiento de pensamientos suicidad.
- Bajo rendimiento en las áreas educativas o laborales producto de la falta de concentración.
- Conflictos intrapersonales con parientes y amigos debido a la irritabilidad o aislamiento de la persona. En el caso de parejas puede ser motivo de separación.
- Dejadéz en el cuidado personal. Si la persona sigue un tratamiento médico de forma paralela, es posible que se vea afectado producto de este trastorno.

1.3.1.2 Trastorno distímico ⁽⁵⁾

La distimia o trastorno depresivo persistente es un tipo de depresión leve que perdura en el largo del tiempo, por lo que en la mayoría de casos se confunde con personalidad depresiva. Para la Asociación Estadunidense de psiquiatría (DSM5) la distimia es un trastorno del estado de ánimo que afecta la percepción que tiene la persona sobre sí misma y el entorno que la rodea. Regularmente las personas que sufren de este trastorno pueden ser identificadas gracias a un patrón depresivo inestable en el tiempo, vale decir que muestran mejorías de forma intermitente durante el proceso.

Lo complejo de este trastorno radica en la persona que lo padece, pues en la mayoría de los casos ellas mismas desconocen que padecen de un trastorno que se puede tratar y acepta los síntomas como parte de su personalidad (características personalógicas), con ello creen que son personas conformistas y depresivas por personalidad.

5.- El Prado Psicólogos (Madrid)
 -Cómo superar la depresión con tratamiento psicológico
 -El trastorno adaptativo: cuando las circunstancias nos desbordan emocionalmente
 -Distimia: Qué es, causas, síntomas y tratamiento del trastorno distímico

1.3.1.2.1 Síntomas Trastorno Distímico

Como se mencionó anteriormente, los síntomas se mantienen estables a lo largo del tiempo, desapareciendo en algunos casos de manera puntal por un tiempo no mayor a dos meses de forma seguida, además pueden varear en cuestión de intensidad. Algunos signos son apreciados en diferentes áreas, tales como:

- Emocional: Las personas que sufren este trastorno pierden la motivación para emprender y superar los problemas cotidianos; existe la tristeza crónica, desesperanza, sentimiento de culpa, inutilidad y pesimismo.
- Conductual: Con normalidad la persona busca aislarse ya que encuentra apatía e indiferencia en socializar o en mantener relaciones sociales. Hay presencia de llanto repentino de forma ocasional, irritabilidad, incapacidad para cumplir o asumir responsabilidades.
- Cognitivo: La persona puede sufrir una serie de distorsiones de la realidad, pues la vive de una manera pesimista, iniciando el círculo de la tristeza crónica. Dificultad para tomar decisiones, problemas para concentrarse, pensamientos negativos recurrentes y dificultades para recordar información importante.
- Somáticos: Fatiga, insomnio, sueño extremo, cambios en el apetito y malestar generalizado

1.3.1.2.2 Causas del trastorno distimico

La distimia, como la mayoría de los trastornos psicológicos, no tiene una única causa sino que es el resultado de la combinación de diferentes factores.

- Bioquímica: Existe evidencia de que las personas que sufren de este trastorno tienen un bajo nivel en ciertos neurotransmisores, tales como la serotonina, la dopamina y la norepinefrina. Explicando en la mayoría de los casos la falta de sueño, y las alteraciones en la alimentación.
- Estructura cerebral: es natural que la forma de pensar de las persona sea diferente, sin embargo existe una regla de funcionamiento, es justamente ahí donde las personas que sufren de distimia se diferencian, pues partes de su cerebro funcionan

de manera diferente. Algunas de estas partes son el eje del hipotálamo-pituitario-adrenal, el hipocampo y el sistema noradrenérgico.

- Herencia genética: En la experiencia de los estudios, el tener un pariente de primer grado que haya sido diagnosticado con distimia aumentaría a una persona hasta en tres veces más el riesgo de padecerla. Esto es debido según la OMS a que existe cierta relación entre algunos genes específicos y la variante CRY.

- Características personalógicas: Ciertas características de la propia personalidad jugarían un papel importante en el desarrollo de este trastorno en las personas. Características como una baja autoestima, sensibilidad extrema o aquellas personas que tienen una personalidad negativa, tienden a desarrollar en mayor porcentaje este trastorno.

1.3.1.2.3 Consecuencias del trastorno distímico

El trastorno distímico afecta a todas las áreas de la vida personal, por lo que si se sufre de este trastorno se pueden adoptar conductas nocivas para la salud física. Entre las principales consecuencias tenemos:

- Hipertensión y diabetes debido a las posibles conductas adoptadas en el proceso.
- Aceleración en el proceso de envejecimiento y debilitamiento de la respuesta del sistema inmunológico.
- Pérdida del sentido de la vida debido a la no capacidad para solventar problemas diarios, en su última fase puede llegar a crear pensamientos suicidas.
- Aumento en la probabilidad de volverse adicto a diversos relajantes, drogas o alcohol. Debido a la constante búsqueda de escapar de la realidad y el malestar generado por el trastorno.

1.3.1.3 Episodio depresivo ⁽⁵⁾

El episodio depresivo o depresión mayor, es un trastorno del estado de ánimo donde la persona queda sumisa a una tristeza profunda sin una causa aparente o detectable por la persona.

5.- El Prado Psicólogos (Madrid)
-Cómo superar la depresión con tratamiento psicológico
-El trastorno adaptativo: cuando las circunstancias nos desbordan emocionalmente
-Distimia: Qué es, causas, síntomas y tratamiento del trastorno distímico

Usualmente la persona que sufre de este trastorno busca aislarse, pierde el placer en las relaciones sociales y carece de imaginación para la solución de problemas cotidianos en el día a día. La persona depresiva no encuentra motivación para actuar por lo que entra en un círculo vicioso donde llega a sufrir de distorsiones cognitivas. A menudo la persona deprimida no puede ni siquiera indicar la causa de su tristeza porque, aunque esta haya comenzado a raíz de un hecho negativo, termina instaurándose como una forma de respuesta habitual ante todas las circunstancias de la vida.

1.3.1.3.1 Síntomas del episodio depresivo

Los síntomas en el episodio depresivo afectan el desempeño de las personas en diferentes campos y niveles. La diferencia tangible entre este trastorno con otros trastornos depresivos radica en la poca modificación entre diferentes estados de ánimo, así como la poca importancia o efecto de las situaciones concretas o estresores como desencadenantes de la misma. Entre los síntomas más comunes tenemos:

- Emocional: Predominancia del sentimiento de culpa, sensación de vacío, inutilidad, sentimientos de impotencia, ansiedad descontrolada, tristeza.
- Conductual: Las personas que sufren de esto suelen presentarse de manera más irritadas, inquietas y en algunos casos agitación o movimientos lentos. Existe la presencia de llanto repentino, conductas autodestructivas o incluso mutismo.
- Cognitivos: La persona no puede concentrarse de manera correcta, problemas de memoria, pesadez al pensar, dificultad para la toma de decisiones. En última instancia comienzan a aparecer las ideas suicidas, esto relacionado al sentimiento de inutilidad puede ser un desencadenante trágico.
- Somáticos: Se presenta la fatiga, la falta de apetito, insomnio, dolor de cabeza, pérdida del deseo sexual, problemas digestivos, etc.

1.3.1.3.2 Causas

La exposición a situaciones estresantes y traumas son unas de las causas más comunes de la depresión, sobre todo cuando estos se han sufrido en la infancia, adolescencia o en una edad de grandes cambios. La genética, la personalidad,

elementos bioquímicos, psicológicos e inclusive el sexo también son factores que predeterminan a cierta persona a sufrir de depresión. Se conoce que los niveles de algunos neurotransmisores, como la norepinefrina, la serotonina y la dopamina, son especialmente bajos en las personas que sufren depresión. Por ejemplo, la OMS explica en sus documentos acerca de la salud mental, que las mujeres sufren dos veces más de depresión que los hombres. El prado psicólogos, estima que una de cada siete mujeres experimenta o experimentará un episodio depresivo en algún momento a lo largo de su vida ⁽⁵⁾

1.3.1.3.3 Consecuencias

La consecuencia más riesgosa de los episodios depresivos es sin duda el suicidio. El 60% de los suicidios que se comenten en el mundo son producto de la presencia de depresión en las personas. Una segunda consecuencia a tomar en cuenta es la autoflagelación y un aumento en la probabilidad de búsqueda de refugio en las drogas, alcohol o diversas adicciones.

* Bajo rendimiento: para la persona que sufre de episodios depresivos todo se vuelve pesado o complicado, inclusive las tareas más cotidianas del día a día. Esto debido a que presenta apatía y pierde la noción de la vida. Sobretudo afecta a aquellas que se presentan a la escuela o al trabajo.

* Conflictos en las relaciones interpersonales: Inestabilidad, irritabilidad e impulsividad son características que acompañan a la depresión por lo que los conflictos con diversos pares son comunes, lo cual ayuda al aislamiento de la persona aún más.

* Dificultades emocionales: La persona con depresión suele sufrir una pérdida progresiva del sentido de la vida, su autoestima disminuye y pierde la confianza en sus capacidades.

* Problemas de salud: La persona con depresión adopta hábitos negativos en su vida, donde descuida a su persona de forma física y psicológica. Problemas de sueño, alimenticios, higiene, percepción aguda del dolor, etc. Los cuales desencadenan en problemas mayores como anorexia, bulimia, diabetes, patologías cardiovasculares, etc.

5.- El Prado Psicólogos (Madrid)
-Cómo superar la depresión con tratamiento psicológico
-El trastorno adaptativo: cuando las circunstancias nos desbordan emocionalmente
-Distimia: Qué es, causas, síntomas y tratamiento del trastorno distímico

2 Aborto

2.1 Definición de aborto

El inicio de la vida de cada ser humano individual comienza desde la concepción, es precisamente el aborto la terminación de esa vida en gestación. La OMS ⁽⁶⁾ define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto (concebido) 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. Para la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) El aborto “es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”⁽⁷⁾.

Luego existen las definiciones que diversos grupos tanto como a favor como opositores le atribuyen, pues para los grupos a favor del aborto es: El derecho fundamental de la mujer a decidir sobre su cuerpo, dado que es un servicio de salud sexual y reproductiva que el Estado debe brindar de manera gratuita.

Para los grupos opositores, el aborto es el asesinato del niño por nacer en el vientre materno, pues se considera al concebido como sujeto de derecho por ende cómo persona humana con goce a los Derechos Humanos.

Para el estudio penal la definición de aborto varía dependiendo si está o no legalizado o penalizado en la constitución o código penal del país. Aún existen muchos debates referentes al aborto y su cuestión moral y legal, aquí en Sudamérica aún existen diversos países donde el aborto libre no está contemplado en la legislación. En el caso del Estado peruano, el aborto en todas sus formas se encuentra penado y de forma ilegal a excepción del “aborto terapéutico”.

Podemos definir al aborto entonces en materia Legal y de Derecho como *“La interrupción del embarazo en cualquier época de la gestación antes de que el feto llegue a su total desarrollo. Se entiende por delito de aborto, aquel cometido de manera intencional, y que provoca la interrupción del embarazo, causando la muerte del embrión o feto en el claustro de la madre o logrando su expulsión.”* ⁽⁸⁾

<p>6.- Organización Mundial de la Salud -Boletín de la Organización Mundial de la Salud (2014) Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS - Factores de riesgo (2002) Informe sobre la salud en el mundo 7.-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) - Comisión de bioética de la Sociedad Española de ginecología y Obstetricia, Ley orgánica (1985) - Tratado de ginecología y obstetricia (2013) 8.- Definición Penal Blogspot “Concepto jurídico del aborto o delito de aborto”</p>

Para los fines de esta tesis definiremos al delito del aborto como interrupción dolosa del proceso del embarazo por el cual se da muerte al concebido dentro o fuera del vientre materno expulsándolo de forma parcial o total, sea viable o no.

2.2 Tipos de Aborto

Los tipos de abortos pueden ser clasificados según su naturaleza, su legalidad o el contexto de cómo se practica, a continuación pasaremos a describir algunos de estos tipos que encontramos.

2.2.1 Aborto Natural o espontáneo

Es el aborto que sucede de forma natural no premeditado, donde el ser concebido pierde la vida por causas naturales, siendo estas debido a la debilidad uterina de la madre gestante, ciertas enfermedades de la gestante como la diabetes, infecciones intrauterinas, antecedente previo de haber sufrido uno.

Algunos expertos lo definen como la pérdida del producto de la concepción, sin inducción, antes de las 20 semanas de gestación, (Ruiz & Robles 2004) ⁽⁹⁾ o cuando el feto pesa 500 gramos o menos (Mulens, 2009).⁽¹⁰⁾

Planned parenthood afirma que:

“A pesar de ser común, el aborto espontáneo puede ser emocionalmente difícil. Es normal tener sentimientos de duelo y pérdida”⁽¹¹⁾.

Swanson, Connor y Jolley califican al aborto espontaneo como un proceso devastador en la mujer, ya que la mujer tiene que parir a un hijo no desarrollado desde lo biológico y muerto desde lo simbólico, lo cual ellos consideran que es un hecho extremadamente doloroso tanto física como afectivamente. ⁽¹²⁾ Las respuestas biológicas características de un aborto espontáneo son la hemorragia y el dolor.

Gómez-Gutiérrez y Larrañaga (2009) aseveran que:

9.- Ruiz, E. & Robles, V. (2004). Niños de riesgo. Programas de atención temprana.

10.- Mulens, I. (2009). Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el aborto espontáneo. Rev Haban cienc méd

11.- Planned Parenthood “¿Qué es un aborto espontaneo?”

12.- Swanson, K., Connor, S. & Jolley, S. (2007). Contexts and evolution of women’s responses to miscarriage during the first year after loss. Research in nursing and health, 30, 2-16.

“La hemorragia es una de las causas más frecuentes y potencialmente más graves en la consulta de urgencias durante la gestación... La paciente que presenta sangrado profuso debe ser clasificada como prioritaria. Se debe evaluar correctamente la cantidad y el ritmo de la pérdida sanguínea. Los sangrados en las gestantes pueden ser catastróficos» ⁽¹³⁾.

El aborto espontáneo puede subdividirse en “Aborto espontáneo completo” y “Aborto espontáneo incompleto”. En el primero el cuerpo de la mujer gestante es capaz de expulsar toda la materia orgánica del concebido fallecido, por lo que el útero queda limpio y sin riesgo de infección. En el caso del segundo se da cuando aún existe material orgánico del concebido fallecido, corriendo riesgo la gestante de sufrir una infección, por lo que este tipo de aborto espontáneo se complementa con un legrado o aspirado de la materia restante dentro del cuerpo de la mujer. El aborto espontáneo no se encuentra penalizado en el País y cuenta con un protocolo de atención inmediata en los establecimientos de salud, ya que al ser causas naturales no existe evidencia legal o jurídica que penalice el proceso de atención o de riesgo. En el 2013 la Ex – Maternidad de Lima presentó un total de 4,500 abortos espontáneos registrados.⁽¹⁴⁾

2.2.2 Aborto Inducido

El aborto inducido puede definirse como el aborto tradicional, que consta del consentimiento de la gestante para la finalización del embarazo, con ello finalizar la vida del concebido de manera voluntaria por su progenitora. El aborto inducido puede darse de dos formas, quirúrgico o medicado. Las diferencias son:

*Aborto inducido quirúrgico: Es el procedimiento quirúrgico donde la mujer se ve expuesta a un aborto por aspiración o legrado.

En donde la mujer es anestesiada, revisada con un espéculo, medicada para inducir la expansión del cuello uterino y aspirada con una pequeña aspiradora que se inserta dentro de la vagina de la mujer.

Finalmente el médico o enfermera ingresa una cureta para terminar de raspar

13.- Gómez-Gutiérrez, S. & Larrañaga, C. (2009). Hemorragia en la gestación. An Sist Sanit Navar, 32(Supl.1), 81-90.

14.- Agencia Peruana de Noticias Andina (2013) Unos 4,500 abortos espontáneos se registran cada año en la ex Maternidad de Lima.

los tejidos del concebido abortado para expulsarlos de la mujer. Este proceso dura entre 5 y 15 minutos, sin embargo clínicas dedicadas a ofrecerlos sugieren estar en reposo por un mayor tiempo, debido a que existen riesgos de hemorragia o infección si no se ha realizado correctamente el proceso. Este tipo de aborto es avalado y recomendado por la OMS ⁽⁶⁾ así como por la Federación Internacional de ginecología y obstetricia ⁽⁷⁾, pues concuerdan en que se le debe considerar cómo un derecho para la mujer. Los tres procesos de abortos quirúrgicos son básicamente lo mismo pero con diferencias puntuales, dentro de ellos tenemos:

- Por aspiración: La diferencia de este proceso es, cómo bien lo expone su nombre, la aspiración del concebido (aún con vida en la mayoría de los casos) del útero materno, expulsándolo del mismo por partes (mutilación de extremidades) o de forma completa (atravesando el inicio de la medula en formación con un objeto punzante) para luego ir retirando de a pocos con la aspiradora. Suele realizarse hasta la semana 12 de embarazo.

- Por succión y legrado: Se realiza únicamente cuando el método por aspiración o el de evacuación no termina de expulsar de forma completa la materia orgánica del concebido abortado. Puede ser usado cuando existe un aborto espontáneo como método de limpieza del útero. Este método es sumamente riesgoso pues se procede a raspar las paredes uterinas, lo cual si no se hace con cuidado puede ocasionar una hemorragia.

- Por dilatación y Evacuación: Este es el más largo de los tres, pues puede durar hasta dos días debido a que es usado cuando el embarazo muestra un tiempo considerable (entre 15 semanas en adelante). Otra diferencia es el uso de Misoprostol o Mifepristona para inducir al cuello uterino a expandirse, debido a que es necesario mayor espacio por el desarrollo del concebido en el útero materno.

*Aborto Inducido medicado: Este tipo de aborto se da usualmente en las primeras semanas de gestación con ayuda de ciertos medicamentos. Las enfermeras recomiendan a las mujeres a realizar este proceso en sus casas y en compañía debido a que se presentan fuertes dolores abdominales y sangrados abundantes,

6.- Organización Mundial de la Salud
-Boletín de la Organización Mundial de la Salud (2014) Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS
7.-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)
- Comisión de bioética de la Sociedad Española de ginecología y Obstetricia, Ley orgánica (1985)

los cuales de no ser controlados pueden llegar a generar una hemorragia en la mujer. El proceso de este es sencillo pues consta de 4 dosis de 4 tabletas cada 2 horas, para que al final el cuerpo expulse al concebido y toda su materia orgánica como si se tratase de una menstruación abundante y más dolorosa. Los medicamentos más usados son dos en general, la Mifepristona y el misoprostol. La mifepristona es un antagonista del receptor de progesterona usado como abortifaciente en los primeros meses de embarazo, con lo cual esta hormona que es necesaria para la preparación del útero no se desarrolla con lo que el útero se encuentra débil como para poder albergar el huevo cigoto por lo que será mucho más sencillo la expulsión del mismo.

El misoprostol es un análogo semi-sintético de la prostaglandina, que en sus efectos secundarios induce al parto o al mecanismo de liberación; ya que promueve las contracciones uterinas y la preparación del cuello uterino. Este movimiento en conjunto con el útero debilitado por la mifepristona son la razón de que el huevo cigoto se desprenda y se efectuó el aborto.

Existen dos formas de realizar el procedimiento, pues las pastillas pueden ser ingeridas de forma sublingual como de forma vaginal.

2.2.3 Aborto Terapéutico

Es el aborto inducido justificado por razones médicas, también se le conoce como aborto eugenésico. El Código Penal Peruano lo define como:

“Aborto terapéutico Artículo 119.- No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.” ⁽¹⁵⁾

En el Perú el aborto terapéutico es legal desde 1924⁽¹⁵⁾ y se encuentra regulado por Resolución Ministerial No. 486-2014-MINSA ⁽¹⁶⁾. La "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la

15.- Código Penal Peruano
- (2019), Artículo N° 119 (1991 última modificación del artículo)
- (1924) Ley N° 48681 promulgada en 1924 artículos 159° a 164°: el aborto propio, el aborto terapéutico y el aborto preterintencional.
- (1991) Decreto Legislativo No. 635, sobre el Código Penal en su Artículo No. 120
16.- Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal mediante la Resolución Ministerial No. 486-2014-MINSA (2014)

Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal indica que solo existen ciertas situaciones donde se puede efectuar el aborto terapéutico, las cuales son:

- * Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical.
- *Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
- *Hiperémesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal.
- *Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia.
- *Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento.
- *Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco.
- *Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
- *Lupus Eritematoso Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento.
- *Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco.
- *Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno < 50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre < 85%.y con patología grave; y
- *Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica.

2.2.4 Aborto por abuso sexual

Es el aborto inducido que se da con el motivo de finalizar con la vida del concebido producto de un abuso sexual o violación a la mujer, se le conoce también como “aborto sentimental”. Es legal en muchos países y en su mayoría es obligatorio una denuncia contra el agresor y pasar por un médico legista, el cual determina la veracidad del abuso y permite el acceso al aborto. En 2014 se intentó despenalizar el mismo con el Proyecto de Ley 3839/2014-IC el mismo que fue archivado y negado por el Congreso de la República del Perú en dicho año, luego de las campañas Déjala decidir, por la parte a favor, y Marcha por la Vida, por la parte en contra.

(17) En este proyecto se pedía *“la despenalización del aborto para casos de embarazos producidos por violación sexual o por inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentidas.*

En razón de la presente propuesta, se plantea la derogación del inciso 1 del artículo 120 del Código Penal y brindar el acceso a servicios integrales para las víctimas de violación sexual, así como la obligación del Ministerio de Salud para adoptar un protocolo para la atención de los casos de abortos despenalizados con el objeto de garantizar igualdad en los estándares de atención de calidad.” PREDICTAMEN DE LA COMISIÓN DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS recaído en el Proyecto de Ley 3839/2014-IC (16) La conclusión de la Comisión de Justicia y Derechos Humanos determino *“En relación con lo propuesto en el proyecto de ley en estudio, la Comisión decide por su no aprobación en base a tres razones. La primera se refiere a la protección del derecho a la vida del concebido. La segunda a que el proyecto tiene iniciativa de gasto y, la tercera, por una razón procedimental, al haberse debatido en la aprobación del dictamen del Nuevo Código Penal.”* PREDICTAMEN DE LA COMISIÓN DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS recaído en el Proyecto de Ley 3839/2014-IC. (16)

Por lo que en el Perú el aborto por abuso sexual no está contemplado en la legislación peruana cómo un derecho, sino que se ve contemplado como una restricción manteniendo al mismo de forma ilegal. Existe el decreto legislativo N° 635 del Código Penal señala en su Artículo N° 120 (15) que *“Sobre el Aborto sentimental...: *El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses: 1. Cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente...”*

Actualmente la controversia sobre su despenalización sigue vigente y es constantemente promovida por ONG´s.

15.- Código Penal Peruano

-(2019), Artículo N° 119 (1991 última modificación del artículo)

- (1924) Ley N° 48681 promulgada en 1924 artículos 159° a 164°: el aborto propio, el aborto terapéutico y el aborto preterintencional.

- (1991) Decreto Legislativo No. 635, sobre el Código Penal en su Artículo No. 120

16.- Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal mediante la Resolución Ministerial No. 486-2014-MINSA (2014)

17.- Congreso de la República

-(2014) Proyecto de Ley No. 3839/2014-IC “Proyecto de Ley que despenaliza el aborto en los casos de embarazos a consecuencia de una violación sexual, inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentidas”

- (2014 – 2015) Comisión de Justicia y Derechos Humanos, PREDICTAMEN DE LA COMISIÓN DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS recaído en el Proyecto de Ley 3839/2014-IC, mediante el cual se propone la Ley que despenaliza el aborto de casos embarazos a consecuencia de una violación sexual, inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentidas.

2.2.5 Aborto clandestino

Es todo aquel aborto que se realiza en el marco de ilegalidad de diversos países. El propósito de este es el anonimato tanto del médico u enfermera que lo realiza, como el anonimato de la paciente.

Este tipo de aborto, tiene una realidad cruda y dura, puesto que al mantenerse en la clandestinidad se practica con condiciones de salubridad y seguridad deficientes o casi nulas.

Existe un contexto donde se migra a países donde es legal el aborto, sin embargo el aborto para extranjeras en este contexto del aborto clandestino se le conoce como turismo abortivo. El aborto clandestino no solo provoca la muerte del concebido, sino que también puede provocar graves lesiones orgánicas a la mujer que muchas veces la deja discapacitada para concebir en el futuro, y en otros casos más extremos puede llevarla a la muerte producto de desangrado o por contraer una infección generalizada.

2.3 Efectos Postaborto

Los Efectos postaborto (coloquialmente conocido como Síndrome post aborto, SPA) es el nombre que se le ha dado a los efectos secundarios psicológicos del aborto, basado en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Es importante señalar que el término "Síndrome Postaborto o SPA" no ha sido aceptado por la American Psychiatric Association o la American Psychological Association.

Sin embargo este debate acerca de su aceptación continua hoy en día, ya que el aborto es considerado un evento desencadenante de un trauma, por el cual debería de estar incluido dentro de los TEPT. La psiquiatra Carmen Gómez Lavín ha constatado que los efectos postaborto se encuentran entre los trastornos originados por un acontecimiento vital importante y que, en principio, dicho acontecimiento estresante podría ser experimentado por la paciente como un "estrés psicosocial" identificable, y luego como un estrés traumático excepcional que cumple con los criterios diagnósticos de la DSM-IV y CIE-10 de 10 Trastornos por Estrés Postraumático ⁽¹⁸⁾, en cuyo caso el síndrome se incluiría entre las reacciones a estrés grave.

18.- Carmen Gómez Lavín (1994) Cuadernos de bioética: "Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer"

Tener en cuenta que la promoción de la existencia del SPA no significa estar en contra del aborto bajo diversas causales, sino por el contrario muestra la búsqueda de un asesoramiento constructivo acerca de esta difícil decisión que puede crear estos males en la mujer.

2.3.1 Causas

La causa de los efectos postaborto es una sola, sin embargo esta única causa puede llegar a afectar a diversas personas. Para que exista estos efectos se debe pasar necesariamente por un aborto, sea inducido o natural, ya que es justamente este acontecimiento el desencadenante de los efectos postaborto. Por lo que las causas se resumen únicamente al aborto, sean cual sean las circunstancias. Es necesario también anotar que no todas las mujeres perciben o actúan de igual forma ante determinada situación, por lo que existe la posibilidad de que se manifieste en mayor o menor grado según cada caso.

2.3.2 Consecuencias

Las consecuencias de los efectos postaborto son muy diversas, por lo que para materia de este estudio se buscara tocar las principales consecuencias enfocados en 3 dimensiones: Mujer, Pareja y Familia. Cabe resaltar que debido a que se basa en experiencias únicas, las consecuencias en la pareja y la familia pueden variar.

A) Mujer:

* Consecuencias emocionales: Depresión, Ansiedad, Duelo, pérdida de percepción acerca del concebido, negación y o miedo a futuros hijos, trastornos psicológicos, irritabilidad, conductas suicidas, inestabilidad emocional.

Según J. Rogers y G. Stoms, en su estudio "Psychological Impact of Abortion: Methodological and Outcomes Summary of Empirical Research Between 1966 and 1988", "el daño psíquico es aún mayor en mujeres jóvenes". Coleman⁽²⁷⁾, demuestra, luego de un análisis durante 15 años, que las mujeres que se han sometido a un aborto han experimentado un 81% más de riesgo de problemas de salud mental, y casi un 10% de la incidencia de problemas de salud mental es atribuible al aborto.

*Consecuencias físicas: Aislamiento social, aumento en el riesgo de tener cáncer

de mama, trastornos alimenticios, flagelación, pérdida de peso, drogadicción. J.Rogers y G. Stoms ⁽¹⁹⁾ explican también qué “las lesiones que produce la rotura del vínculo afectivo materno filial en el cerebro se manifiestan con una disminución de la zona del hipocampo la parte del cerebro relacionada con las relaciones de afecto”

B) Pareja: Si bien la pareja no es el sujeto al que se le ha practicado o que ha sufrido el aborto es una parte importante del proceso, puesto que puede ser el impulsor de la decisión en el caso de abortos inducidos o ser una parte que no asimile de buena forma el aborto en sí. Entonces tenemos que la pareja juega diferentes roles dependiendo de su decisión:

- EL que se opuso
- El que se opuso pero respeto la decisión
- El que no hizo nada
- El que exigió el aborto
- El que no supo

Dependiendo de qué rol juega la pareja al momento del aborto esta parte también puede sufrir las consecuencias emocionales que sufre la mujer pero en menor medida. Quienes mayormente sufren con los efectos postaborto, son quienes se opusieron, y que su impotencia al momento de evitar este punto ayuda a agudizar el sentimiento de culpa haciendo que piensen que “Algo más pudieron hacer”. La otra consecuencia principal que se ven referente a la pareja es el rompimiento de la relación, en el caso del matrimonio puede llegar al divorcio. Por otro lado, en ciertos casos se presenta la negativa a ser amado, negativa a su tristeza y sentimientos de pérdida; esto como un escudo que evita vulnerar a la persona.

c) Familia:

La familia de la mujer que sufre un aborto (inducido o natural) tiene diversas consecuencias con respecto al tipo de aborto que se toca:

19.- J. Rogers y G. Stoms “Psychological Impact of Abortion: Methodological and Outcomes Summary of Empirical Research Between 1966 and 1988”

- Consecuencias del aborto Inducido: pérdida de confianza con la mujer, sobreprotección con la mujer, negación de lo sucedido, violencia física y verbal en la familia, separación familiar.
- Consecuencias del aborto natural: Violencia física y verbal en la familia, negación de lo sucedido, panorama de tristeza, duelo, separación familiar o fortalecimiento familiar.

2.3.3 Síntomas

Los síntomas de los efectos postaborto son realmente extensos, sin embargo podemos clasificarlos en tablas, desde manifestaciones somáticas y psicológicas o características frecuentes que nos hablarían de un posible aborto.

Gardner y Merenstein ⁽²⁰⁾ en el año 1985 explicaron en su *Handbook of neonatal Intensive Care* ciertos síntomas de los efectos postaborto, los cuales adaptamos a la siguiente tabla:

Tabla N°1

Manifestaciones Somáticas	Manifestaciones Psicológicas
Anorexia pérdida de peso	Culpa y tristeza
Bulimia	Enojo y hostilidad
Náuseas y vómitos	Desesperación y pesimismo
Dolor abdominal y sensación de vacío	Ensoñaciones diurnas y nocturnas
Palpitaciones	Pesadillas y nostalgia
Sensación de opresión torácica	Disminución del deseo sexual
cefaleas	Llanto, insomnio e hipersomnia
Tics (Enfermedad de Brisaud)	Pérdida de concentración y motivación
Pérdida de fuerza	Promiscuidad*

*Según el doctor Dr. Pablo Verdier mencionado por Salinas B. (2002) ⁽²¹⁾, este síntoma es mayoritario en mujeres menores de 29 años.

20.- Gardner y Merenstein (1985) "Handbook of neonatal Intensive Care, St. Louis"
 21.- Salinas B. (2002) "Derecho, genero e infancia UNIFEM, UNICEF"

Por otro lado tenemos los síntomas característicos que podrían ayudarnos a detectar los efectos postaborto, para el Dr. Pablo Verdier ⁽²¹⁾ existe una gran dificultad al saber cuándo una mujer se ha provocado un aborto sin que la mujer lo confiese, por lo que él propone algunos síntomas característicos de los efectos postaborto y diferencia dos tipos de víctimas los cuales son:

Tabla N°2

Tipo A (Jóvenes y adolescentes)	Tipo B (Mujeres Mayores de 30 años)
Promiscuidad*	Divorcio/Separación
Intentos Suicidas	Depresión y/o angustia
Autocastigo	Disminución del deseo sexual

* En este caso tenemos una consecuencia muy delicada, puesto que la promiscuidad tienda a aumentar con la finalidad de auto-justificar su forma de actuar. Desencadenando una reacción en cadena donde los abortos pasaran a dejar de ser un conflicto, por lo que caen en la repetición del mismo en diferentes ocasiones.

2.3.4 Duelo durante Los Efectos Postaborto

El duelo es la respuesta natural de una persona ante la pérdida o el cambio, sin importar cuan significativo o importante fuera. Para S. Freud: *"Las causas desencadenantes de un duelo pueden ser múltiples, pero todas tienen una base común: la valoración afectiva que consciente o inconscientemente es atribuida a la pérdida"* ⁽²²⁾ por lo que el aborto no es exenta a esta característica humana, así este haya sido buscado o inducido. Puesto que es natural que en la mujer, la pérdida de la maternidad producto del aborto puede significar muchas cosas (puede ser tomado como un alivio incluso), sin embargo es la forma abrupta la cual desencadena este duelo natural de igual forma. Este duelo se presenta como un proceso en el cual se experimenta un período de desequilibrio donde el sufrimiento, la desesperanza, la desilusión y el dolor profundo son síntomas frecuentes. Sus etapas son:

21.- Salinas B. (2002) Derecho, genero e infancia Unifem, unicef, Colombia
 22.- Impact of Abortion: Methodological and Outcomes Summary of Empirical Research Between 1966 and 1988

- Etapa 1: Impacto, Perplejidad y negación
- Etapa 2: Desorganización, liberación de enojo, rabia, culpa y dolor
- Etapa 3: Reorganización, conciencia de la pérdida
- Etapa 4: Aceptación, encontrar sentido a la pérdida

El no tener un acompañamiento psicológico en este proceso, sea proveniente de la familia o de un profesional, desencadena una experiencia donde el proceso del duelo se ve entorpecido por la negación, la culpa la represión, etc. Cuando el proceso de duelo no llega a un buen término donde la mujer supere este con la aceptación y el aprendizaje de la experiencia, se produce un quiebre en la identidad de la mujer el cual puede llevarla a asimilar de forma negativa toda esta experiencia de los efectos postaborto, volviéndola indolente, fría, apática e irracional. Convirtiendo a la mujer en una persona que pierde toda sensación al repetir este hecho de forma recurrente, exponiéndola aún a mayores riesgos y consecuencias en su salud.

3 Depresión y Efectos Postaborto

La relación entre estas dos es increíble, puesto que una lleva a la otra y esta última, a la depresión, es en muchos casos el indicativo a que nos enfrentamos a unos efectos postaborto avanzados o desarrollados, donde los pensamientos suicidas o el quiebre de la identidad de la mujer se encuentren ya evidenciándose o próximos a aparecer. Son justamente estos dos factores los cuales forman el riesgo real de la poca información referente a los efectos postaborto y su desestimación por parte de grandes lobbys en el campo de la psicología y ciencia.

3.1 Pensamientos suicidas

Se define al riesgo suicida como la predisposición que puede presentar un individuo afectado o no de una enfermedad psiquiátrica reconocible o una afección somática con repercusión psicopatológica, a realizar un acto suicida, sea una tentativa de suicidio o un suicidio. Estos pensamientos se presentan durante los efectos postaborto como parte del duelo del mismo, que acompañados por un sentimiento de culpa, pueden desencadenar a la autoflagelación e intentos suicidas que pueden concluir con la muerte de la mujer. Estadios según la Dra. Standfort, Mencionada por Salinas en 2002 ⁽²¹⁾ señalan que la depresión profunda, con un gran sentimiento de

21.- Salinas B. (2002) "Derecho, genero e infancia UNIFEM, UNICEF"

culpa y la pérdida del interés son características que convierten al pensamiento suicida como una forma de escapar a la realidad del duelo del SPA. La mujer cree que su error no merece perdón y se aleja de sus amistades, tiende a ser agresivo con estos. No es capaz de reconocer que se debe superar las caídas. Por otro lado, la sociedad la culpa dificultándole aún más el reconocer su error y perdonárselo.

Para Fernández JM. Aproximadamente un 60 por ciento de mujeres que experimentan secuelas postaborto declaran albergar ideas suicidas, con un 28 por ciento que intenta realmente suicidarse, de las cuales la mitad lo ha hecho en dos o más ocasiones ⁽²³⁾. En Finlandia se realizó un estudio donde se estudió el suicidio en las mujeres, el cual arrojó que, la tasa anual de muerte por suicidio entre las mujeres en edad reproductiva era de 11,3 por 100.000; entre las que dieron a luz fue de 5,9; entre quienes tuvieron un aborto espontáneo fue de 18,1; y entre quienes tuvieron un aborto inducido fue de 34,7 por cada 100.000.

La tasa de suicidio en el margen del año presente y posterior al aborto era tres veces más alta que la tasa general femenina, siete veces más elevada que las mujeres que llevan a término su embarazo, y casi el doble de alta que la de las mujeres que habían sufrido un aborto por causas naturales. ⁽²⁾

3.2 Factores de riesgo en los pensamientos suicidas

La OMS define como factor de riesgo a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. ⁽⁶⁾ Si bien la conducta suicida no se hereda, es el entorno, las experiencias y las predisposiciones genéticas a sufrir ciertas enfermedades mentales. Se pueden dividir en 4 dimensiones los factores de riesgos que los efectos postaborto traen consigo:

*Sociales:

- Tensión social
- Cambio de posición socio económico

2. - Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. (1996) Suicides after pregnancy in Finland: 1987-1994: British Medical Journal

6.- Organización Mundial de la Salud (OMS)

- (2002) Factores de riesgo "Informe sobre la salud en el mundo"

- (2014) Boletín de la Organización Mundial de la Salud "Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS"

23.- Fernández JM. Bioética (2008) "El Síndrome Post Aborto: un acercamiento desde la Bioética y la Psicología".

- Problemas con las redes sociales de apoyo
- Pérdidas personales
 - Pérdida de empleo
 - Aislamiento
 - Exposición al suicidio de otras personas
- Violencia ambiental, de género y violencia Intergeneracional

*Familiares:

- Funcionamiento familiar problemático
- Alta carga suicida familiar
- Abandono afectivo y desamparo
- Familia inexistente
- Violencia doméstica
- Abuso sexual

*Psicológicos:

- Pérdidas familiares
- Frustraciones intensas
- Ansiedad
- Depresión
- Baja autoestima
- Alteraciones del sueño
- Abandono personal

*Biológicos:

- Trastornos metabólicos
- Edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia
- Trastornos psiquiátricos
- Deterioro cognitivo

Estos factores de riesgo condicionan a la mujer que sufre de los efectos postaborto y la acorrala a los pensamientos suicidas, los cuales se asientan en la mente de ella producto de la depresión. Con ello desarrolla un verdadero intento suicida, recalcamos en verdadero debido a que son realmente serios como muchos autores refieren,

producto de la depresión y la necesidad de liberarse. Un deprimido severo puede planear, generalmente en cierto secreto y con cuidado la ejecución de su suicidio, haciendo que casi siempre culmine en muerte.

B2) Marco teórico de especialidad

Muralismo:

Se denomina muralismo a aquella obra realizada a lo largo de un muro o pared. En el inicio de la historia el mural ha tenido diversas funciones, las cuales van desde retratar lo vivido, decorar o ser la imagen de un movimiento o protesta.

Hoy en día el mural sigue siendo un espacio donde diferentes conceptos, símbolos, magia, religión, etc. se plasman, naturalmente expreso en el plano urbano y relacionado con la vida cotidiana e historia del lugar.

Un gran ejemplo es lo que 118 artistas internacionales lograron crear con 106 murales en el “Muro de Berlín”. La historia narra cómo en un espacio de guerra fría entre dos posturas se fragmento a un país entero, y como se erigió una pared entre ellos. Desde antes ya muchos alemanes en tono de protesta y rebeldía pintaban el muro de grafitis e inscripciones, inclusive artistas de todo el mundo llegaban para dejar una marca en el lado oeste del muro. Luego tras la caída, el East Side Gallery se convirtió en el punto recuerdo de esta triste historia, casi más de 1km del muro de Berlín fue intervenido por artistas internacionales, quienes lograron recolectar no solo el reclamó los alemanes que sufrieron con el muro, sino que añadieron todos los sentimientos convirtiendo al muro hoy en un espacio de recuerdo, con un único pedido a la generación actual y futura, “No volver a cometer los mismos errores”.

Los murales de Diego Rivera en México son otro gran ejemplo de cómo el mural trasciende en el tiempo manteniendo un mismo mensaje y plasmando la identidad propia. Donde él plasmaba sus ideas, su lógica comunista, una innumerable y valiosa representación de la sociedad en aquellos tiempos, edificios, etc.

El mural así mismo es hoy en día una herramienta actual para la memoria, el recuerdo y la protesta. En Argentina en pleno debate por la legalización del aborto, surgió un movimiento llamado “Salvemos las Dos Vidas”, quienes en su búsqueda de ser tomados en cuenta por grupos políticos del país, comenzaron una serie de murales en espacios privados y luego en espacios públicos. El más famoso de ellos fue el “Mural en el Hospital Bouquet Roldán de Neuquén”, el cual fue censurado posteriormente por grupos a favor del aborto y el mismo Hospital por presión mediática. Sin embargo el mural cumplió su objetivo, evidenciando la lucha desigual

existente en el país gaucho sobre la legalización del aborto, así como mostrar una nueva forma en lo que se considera plataformas "Pro-vida".

*Características: El mural cuenta con 2 características principalmente

- La "monumentalidad", tanto por el tamaño del soporte (una pared) como por aspectos compositivos de lo representado.
- La "poliangularidad", referida a los distintos "puntos de vista" y "tamaños del plano" del campo plástico de representación y su contemplación.

* Enfoque al proyecto: Para fines de este proyecto, el mural es la herramienta que permitirá al proyecto trascender en el tiempo e inmortalizar el mensaje propuesto.

Diseño audiovisual-vídeo:

Para muchos el vídeo es sin duda el formato más común hoy en día de comunicación. Es imposible creer que una persona no haya visto un vídeo en YouTube o en alguna clase en la escuela o universidad. Si bien es considerado relativamente reciente comparado con otras formas visuales, el vídeo es hoy posiblemente la plataforma, en conjunto con el audio, más usada en el mundo.

En sus inicios el vídeo nace como una grabación transmitida o reproducida de forma preparada con anterioridad. Hoy en día sin embargo la tecnología ha permitido que se realicen vídeos en vivo o "Streamings" los cuales gozan de la misma forma de los vídeos del pasado, con la particularidad de ser en vivo vía internet.

El vídeo es usado para diferentes fines, los cuales van desde el arte, el concepto, entretenimiento, estudio, documentación, etc.

Documental: El fin del documental es poder expresar un aspecto de la realidad, mostrado en un formato audiovisual, el cual es en este caso el vídeo.

Existen diferentes tipos de documentales, entre ellos tenemos:

- Centrado en un acontecimiento
- Definitorio de un proceso
- De viaje

- Ciudad Amurallada
- Histórico

* Enfoque al proyecto: Para fines del proyecto se utilizará el “Documental Histórico”, desde dos enfoques, la “película de tesis” para poder retratar mediante entrevistas la realidad del aborto y los efectos postaborto; y el “Documental Cronista” para de manera objetiva narrar que sufre una mujer que aborta. Esta versatilidad dada por el video, permite que “Talleres por la Vida” funcione ante un público naturalmente digital, al cual lo presencial y análogo le resulta extraño, así mismo permite que el público secundario pueda desenvolverse de forma natural sin la necesidad de aprender de nuevas herramientas extrañas.

C2) Estado del Arte

1.- Nacional: Proyecto Esperanza

Proyecto Esperanza nace en el año 1999 a raíz de la falta de empatía de la sociedad frente al sufrimiento de mujeres y hombres acudían a pedir ayuda, con lágrimas en sus ojos, y manifestaban la necesidad de saber cómo sobrellevar el dolor insoportable de haber interrumpido un embarazo voluntariamente. Es un programa de acompañamiento para la sanación espiritual y emocional de mujeres y varones que sufren las secuelas de los efectos postaborto, donde acompañantes cuidan, escuchan y asesoran de manera psicológica profesional a las otras víctimas del aborto. Consideran que su meta es ayudar a comprender el dolor que causa el aborto, pues sólo desde allí se podrá alcanzar el perdón y la paz. Este proceso se logra con la ayuda de profesionales capacitados, y a través de un enfoque de acogida, comprensión y confidencialidad, que busca facilitar el encuentro de la madre y/o el padre con ese hijo que fue víctima de un aborto.

2.- Internacional: Rachel's Vineyard

Rachel's Vineyard en Estados Unidos es organización dirigida por Theresa y Kevin Burke quienes en su labor como servidores de "Priests for life" comenzaron a ayudar a las mujeres que han pasado por un aborto inducido o natural, en forma de terapias de fin de semana de estilo retiro emocional y pastoral. En 1994, Rachel's Vineyard se publicó por primera vez. Fue un modelo único de grupo de apoyo para consejeros, que ofreció una experiencia emocional muy concreta para las mujeres que lamentaban la pérdida de sus hijos abortados. En este modelo de terapia, ayudan a las mujeres y hombres a superar los efectos postaborto mediante apostolado y psicólogos; los cuales buscan ayudar a la mujer a entender la dimensión del aborto y ofrecer herramientas para que puedan sentirse perdonadas, con ello continuar su vida teniendo en cuenta esta experiencia dolorosa. Recientemente algunas mujeres han comenzado a dar su testimonio de como los efectos postaborto destruyeron sus vidas (laboral, conyugal y familiar) y de la necesidad de hablar de estos temas. Hoy en día, Rachel's Vineyard ha crecido a más de 1000 retiros anuales, celebrados en 49 estados de los Estados Unidos y 70 países, con muchos sitios nuevos en desarrollo.

CAPITULO III

A3) Análisis conceptual

Los conceptos que se utilizan en este proyecto son “Vida” y “Esperanza” debido a que es un proyecto enfocado a dos grandes dimensiones del problema principal, que justamente son la vida como una capacidad y la esperanza como un anhelo a la paz personal. Como existen diferentes formas de entenderse, definimos como:

Vida: Para la biología, la vida es la capacidad de nacer, crecer, reproducirse y morir. En este sentido, la vida es aquello que distingue a hombres, animales y plantas, por ejemplo, de los objetos inanimados. ⁽²⁵⁾ Por lo que podemos afirmar que el concebido cuenta con la capacidad de ser considerado vivo, por ende ser sujeto parte del proyecto.

Esperanza: La esperanza es el estado de ánimo en el cual se cree que aquello que uno desea o pretende es posible. Ya sea a partir de un sustento lógico o en base a la fe. ⁽²⁶⁾

Estos conceptos de forma asociada vienen a complementarse con la idea propia del proyecto y la solución planteada para esta problemática. Estos conceptos son precisos para poder tratar con los actores pues la vida es una característica que se ausenta en la mujer que aborta y la esperanza es la búsqueda de esta mujer por saldar sus errores, en este caso ayudando a la prevención y creación de conciencia sobre el aborto en mujeres en situación de riesgo. Así mismo se reflejan en la mujer en situación de riesgo como conceptos positivos, toda persona humana busca una vida donde tomar las mejores decisiones para sí misma, por lo que se les da una esperanza para lograr ello con respecto a este tema tan polémico y coyuntural que es el aborto y los efectos postaborto.

25.- Pérez Porto, Julián; Merino, María (2010) "Actualizado: 2013 Definiciones: Definición de vida"

26.- Pérez Porto, Julián; Gardey, Ana. (2010) "Actualizado: 2014 Definiciones: Definición de esperanza"

transmitan el mismo concepto de vida y esperanza. Para finalizar tenemos algunas aplicaciones de trabajo donde ya se han usado paletas de colores similares y han sido un éxito al momento de transmitir estos conceptos.

C3) Público Objetivo

El público objetivo son las mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad en los sectores socio económicos “C”, “D” y “E”, que es justamente donde ocurren el 80% de los abortos clandestinos en el Perú. Estas mujeres están finalizando la secundaria (4° de secundaria y 5° de secundaria) o iniciando sus estudios universitarios, en un rango de edad entre los 14 y 20 años pertenecientes a la generación “Z”, cuyas familias se encuentran en situación de pobreza y/o escasez de recursos, existe la falta de apoyo paternal y en muchos casos violencia familiar. Se ve ante una sociedad cómo la peruana donde las mujeres tienen un inicio temprano en las relaciones sexuales y poca o nulo conocimiento sobre educación sexual. Son nativas de la tecnología, poseen un alto consumo de redes sociales tales como Facebook, Instagram y Whatsapp. Normalmente este público objetivo carece de una religión exacta pues al ser considerado adolescente se ven coaccionadas en su mayoría por sus padres o los compañeros a profesar una fe, en este caso la católica, por lo que no se le puede adjudicar una religión exacta. Al ser también menores de edad podemos afirmar dentro de la materia legal que no trabajan, sin embargo la realidad que les apremia obliga a muchas de ellas a realizar trabajos cómo la venta de productos (ya sea en tienda o de forma ambulante), ayuda en el trabajo de los padres, servicios cómo la limpieza de autos, etc.

D3) Proyecto de diseño

El proyecto consiste en poder ayudar a las mujeres que están recuperándose de los efectos postaborto para que se sientan libres de contar su experiencia al público objetivo mediante una carta o texto de manera anónima o pública conforme ella desee; dándoles una plataforma para que puedan escribir su experiencia y sea compartida por la página de “Talleres por la Vida” y compartida en los talleres físicos. Estos talleres físicos buscan brindar información sobre la realidad del aborto y de los efectos postaborto, donde se detalle las consecuencias de las que nadie habla, para que puedan ser conscientes de las consecuencias que esta decisión trae a la mujer y puedan informarse acerca de la defensa de la vida desde la concepción. Para finalizar

este taller se realizara un mural conmemorativo acerca del concebido donde los oyentes del taller formen parte de forma lúdica y dejen su huella en la pared como un compromiso de conciencia acerca de este tema tan polémico. Esta forma de transmitir esta investigación es la más adecuada debido a que se presenta como una información tangible a través de los testimonios anónimos o públicos de mujeres que ya han pasado por situaciones similares a ellas o que lo estén pasado en ese preciso momento, creando así un ambiente de empatía con respecto a estas, donde las mujeres del público objetivo sentirán que deben prevenir en ciertos sentidos para evitar pasar por la misma experiencia. Así como el mural dejado cómo testimonio y recordatorio para las chicas que dentro de su vulnerabilidad puedan quedar embarazadas, consideren estas consecuencias y la realidad del aborto y de los efectos postaborto al momento de tomar su decisión. Como un objetivo secundario de este proyecto agregamos la idea de poder dar a la mujer que atraviesa o atravesó los efectos postaborto, una nueva oportunidad para que sienta que sirve a una causa positiva y brindarles un nuevo espacio para ser escuchadas y con ello sanar, así como darles un espacio para que conozcan que pueden ser ayudadas por profesionales dentro de “Proyecto Esperanza” y “Talleres por la Vida”

E3) Diseño de la Comunicación

Para llegar al público objetivo y comunicarles esta campaña, se recurrirá a las redes sociales, a un taller en su espacio de estudio y a un mural en su mismo espacio de estudio, para que puedan tener acceso a la información y al mensaje. Debido a que las redes sociales no caducan, y que el mural formara parte del espacio cotidiano de nuestro público objetivo, aseguramos la que el mensaje perdure en el tiempo y sea recordado. Las etapas del proyecto son dos, las cuales consisten en:

Etapa 1”La plataforma digital”: Lanzamiento de la página de Facebook “Talleres por la Vida” con una serie de infografías acerca del aborto, de los efectos postaborto y el negocio del aborto. Las cuáles serán compartidas por redes que ya desempeñen con anterioridad temas referentes a estos. Así mismo como compartir algunas experiencias ya recolectadas por “Proyecto Esperanza” (trabajo en conjunto) Además se abrirá en los mensajes de la página un “Buzón anónimo” donde recibiremos las experiencias de las mujeres que sufren o han sufrido de los efectos postaborto dándoles así un espacio para ser escuchadas y puedan saber que existen

herramientas para poder ayudarles. Estos testimonios se publicarán de manera anónima o pública (según la mujer desee) en la página de “Talleres por la Vida” conforme vayan llegando. Estos mismos serán leídos en los talleres físicos.

Etapa 2 “Implementación talleres por la vida”: Donde se dictara el taller (siempre en conjunto con una institución educativa, una parroquia o albergue adolescente) de forma presencial con el equipo de “Proyecto Esperanza” y voluntarias que estén dispuestas a contar su experiencia (de no tener alguna voluntaria pasaremos a usar los vídeos que se preparó para “Proyecto Esperanza”). Posterior al taller se entregara un panfleto con la información general de lo explicado en el taller a manera de resumen, el panfleto también incluirá una historia previamente contada a modo de poder dar otra experiencia al público objetivo. Se pasara a finalizar el taller con el mural realizado por todos los participantes, quienes dejaran sus huellas en el mural a modo de compromiso.

F3) Marca del proyecto

“Talleres por la Vida” nace como una nueva iniciativa que busca concientizar en zonas de riesgo, donde las adolescentes carecen de información real, acerca de todo lo que el aborto abarca y trae como consecuencia. El nombre proviene del enfoque que se busca a dar a estos talleres, los cuales serán enfocados en una perspectiva de defensa de la vida del concebido, defensa de la vida de la madre y defensa de la mujer que ha sufrido o sufre los efectos postaborto reinsertando su vida a la sociedad. Los conceptos base de este proyecto son la Vida y la Esperanza.

Por lo que dentro de “Talleres por la vida” se entiende como vida, por la defensa de la vida del concebido así como la de la mujer. Desde la evidencia de la realidad del aborto y los efectos postaborto en el concebido y la mujer. Y como esperanza para las mujeres que sufren o han sufrido de los efectos postaborto para poder volver a la sociedad con aportes positivos que formen parte de su sentimiento de liberación.

La unión de estos conceptos nos da un amplio espectro de trabajo con el cual se busca solucionar diversos problemas que el aborto y los efectos postaborto traen consigo. Se puede enfocar conforme a la necesidad del actor y su situación real en el ambiente que le rodea permitiéndole tener diferentes herramientas conforme lo

necesite para cumplir con sus objetivos. Por lo cual estos conceptos engloban de forma pertinente la idea de realización expuesta con anterioridad.

“Talleres por la Vida” también se expresa como una nueva oportunidad (esperanza de una vida nueva) tanto para las mujeres que sufren o han sufrido los efectos postaborto; como para la vida de la mujer que pese a su situación de riesgo pueda optar por un camino diferente al aborto.

El resultado de todo esto se plasma en el isotipo, el cual goza de diferentes figuras que aluden estas situaciones de la mujer y su esperanza en una nueva vida, no únicamente como una madre embarazada, sino como una conexión con el hijo abortado reflejado en las mujeres en situación de riesgo. Estas figuras son Figura 1 Madre embarazada: Recordando que la vida se forma desde la concepción y que existen dos vidas durante el embarazo, la de la madre y la del concebido. Permitiendo con ello reforzar la idea de lo que se pierde al momento de un aborto y con ello las consecuencias que acarrea.

Figura 2 Madre tomada de brazos con su hijo: Usando la idea del reencuentro esperado con la paz, en el caso de la mujer que ha sufrido o sufre de los efectos postaborto, el anhelo y la esperanza de poder vivir la experiencia del disfrute con el hijo perdido.

Figura 3 Ojo con lágrima: Al voltear el isotipo encontramos un ojo al que se le escapa una lágrima, evidenciando de manera sutil el sufrimiento y la realidad del aborto con sus consecuencias en una mujer.

El logotipo es simple y directo donde claramente se puede leer “Talleres por la Vida” permitiendo así al público objetivo identificar claramente el nombre del proyecto.

El logotipo finalmente cuenta con un descriptor “hablemos de aborto” con el cual dejamos claramente que el fin de este taller es tocar las partes más sensibles y muchas veces negadas u ocultadas del aborto en la mujer. Este descriptor a su vez permite entender que en “Talleres por la Vida” se hablara de manera objetiva y precisa al ser corta y puntal.



Figura 2. Logotipo final del proyecto

E3) Diseño

Los colores celeste y rosa utilizados en el logotipo de “Talleres por la Vida” forman parte ya de la identidad adjudicada a defensores de la vida del concebido, como ejemplo tenemos a “La ola celeste” en América Latina, “Marcha por la Vida” en el Perú; con ello entramos rápidamente posicionados como un proyecto con una idea más acercada a estos pensamientos. Por lo que se encuentran en la mayoría de las piezas graficas utilizadas en el proyecto.

Así mismo la gráfica a usar se presentara con imágenes no fuertes, sino que al contrario se usara a los vectores y a la pintura como los principales medios de trabajo gráfico, puesto que facilita en gran medida el dibujo, permite hablar de un tema tan crudo de mejor forma. En el caso de la pintura, será enfocada a poder ser visible en el mural a intervenir, contando con diferentes tramados y un objeto principal, que en primer lugar, será la implementación de la figura de un concebido ya desarrollado dentro del vientre materno, acompañado en su alrededor de las huellas de las manos de todos los participantes.



Figura 3. Mural final del proyecto

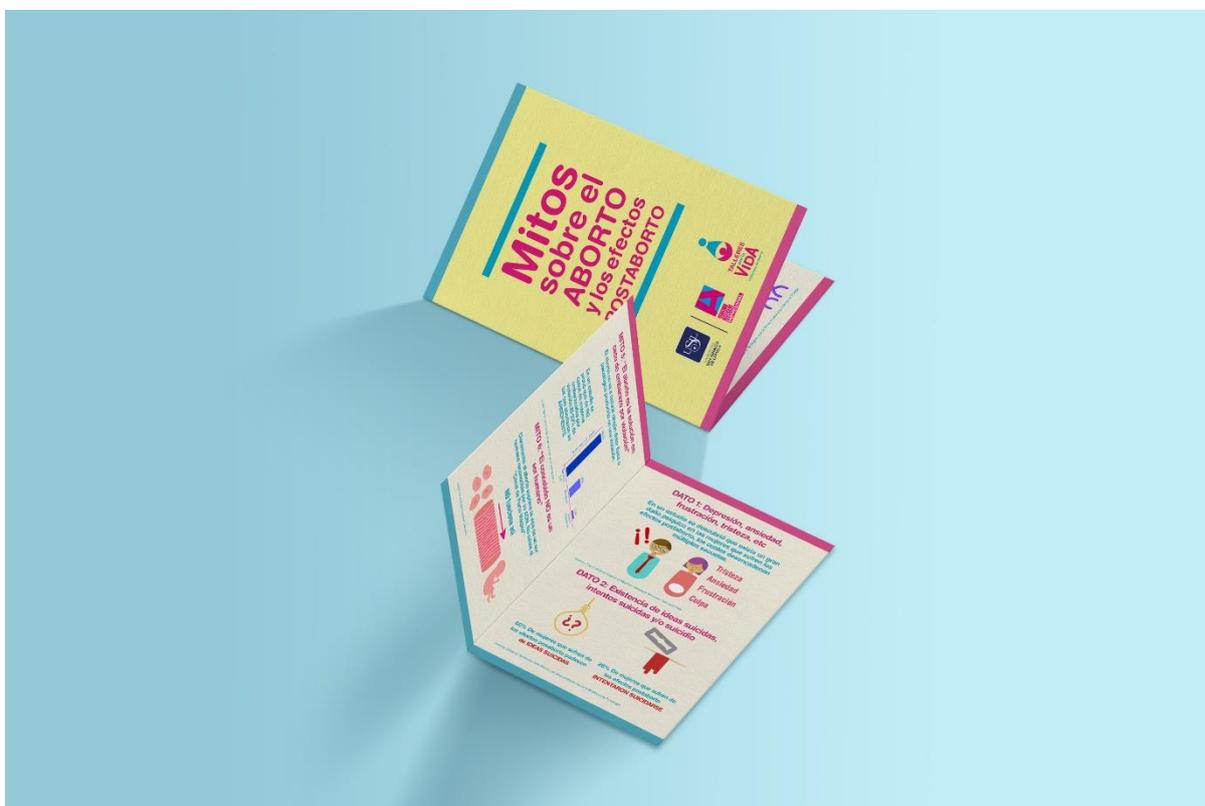


Figura 4. Resumen gráfico - "Mitos sobre el aborto y los efectos postaborto"

Conclusiones y recomendaciones

- * El aborto en toda su historia nunca ha mostrado tener un carácter o efecto terapéutico en las mujeres.
- * Efectivamente los efectos post aborto existen y no solo lo sufren aquellas mujeres que pasan por un aborto, inducido o natural, sino que la viven todas las personas cercanas relacionadas con el mismo.
- * El aborto se muestra como un factor de riesgo que puede predisponer problemas de salud mental.
- * Existen riesgos reales y tangentes relacionados con el aborto, de los que se debe informar de manera oportuna a toda mujer que considere abortar.
- * El aborto no es un tema fácil de tratar y trabajar, sin embargo este no es motivo alguno para no narrar la realidad que acontece este mismo, por lo que se recomienda informar de forma completa a toda mujer que desee abortar acerca de todos estos efectos presentes.
- * Se ha podido demostrar con diversos casos que el “aborto terapéutico” no ha dado resultados en ningún caso por los que se propone, por lo que el mismo no borra el trauma ya generado (sea el caso de la violación), sino que por el contrario agrega un nuevo trauma en la mujer.

Bibliografía

- 1.-Agencia peruana de Noticias Andina (2013) “Unos 4,500 abortos espontáneos se registran cada año en la ex Maternidad de Lima”.
- 2.-Carmen Gómez Lavín (1994) “Cuadernos de bioética: Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer”
- 3.-Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex) e Instituto de Opinión Pública (IOP –PUCP) (2018) “El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú”.
- 4.-Código Penal Peruano
 - (1924) Ley N° 48681 promulgada en 1924 artículos 159° a 164°: el aborto propio, el aborto terapéutico y el aborto preterintencional.
 - (1991) Decreto Legislativo No. 635, sobre el Código Penal en su Artículo No. 120
 - (2019), Artículo N° 119 (1991 última modificación del artículo)
- 5.-Congreso de la República
 - (2014) Proyecto de Ley No. 3839/2014-IC “Proyecto de Ley que despenaliza el aborto en los casos de embarazos a consecuencia de una violación sexual, inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentidas”
 - (2014 – 2015) “Comisión de Justicia y Derechos Humanos, PREDICTAMEN DE LA COMISIÓN DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS recaído en el Proyecto de Ley 3839/2014-IC, mediante el cual se propone la Ley que despenaliza el aborto de casos embarazos a consecuencia de una violación sexual, inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentidas”.
- 6.-Coleman, P.K. (2011) “Abortion and Mental Health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009” The British Journal of Psychiatry 199, 2011, 180-186.
- 7.-Definición Legal Blogspot: Concepto jurídico del aborto o delito de aborto
- 8.-Díaz Colchado, Juan Carlos; Ramírez Huaroto, Juan Carlos (2013) “El Aborto y los Derechos Fundamentales, despenalización del aborto”

9.-Dr. Hernández Soto, Pedro Antonio y Dr. Villarreal Casate, Reinaldo Enrique (2015) "MEDISAN: Algunas especificidades en torno a la conducta suicida"

10.-Dr. Luyando Joo, Pavlusha (2010) "El síndrome post aborto (spa) como variante del estrés postraumático, sus consecuencias en el sistema inmunológico y en el psiquismo de la persona"

11.-El Prado Psicólogos (Madrid)

- "Cómo superar la depresión con tratamiento psicológico"

- "El trastorno adaptativo: cuando las circunstancias nos desbordan emocionalmente"

- "Distimia: Qué es, causas, síntomas y tratamiento del trastorno distímico"

12.-Fernández JM. Bioética (2008) "El Síndrome Post Aborto: un acercamiento desde la Bioética y la Psicología".

13.-Gardner y Merenstein (1985) "Handbook of neonatal Intensive Care, St. Louis".

14.-Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. (1996) "Suicides after pregnancy in Finland: 1987-1994: British Medical Journal"

15.-Gómez-Gutiérrez, S.; Larrañaga, C. (2009) "Hemorragia en la gestación". An Sist Sanit Navar, 32(Supl.1), 81-90.

16.-J. Rogers y G. Stoms "Psychological Impact of Abortion: Methodological and Outcomes Summary of Empirical Research Between 1966 and 1988"

17.-Mulens, I. (2009) "Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el aborto espontáneo".

18.-Organización Mundial de la Salud (OMS)

- (2002) Factores de riesgo "Informe sobre la salud en el mundo"

- (2014) Boletín de la Organización Mundial de la Salud "Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS"

19.-Pérez Porto, Julián; Merino, María (2010) "Actualizado: 2013 Definiciones: Definición de vida"

20.-Pérez Porto, Julián; Gardey, Ana. (2010) “Actualizado: 2014 Definiciones: Definición de esperanza”

21.- Planned Parenthood “¿Qué es un aborto espontáneo?”

22.-Resolución Ministerial No. 486-2014-MINSA (2014) “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal mediante la Resolución Ministerial No. 486-2014-MINSA”

23.-Ruiz, E.; Robles, V. (2004) “Niños de riesgo. Programas de atención temprana”.

24.-Salinas B. (2002) “Derecho, género e infancia UNIFEM, UNICEF”

25.-Sigmund Freud (1917) “Duelo y melancolía”

26.-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

- (1985) Comisión de bioética de la Sociedad Española de ginecología y Obstetricia, Ley orgánica

- (2013) Tratado de ginecología y obstetricia

27.-Swanson, K.; Connor, S. & Jolley, S. (2007) “Contexts and evolution of women’s responses to miscarriage during the first year after loss”. Research in nursing and health, 30, 2-16.

Anexos

I: Pruebas realizadas a las Mujeres que participan de “Proyecto Esperanza”

- *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT).*

ESCALA DE G S TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

NOMBRE: _____ DAD: _____ FECHA: _____

Ha vivido algún suceso traumático: _____ ¿Cuál? _____

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?: _____

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: _____

Instrucciones: Colóquense en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA 1: UNAVEZ POR SEMANA O MENOS/POCO 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE 3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO
--

R

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? _____

2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? _____

3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? _____

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____

5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____

E

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? _____

2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? _____

3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? _____

4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? _____

5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? _____

6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? _____

7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? _____

AA

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? _____

2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? _____

3. ¿Tiene dificultades de concentración? _____

4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? _____

5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? _____

Escala complementaria

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo _____

Dolores de cabeza _____

Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) _____

Dolor o malestar en el pecho _____

Sudoración _____

Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo _____

Náuseas o malestar abdominal _____

Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad _____

Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias) _____

Sofocos y escalofríos _____

Temblores o estremecimientos _____

Miedo a morir _____

Miedo a volverse loco o a perder el control _____

Puntaje R _____ (5) E _____ (6) AA _____ (4) Puntaje Global TSPT _____

Síntomas R _____ (1) E _____ (3) AA _____ (2) TEPT _____

Agudo(1-3 meses) _____ Crónico (> 3 meses) _____ Con inicio demorado _____

- *Inventario de Depresión de Beck.*

Inventario de Beck

Describe cómo se ha sentido desde la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección y marque una.

A	0 no me siento triste 1 me siento triste 2 estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer 3 estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar	L	0 no he perdido el interés en otra gente 1 estoy menos interesado (a) en otra gente que antes 2 he perdido mi interés en otra gente 3 he perdido todo mi interés en otra gente
B	0 no estoy particularmente desilusionado(a) del futuro 1 estoy desilusionado (a) del futuro 2 siento que no tengo perspectiva del futuro 3 siento que el futuro es desesperanzador y que nada Cambiará	M	0 tomo decisiones igual que siempre 1 evito tomar mas decisiones que antes 2 tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora 3 no puedo tomar decisiones por completo
C	0 no siento que fallé 1 siento que fallé más que una persona normal 2 siento que existen muchas fallas en mi pasado 3 siento una falla completa como persona	N	0 no siento que me vea peor que antes 1 me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo 2 siento que existen cambios permanentes en mi que me hacen lucir feo(a) 3 creo que me veo feo(a)
D	0 tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre 1 no disfruto de las cosas como antes 2 no encuentro satisfacción real de nada 3 estoy insatisfecha o aburrido de todo	O	0 Puedo trabajar tan bien como antes 1 me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo 2 tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo 3 no puedo hacer nada
E	0 no me siento particularmente culpable 1 me siento culpable buena parte del tiempo 2 me siento muy culpable la mayor parte del tiempo 3 me siento culpable todo el tiempo	P	0 puedo dormir tan bien como siempre 1 no puedo dormir tan bien como antes 2 me despierto 1 o 2 horas mas temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir 3 me despierto varias horas mas temprano de lo usual y no puedo volver a dormir
F	0 no siento que he sido castigado 1 siento que podría ser castigado 2 espero ser castigado (a) 3 siento que he sido castigado (a)	Q	0 no me canso mas de lo usual 1 me canso mas fácil que antes 2 me canso de hacer casi cualquier cosa 3 me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa
G	0 no me siento desilusionad0 (a) de mi 1 estoy desilusionado (a) de mi 2 estoy disgustado (a) conmigo 3 me odio	R	0 mi apetito es igual que lo usual 1 mi apetito no es tan bueno como antes 2 mi apetito no es mucho mas peor ahora 3 no tengo nada de apetito
H	0 no me siento peor que nadie 1 me critico por mi debilidad o por mis errores 2 me culpo todo el tiempo por mis faltas 3 me culpo por todo lo malo que sucede	S	0 no he perdido peso 1 he perdido mas de 2.5 Kg. 2 he perdido más de 5 Kg. 3 he perdido mas de 7.5 Kg. He intentado perder peso comiendo menos SI()NO()
I	0 no tengo pensamiento de suicidarme 1 tengo pensamiento de muerte, pero los realizaría 2 me gustaría matarme 3 me mataría si pudiera	T	0 no estoy mas preocupado(a) por mi salud que antes 1 estoy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas 2 estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil penar en otras cosas 3 estoy tan preocupad(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada mas
J	0 no lloro más de lo usual 1 lloro más que antes 2 lloro ahora todo el tiempo 3 podía llorar antes pero ahora, aunque quiera no puedo	U	0 no he notado cambios en mi interés por el sexo 1 estoy menos interesado(a) en el sexo que antes 2 estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora 3 He perdido completamente en interés en el sexo
K	0 no soy mas irritable de lo que era antes 1 me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes 2 me siento irritado (a) todo el tiempo 3 no me irrito ahora por las cosas que antes si		

- Percepción en la Calidad de Vida e Índice de calidad de vida.

Ferrans and Powers
CALIDAD INDICE DE VIDA®
VERSIÓN GENERAL - III

PART 1. Para cada pregunta, por favor escoja la respuesta que mejor describe qué tan satisfecho(a) o contento(a) está usted con ese aspecto de su vida. Por favor marque su respuesta con un círculo alrededor del número. No hay respuestas correctas o incorrectas.

¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON:	Muy Descontento	Moderadamente Descontento	Un Poco Descontento	Un Poco Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Muy Satisfecho
1. Su salud?	1	2	3	4	5	6
2. Los servicios médicos que está recibiendo?	1	2	3	4	5	6
3. La cantidad de dolor que tiene?	1	2	3	4	5	6
4. La cantidad de energía que tiene para realizar las actividades diarias?	1	2	3	4	5	6
5. Su capacidad de cuidarse sin ayuda?	1	2	3	4	5	6
6. El control que tiene sobre su vida?	1	2	3	4	5	6
7. Sus posibilidades de vivir hasta la edad que quisiera?	1	2	3	4	5	6
8. La salud de su familia?	1	2	3	4	5	6
9. Sus hijos?	1	2	3	4	5	6
10. La felicidad de su familia?	1	2	3	4	5	6
11. Su vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Su esposo(a), amante, o pareja?	1	2	3	4	5	6
13. Sus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. El apoyo emocional que recibe de su familia?	1	2	3	4	5	6
15. El apoyo emocional que recibe de personas que no son su familia?	1	2	3	4	5	6
16. Su capacidad de cumplir con sus responsabilidades de familia?	1	2	3	4	5	6

¿QUÉ TAN SATISFECHO (A) ESTÁ USTED CON:	Muy Descontento	Moderadamente Descontento	Un Poco Descontento	Un Poco Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Muy Satisfecho
17. Lo útil que es para otras personas?	1	2	3	4	5	6
18. La cantidad de preocupaciones en su vida?	1	2	3	4	5	6
19. Su barrio?	1	2	3	4	5	6
20. Su casa, apartamento, o el lugar donde vive?	1	2	3	4	5	6
21. Su trabajo (si tiene empleo)?	1	2	3	4	5	6
22. No tener un trabajo (si no tiene empleo, está jubilado o incapacitado) ?	1	2	3	4	5	6
23. Su educación?	1	2	3	4	5	6
24. Su manera de manejar sus necesidades económicas?	1	2	3	4	5	6
25. Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	4	5	6
26. Sus posibilidades para un futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Su tranquilidad consigo mismo?	1	2	3	4	5	6
28. Su fe en Dios?	1	2	3	4	5	6
29. Los logros de sus metas personales?	1	2	3	4	5	6
30. Su felicidad en general?	1	2	3	4	5	6
31. Su vida en general?	1	2	3	4	5	6
32. Su apariencia personal?	1	2	3	4	5	6
33. Consigo mismo ?	1	2	3	4	5	6

PART 2. Para cada pregunta, por favor escoja la respuesta que mejor describe qué tan importante es ese aspecto de su vida. Por favor marque su respuesta con un círculo alrededor del número. No hay respuestas correctas o incorrectas.

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED:	Sin Ninguna Importancia	Moderadamente Sin-Importancia	Un Poco Sin-Importancia	Un Poco Importante	Moderadamente Importante	Muy Importante
1. Su salud?	1	2	3	4	5	6
2. Sus servicios médicos?	1	2	3	4	5	6
3. Tener nada de dolor?	1	2	3	4	5	6
4. Tener la energía para realizar las actividades diarias?	1	2	3	4	5	6
5. Poder cuidarse sin ayuda?	1	2	3	4	5	6
6. Tener control sobre su vida?	1	2	3	4	5	6
7. Vivir hasta la edad que quisiera?	1	2	3	4	5	6
8. La salud de su familia?	1	2	3	4	5	6
9. Sus hijos?	1	2	3	4	5	6
10. La felicidad de su familia?	1	2	3	4	5	6
11. Su vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Su esposo(a), amante, o pareja?	1	2	3	4	5	6
13. Sus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. El apoyo emocional de su familia?	1	2	3	4	5	6
15. El apoyo emocional de personas que no son su familia?	1	2	3	4	5	6
16. Cumplir con sus responsabilidades de familia?	1	2	3	4	5	6
17. Ser útil para otras personas?	1	2	3	4	5	6

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED:	Sin Ninguna Importancia	Moderadamente Sin-Importancia	Un Poco Sin-Importancia	Un Poco Importante	Moderadamente Importante	Muy Importante
18. Tener nada de preocupaciones?	1	2	3	4	5	6
19. Su barrio?	1	2	3	4	5	6
20. Su casa, apartamento, o el lugar donde vive?	1	2	3	4	5	6
21. Su trabajo (si tiene empleo)?	1	2	3	4	5	6
22. Tener un trabajo (si no tiene empleo, está jubilado, o incapacitado)?	1	2	3	4	5	6
23. Su educación?	1	2	3	4	5	6
24. Poder manejar sus necesidades económicas?	1	2	3	4	5	6
25. Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	4	5	6
26. Tener un futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sentir tranquilidad consigo mismo?	1	2	3	4	5	6
28. Su fe en Dios?	1	2	3	4	5	6
29. Lograr sus metas personales?	1	2	3	4	5	6
30. Su felicidad en general?	1	2	3	4	5	6
31. Estar satisfecho (a) con su vida en general?	1	2	3	4	5	6
32. Su apariencia personal?	1	2	3	4	5	6
33. Para si mismo? Usted mismo?	1	2	3	4	5	6

II: Encuestas realizadas a participantes de “Talleres por la vVda” – Charla sobre la realidad del aborto”

* Encuesta padres

-Nombres del padres o tutores que participaron del taller vía zoom

Nombre del Padre o tutor

7 respuestas

Sonia Reyna Sánchez

Karla Arenas

Cecilia Romero

carmen quiñones carrasco

Luz Monteza Rojas

Maria Luisa Vivar Pinares

Guillermo Alcantara Ravelo

-Edades del padres o tutores que participaron del taller vía zoom

Edad

7 respuestas

43

49

47

42

16

53

62

-Nombres del padre o tutor que participo del taller vía zoom

-Distrito de procedencia del padre o tutor que participo del taller vía zoom

Distrito en el que vive

7 respuestas

Ventanilla
ATE
Mi Perú
lima
Ventanilla
Lince
Lince

-Preguntas realizadas a los padres referentes al taller

Pregunta N°1

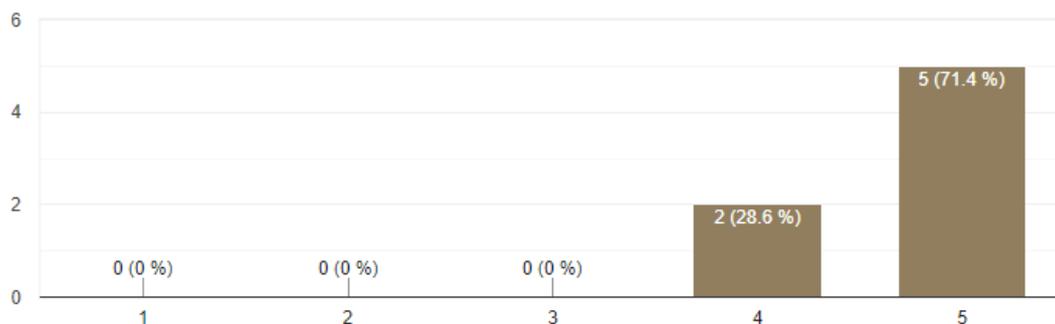
¿Considera que este taller absuelve sus dudas sobre la realidad del aborto? *

No 1 2 3 4 5 Sí, absolutamente

¿Considera que este taller absuelve sus dudas sobre la realidad del aborto?



7 respuestas



Pregunta N°2

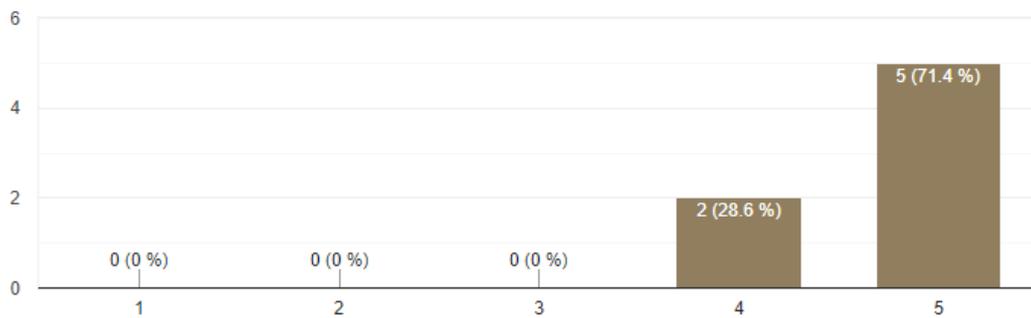
¿Considera la Información dada en este taller como relevante? *

1 2 3 4 5

No, es poco relevante Sí, es muy relevante

¿Considera la Información dada en este taller como relevante?

7 respuestas



Pregunta N°3

Si pudiera cambiar alguna parte del taller ¿Cuál sería y por qué?

7 respuestas

- Nada, está bien.
- La haría un poco más didáctica
- Una mejor calidad de videos ya que en esa parte no comprendi muy bien
- Todas las partes estuvieron claras
- Que haya mas videos
- Las imágenes de sangre
- El audio del video y en general excelente todo

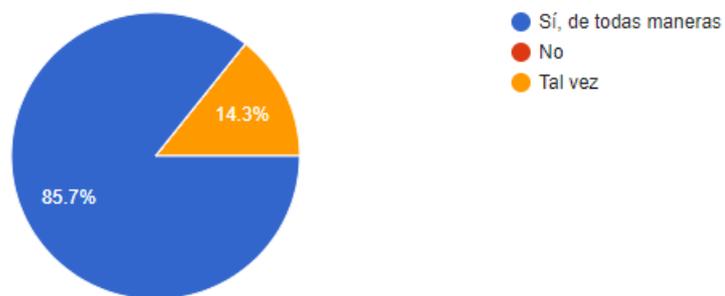
Pregunta N° 4

¿Considera que hablando sobre los verdaderos riesgos sobre el aborto, los adolescentes puedan tomar conciencia sobre dicho tema? *

- Sí, de todas maneras
- No
- Tal vez

¿Considera que hablando sobre los verdaderos riesgos sobre el aborto, los adolescentes puedan tomar conciencia sobre dicho tema?

7 respuestas

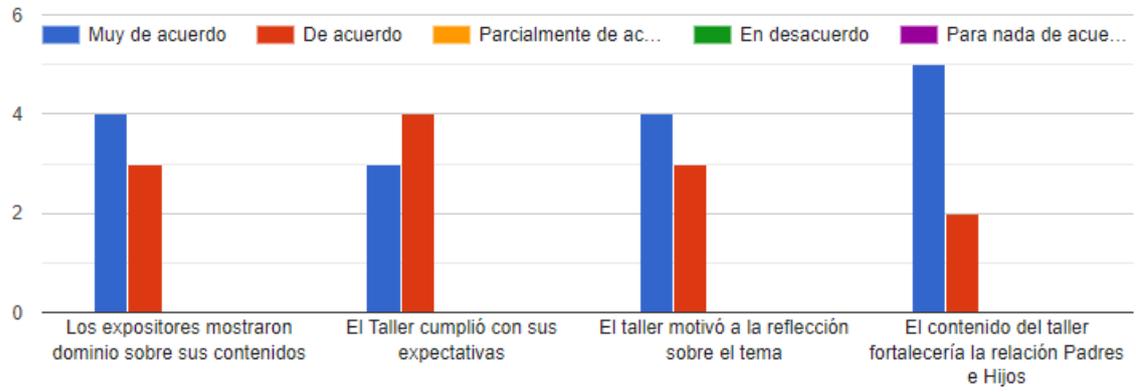


Pregunta N°5

Sírvase evaluar cada una de las siguientes afirmaciones sobre el taller dictado *

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Parcialmente d...	En desacuerdo	Para nada de a...
Los expositore...	<input type="radio"/>				
El Taller cumpli...	<input type="radio"/>				
El taller motivó ...	<input type="radio"/>				
El contenido de...	<input type="radio"/>				

Sírvase evaluar cada una de las siguientes afirmaciones sobre el taller dictado



* Encuesta adolescentes 15- 17

-Nombres del adolescente que participaron del taller vía zoom

Nombre

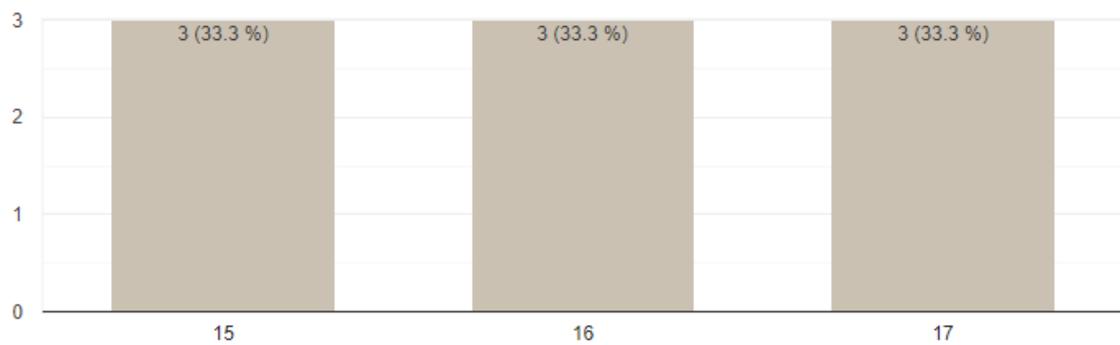
9 respuestas

Madian
Lucia
Rosalinda Copara
Kamila Carpio
Pierina
Raquel Alcántara
MARIA LAU
Alejandra Alcántara
Fatima colmenares

-Edades adolescentes que participaron del taller vía zoom

Edad

9 respuestas



* 3 adolescentes con 15 años

* 3 adolescentes con 16 años

* 3 adolescentes con 17 años

- Preguntas realizadas a los padres referentes al taller

Pregunta N°1

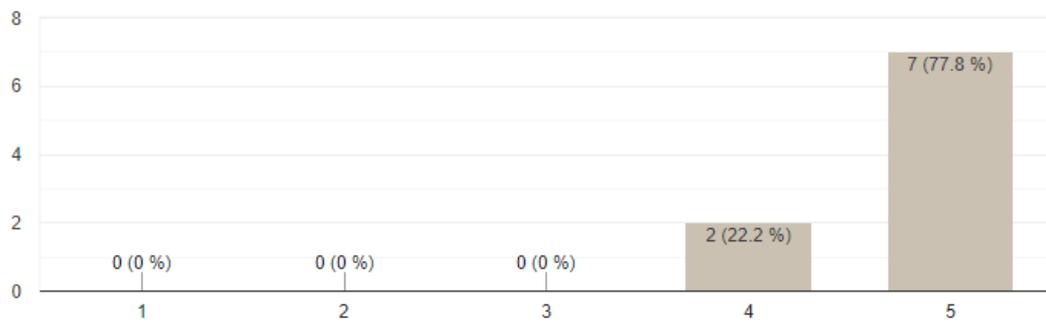
¿Cómo te ha parecido la charla?

*

Muy pobre 1 2 3 4 5 Exelente

¿Cómo te ha parecido la charla?

9 respuestas



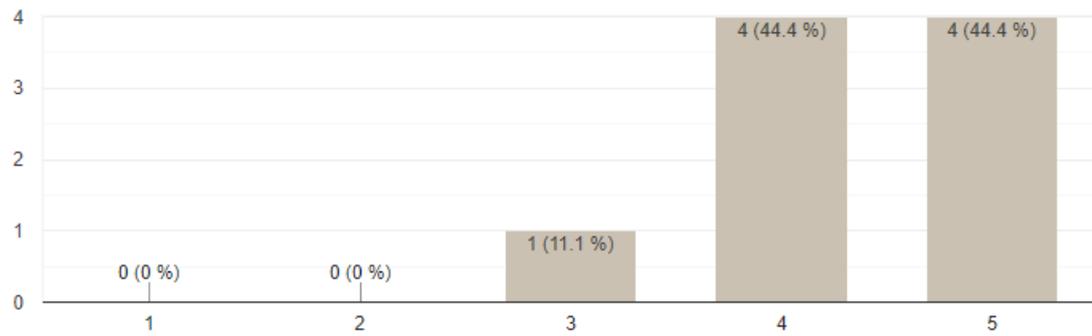
Pregunta N°2

¿Crees que este taller resuelve tus dudas sobre el tema?

Muy poco / Nada 1 2 3 4 5 Mucho / Todas

¿Crees que este taller resuelve tus dudas sobre el tema?

9 respuestas



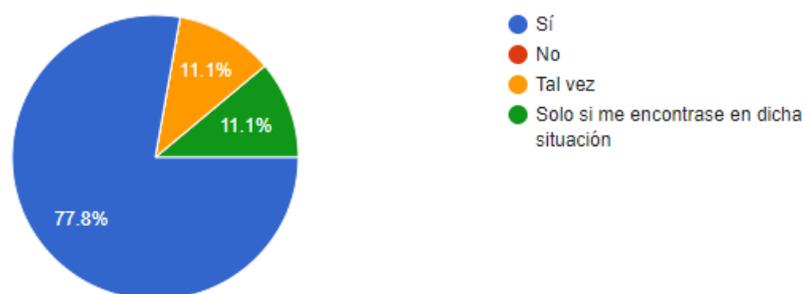
Pregunta N°3

Después de este taller ¿Hablarías con tus padres o tutores respecto al tema? *

- Sí
- No
- Tal vez
- Solo si me encontrase en dicha situación

Después de este taller ¿Hablarías con tus padres o tutores respecto al tema?

9 respuestas

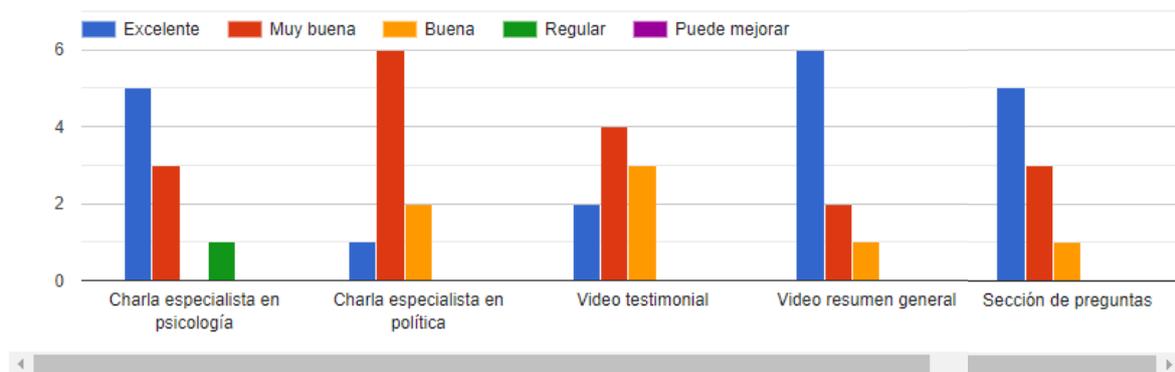


Pregunta N°4

¿Cuál crees que han sido las mejores partes del Taller? *

	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Puede mejorar
Charla especial...	<input type="radio"/>				
Charla especial...	<input type="radio"/>				
Video testimoni...	<input type="radio"/>				
Video resumen ...	<input type="radio"/>				
Sección de pre...	<input type="radio"/>				

¿Cuál crees que han sido las mejores partes del Taller?



Pregunta N°5

¿Qué otro tema te gustaría ver en un próximo taller?

9 respuestas

Las relaciones toxicas

Matrimonio

Tipos de familia y sus características

Suicidio

La menopausia

Sobre la pena de muerte

De drogas

Respecto a la homosexualidad

De las emociones

III: Juicio de Pares – Talleres por la Vida

1.- Recurso de opinión sobre: El status de vulnerabilidad en la mujer peruana a causa del aborto y acciones de intervención para su desagravio

Dra. Neldy Mendoza Flores

La secuencia de informes nacionales relativos a los objetivos de desarrollo del Milenio señala que, si bien el Perú es un país de ingresos medianos bajos, con un producto nacional bruto per cápita mayor a 2.140 dólares, el 54% de la población vive en la pobreza y el 24% en la pobreza extrema. La mayor parte de los pobres viven en barrios marginales con acceso a servicios sociales, pero que con frecuencia son de baja calidad. Tal situación nos remite inmediatamente a pensar que la pobreza material se asocia a la negligencia existencial, estilos de vida insalubre, dependencia afectiva mórbida, deterioro mental; afianzando comportamientos muy lesivos para el desarrollo humano.

Al respecto, los avances jurídicos - normativo en materia de igualdad y derechos humanos han tenido impacto limitado, la mayor problemática de la mujer peruana; como es la violencia, sigue afectando en todas las regiones y los grupos sociales. En este sentido la Comisión Nacional para la Elaboración de la *Guía de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional*¹ conformada para tal fin por Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 1201-2009-MP-FN1, integrado por profesionales psiquiatras, psicólogos y psicólogas del Instituto de Medicina Legal designados por la Jefatura Nacional; concluyeron que el aborto era un acto de grave - mayor violencia contra la mujer. Tomando en cuenta que los Estados tienen el deber de cumplir con cuatro obligaciones: la prevención, la investigación, la sanción y la reparación de las violaciones de los derechos humanos y evitar la impunidad² no podemos dejar de lado la generación de actividades que reparen el desagravio que ha provocado

¹ Vía Memorandum Múltiple N° 021-2008-MP-FN-IML/JN del 04 de abril del 2008, el Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal,

Dr. Luis Bromley Coloma, creo el Comité para la elaboración del Protocolo. Posteriormente, el Dr. Gino Dávila, Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal, ratificó la creación del Comité vía Memorandum Múltiple N° 061-2008-MP-FN-IML-JN de fecha 18 de diciembre del 2008.

² Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas. Washington DC. 2007. Párrafo 27.

vulnerabilidad progresiva y lesión en el plan de vida de una mujer; desde todos los ámbitos profesionales.

Para tal fin se requiere delimitar la población que germine el cambio y colabore con la recuperación de sus pares, familiares y ciudadanía en general, que pueda estar atravesando la misma problemática. En nuestro país hacia el último decenio, la tasa de fecundidad de las adolescentes no ha variado mucho. Alrededor del 13% de las adolescentes están o han estado embarazadas. Este porcentaje aumenta al 21,7% en las zonas rurales y al 36,9% en las adolescentes con niveles educativos más bajos. En los hospitales públicos, las adolescentes representan el 15,5% de los casos de emergencias obstétricas relacionadas con abortos. Las MEDIDAS PUESTAS EN MARCHA desde el área de salud, por resolución Ministerial Nro 195-2005/MINSA de fecha fue aprobar el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; a través del Documento Técnico: "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015"; SIN EMABARGO los resultados del mismo, son innegablemente defectuosos, la morbilidad, suicidios, maltrato, etc. Van en serio incremento, en el Perú, un tercio de las mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto tienen entre 15 y 25 años.³

El progreso, el ejercicio de derechos, la libertad y resurgimiento de la vulnerabilidad; en una sociedad circunscrita en medio de todas las implicaciones que genera el aborto, va en sentido inverso. Cada día son más las evidencias cuantitativas, fuertemente contrastadas de un riesgo para la salud psíquica de las mujeres que abortan voluntariamente. Estudios como el de Coleman⁴, demuestra, luego de un análisis durante 15 años, que las mujeres que se han sometido a un aborto han experimentado un 81% más de riesgo de problemas de salud mental, y casi un 10% de la incidencia de problemas de salud mental es atribuible al aborto. El riesgo, entre moderado y grave es especialmente alto en lo que se refiere a la conducta de adicción y al suicidio. El suicidio femenino es menos frecuente que el masculino y, en diversos países de muy distintas culturas, un porcentaje muy alto del total del suicidio femenino corresponde a mujeres que abortaron

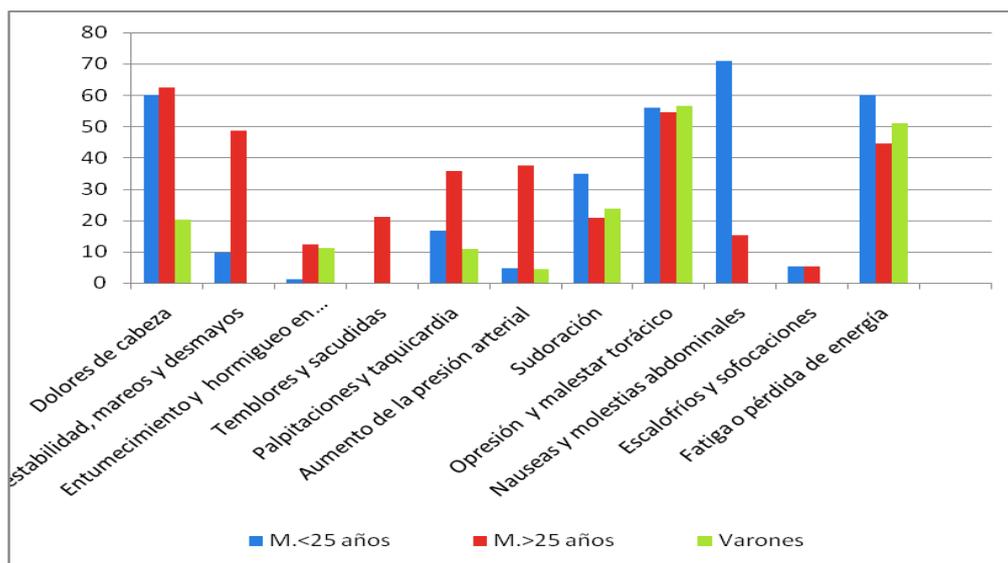
³ Bernstein S. *The State of World Population 2000: Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change*. New York, NY: United Nations Population Fund, 2015.

⁴ Coleman, P.K. "Abortion and Mental Health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009" *The British Journal of Psychiatry* 199, 2011, 180-186.

voluntariamente⁵. La literatura científica ha demostrado ampliamente que existe evidencia de que el aborto inducido es un alto factor de riesgo para:

- las mujeres con múltiples abortos (35,41% en el año 2010 en España).
- las mujeres que no desean abortar y lo hacen por presión de terceros
- las menores que abortan (12.71% menores de 19 años en el año 2010 en España).
- y las mujeres con problemas de salud mental previos, en las que el aborto precipita o agrava problemas preexistentes⁶.

Estos mismos hallazgos han sido corroborados por Proyecto Esperanza, entidad que desde hace 20 años trabaja con poblaciones de mujeres y varones con EPT (estrés post traumático) a causa de un aborto. Y precisamente, por tal nivel de experiencia se le reconoce con una Red de Centros Especializados en Asistencia e Investigación de los efectos del aborto inducido y espontáneo. Proyecto Esperanza a las referencias anteriores ha manifestado en numerosos foros que promueven el desarrollo de la mujer: “el aborto provoca daño irreversible en la vida total de una mujer, nunca será la solución ni fuente de bienestar para ella”. Estos son algunas de las secuelas adicionales:



⁵ Mota, N.P., Burnett, M., Sareen, J. "Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behavior in a nationally representative sample" *Can J. Psychiatry* 55, 2010, 239-247.

⁶ Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010) "Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2010" p. 14. Consultado el 5/03/2012: http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2010.pdf

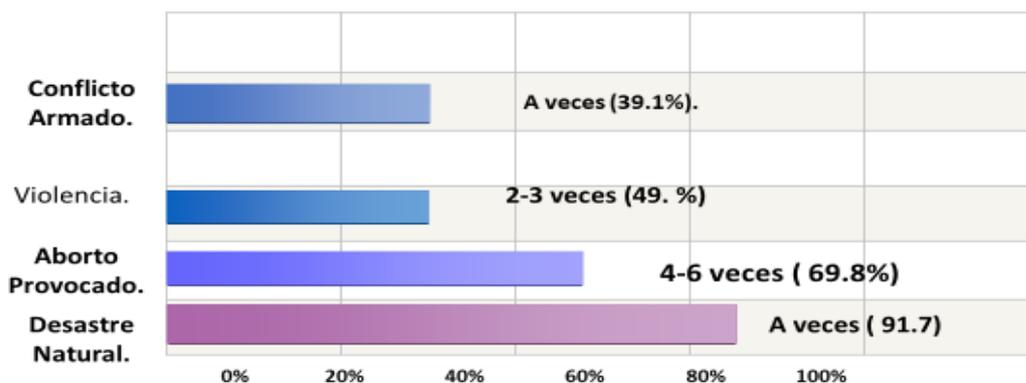
SINDROME DEL SOBREVIVIENTE AL ABORTO

I	Autocastigo	74 %
II	Actitudes negligentes con marcada indiferencia del cuidado de la salud, de la alimentación, de sus estudios y exposición al maltrato recurrente.	68%
III	Abulia afectiva	52%
IV	Dependencia emocional	84%

EFFECTOS PSICO EMOCIONALES

- Retraimiento, soledad, amargura, ANSIEDAD.
- Pérdida de confianza en la capacidad de tomar decisiones, baja autoestima.,
- Hostilidad, enojo y rabia: contra sí misma y los implicados.
- Conducta autodestructivas: puede recurrir a las drogas y al alcohol, para olvidar...
- Rechazo y ruptura con la pareja, se acaba la relación, por la culpa de ambos.
- Permite el abuso y maltrato.

ANÁLISIS COMPARATIVO – TEPT



POR TANTO :

1. Las estrategias nacionales para mejorar la salud sexual y reproductiva DEBEN monitorear, evaluar y replantear sus acciones. Se vienen trabajando acciones de barrera, reactivas pero no FORMATIVAS; las cuales si son efectivas porque la propia persona asume su vida.
2. Urge la instalación de comités preventivo – promocional en colegios, comunidades a manera de vigilancia ciudadana para garantizar conceptos de calidad en materia de salud reproductiva.
3. Requerimos programas y proyectos que preparen y distribuyan materiales de información, educación y comunicación sobre salud y derechos sexuales ADECUADOS con la edad y que contengan experiencias efectivas así como vivenciales.
4. Se debe incluir en los programas formativos para adolescentes, también a los demás integrantes de su grupo familiar, propiciando el diálogo y la apertura en función de una recta conciencia.
5. El estado de “vulnerabilidad” se afianza con la ignorancia y peor aún con la educación falsa/carente. Atendiendo a la normativa del MAIS y en el marco operacional de la OMS 2020 – 2021 “Año de la Promoción de la Salud”; todas las estrategias, dirigidas a la mujer en situación de vulnerabilidad, que pretenden efectuar acciones preventivo-promocionales, deben tomar en cuenta primordialmente la formación de la conciencia y la educación de tal población; fortaleciendo competencias personales y familiares para poder efectuar un correcto manejo de la etapa pre concepcional, un apoyo humanizado y eficiente del embarazo, parto y crianza.

El programa que propone el señor Jeng Cheng Nakazaki, va en consonancia con las actuales necesidades de la población femenina, peruana, en situación de riesgo para la vulnerabilidad y aquella que se encuentra en situación propia inicial o extrema de vulnerabilidad. Los contenidos de este programa promoverán RETRASO en el inicio de la vida sexual de los adolescentes, lo cual es muy efectivo y les otorga SANA AUTONOMÍA. Aquí evidencio que la mayor fortaleza será ACOGER y Formar a los padres como fuente primordial y guía con compromiso, y responsabilidad sobre la salud de sus hijos, incluyendo la sexual. Como sociedad resulta invalorable provocar

“**el cambio cultural**”, anhelado en este programa, fortaleciendo el sentido común, en la moral y en la ética de nuestra sociedad: mejor moral, nuevas costumbres y nuevos hábitos para niñas, adolescentes y sus familias.

2.- El aborto y sus consecuencias

Luis M. Piccinali

Realizador audiovisual

La sociedad que se nos presenta en los tiempos que transitamos, muchas veces nos pone en contra de los valores que generación tras generación las familias fueron transmitiendo a sus descendientes.

No debemos pensar estos cambios como una suerte de liberación y evolución humana, si no como resultado de políticas, que valiéndose de un trabajo de hormiga, han ido corrompiendo el corazón y la conciencia de nuestra sociedad imponiendo falsos derechos que tarde o temprano se volverán en su contra.

El niño por nacer es la víctima más vulnerable de estas nuevas ideologías que hacen pensar en los procedimientos de aborto como algo simple y sin consecuencias. El trauma post aborto es una realidad que no se puede negar. Este afecta tanto a las mujeres como a los hombres, no sólo a nivel personal, sino también psicológicamente por los rastros que deja.

Algunos de los síntomas del síndrome post aborto son:

Es común que la persona experimente complejos sentimientos de culpabilidad y muchas veces esto sea tapado defendiendo esta causa a “capa y espada”. La sola idea de pensar que se ha matado a un hijo es tan dura que consciente o inconscientemente optan por la negación.

Una creciente ansiedad y depresión, relacionada principalmente con problemas de fertilidad y la posibilidad de quedar embarazada nuevamente.

Imposibilidad de tener una pareja estable. El miedo de quedar embarazada nuevamente, muchas veces pesa tanto que instintivamente rompen con sus parejas sin motivos concretos.

El estrés que implica haber abortado, en gran cantidad de casos, lleva a pensamientos suicidas.

Otro de los síntomas es la tendencia a caer en todo tipo de adicciones. Esto es muy característico en los hombres que han instado a abortar o han permitido de forma pasiva la muerte de su hijo.

Queda claro que el trauma que genera el aborto es una realidad y existe, pero también puede superarse, primero aceptando el error cometido, con terapia y sobre todo pidiendo perdón y perdonándose.

Una de los medios más efectivos para concientizar es el arte. El arte es una de los puentes más interesantes para llegar al corazón de las personas y conmover su espíritu. Hoy en día es muy utilizado el llamado "Street art" o arte callejero. Este tipo de arte contemporáneo es muy utilizado para llevar un mensaje a grandes cantidades de personas que circulan por las ciudades.

Es muy poderoso lo que puede generar en la gente una mural pintado en un lugar estratégico de la ciudad. Las reacciones pueden ser muy variadas, puede inspirar y alegrar a unos, como también interpelar y desafiar a otros. El efecto del Street art no sólo afecta a los transeúntes que se cruzan con estas obras, sino también a los participantes en el diseño y concreción de los mismo, por el hecho de ser un tipo de arte colaborativo.

Por esto los invitamos a participar de forma activa en la defensa de la vida. Les aseguro que no se van a arrepentir de hacerlo.

Un saludo.