

UNIVERSIDAD DEL TURABO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

EL ABORTO INDUCIDO Y LA SALUD MENTAL: ESTUDIO CUALITATIVO
SOBRE LA INCIDENCIA DEL SINDROME POST ABORTO
EN PUERTO RICO

por

Yolanda Miranda Portugués

DISERTACIÓN

Presentada como requisito para la obtención del Grado
de Doctor en Psicología con especialidad en Consejería Psicológica

Gurabo, Puerto Rico

agosto, 2012

UNIVERSIDAD DEL TURABO

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DE DISERTACIÓN

La disertación de Yolanda Miranda Portugués fue revisada y aprobada por los miembros del Comité de Disertación. El formulario de Cumplimiento de Requisitos Académicos Doctorales con las firmas de los miembros del comité se encuentra depositado en el Registrador y en el Centro de Estudios Doctorales en la Universidad del Turabo.

MIEMBROS DEL COMITÉ DE DISERTACIÓN

Dra. Vidamaris Zayas Velázquez
Universidad del Turabo, Caguas
Directora Comité de Disertación

Dr. Jesús Cruz Correa
Hospital San Lucas, Ponce
Miembro Lector Comité de Disertación

Dra. María A. López Pagán
Psicóloga Retirada
Miembro Lector Comité de Disertación

©Copyright, 2012

Yolanda Miranda Portugués. Derechos Reservados

EL ABORTO INDUCIDO Y LA SALUD MENTAL: ESTUDIO CUALITATIVO
SOBRE LA INCIDENCIA DEL SINDROME
POST ABORTO EN PUERTO RICO

Por

Yolanda Miranda Portugués

Dra. Vidamaris Zayas Velázquez, Psy.D.

Directora del Comité de Disertación

Resumen

Este estudio cualitativo se llevó a cabo con el propósito de explorar si mujeres puertorriqueñas que se sometieron voluntariamente a un aborto inducido presentaron síntomas asociados al Síndrome Post Aborto luego de haber transcurrido algunos años. El análisis fue realizado desde la perspectiva del modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner. Sus planteamientos nos ofrecen el fundamento para observar la conducta de las mujeres puertorriqueñas dentro de un fenómeno de continuidad y cambio, que al interactuar con diferentes sistemas, da lugar a las características biopsicológicas individuales y/o grupales.

El proceso investigativo fue de carácter exploratorio tipo no experimental, de diseño transaccional correlacional o causal. Se utilizó una muestra de cuatro mujeres puertorriqueñas que respondieron a la Convocatoria de participación. Se les administró una versión corta del cuestionario diseñado por la Dra. Theresa Karminski Burke, y luego

participaron de una entrevista. Para codificar y analizar los resultados se utilizó el sistema SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) y el programa NVivo 10.

Los resultados confirmaron la hipótesis planteada. Las mujeres puertorriqueñas que se sometieron voluntariamente a un aborto inducido experimentaron síntomas asociados al Síndrome Post Aborto luego de transcurrido un periodo de al menos dos años.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo primeramente a Dios. Gracias a Él he tenido la inspiración, las fuerzas y la salud para no darme por vencida.

A mi madre, cuyo ejemplo de determinación y superación me han servido de inspiración. Tus enseñanzas, tus sacrificios para darme lo mejor, y tu perseverancia no fueron en vano. Por ti soy la mujer que he llegado a ser.

A mi amado esposo quien me animó y toleró todo el sacrificio envuelto manteniéndose a mi lado. Tu fe en mi me ha dado las fuerzas para alcanzar lo que parecía imposible.

Y a mis queridos hijos. Que privilegiada he sido al contar con ustedes en mi vida. Ustedes son mi gran tesoro. Han enriquecido mi vida convirtiéndome en una mejor persona.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que de una manera u otra contribuyeron a que este trabajo fuera una realidad. A los miembros del Comité de Disertación, gracias. A la Dra. Vidamaris Zayas Velázquez, gracias por aceptar ser mi Directora de tesis y mentora. Su paciencia, sus consejos, y sus recomendaciones dieron fruto. A la Dra. María López, gracias por siempre creer en mí, inspirarme, y no darse por vencida. Sus aportaciones fueron muy significativas para mí. Al Dr. Cruz Correa, gracias por su confianza y respaldo incondicional. Me siento honrada al haberlo tenido en mi comité.

A mi querida familia, gracias. Gracias por estar dispuestos a apoyarme aun cuando eso significó estar dispuestos a negarse de mi compañía.

A mis queridas amigos, colegas, y amistades, gracias por su confianza y palabras de aliento.

Pero sobre todo, gracias a cada participante que creyó en este trabajo investigativo. Les requirió de mucho valor el abrir sus corazones para compartir vivencias tan íntimas. Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE APÉNDICES	xi
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
Introducción	1
Antecedentes	2
Planteamiento del problema.....	12
Justificación	19
Marco teórico	24
Literatura relevante	30
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	50
Tipo de investigación.....	50
Diseño de investigación	50
Definición de variables	51
Preguntas de estudio	53
Formulación de hipótesis	54
Selección de la muestra.....	54
Recolección de datos.....	55
Codificación y análisis de datos.....	60
CAPÍTULO III: RESULTADOS	61
Presentación de los hallazgos.....	61
Datos socio demográficos	61

Variable de edad	62
Variable pueblo de procedencia.....	62
Variable preparación académica.....	63
Variable profesión.....	63
Variable estado civil	64
Variable número de hijos	64
Variable religión	65
Variable número de abortos realizados.....	65
Identificación de síntomas adversos	66
Presencia de PAS	67
Factores de alto riesgo	68
Hallazgos adicionales.....	69
Ideas sobre el aborto antes y después de realizado un aborto inducido.....	70
Percepción sobre el proceso de un aborto inducido.....	70
Recomendaciones al gobierno	72
Percepción sobre el proceso del aborto.....	73
Conocimiento de PAS.....	73
Resumen de los Hallazgos	74
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	76
Discusión de los hallazgos	76
Conclusiones	80
Recomendaciones	85
Futuras áreas de estudio.....	87

Limitaciones del estudio	87
REFERENCIA	88

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de frecuencia y porcentaje variable edad.....	62
Tabla 2	Distribución de frecuencia y porcentaje variable pueblo de procedencia .	63
Tabla 3	Distribución de frecuencia y porcentaje variable preparación académica	63
Tabla 4	Distribución de frecuencia y porcentaje variable profesión	64
Tabla 5	Distribución de frecuencia y porcentaje variable estado civil.....	64
Tabla 6	Distribución de frecuencia y porcentaje variable número de hijos	65
Tabla 7	Distribución de frecuencia y porcentaje variable religión.....	65
Tabla 8	Distribución de frecuencia y porcentaje variable número de abortos realizados	66
Tabla 9	Distribución de frecuencia y porcentaje variable síntomas por participante.....	66
Tabla 10	Distribución de frecuencia y porcentaje variable síntomas de PAS.....	67
Tabla 11	Distribución de frecuencia y porcentaje variable síntomas	68
Tabla 12	Distribución de frecuencia y porcentaje variable factores de alto riesgo..	69

LISTA DE APENDICES

Apéndice I	Criterios diagnósticos del Síndrome de Estrés Post Parto (PAS).....	92
Apéndice II	Carta solicitando uso de facilidades	94
Apéndice III	Convocatoria para participación en investigación.....	95
Apéndice IV	Hoja de consentimiento informado	96
Apéndice V	Documentos informativo sobre PAS.....	97
Apéndice VI	Cuestionario.....	98
Apéndice VII	Preguntas guías para entrevista	102

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Introducción

A partir del año 1973, el aborto fue legalizado en todo el territorio americano incluyendo Puerto Rico. Entre los años 1980 al 1990, se realizaron un promedio de 1, 550,000 abortos inducidos por año en territorio americano solamente (CDC, 1991). Numerosos estudios se han realizado para determinar los efectos del aborto inducido sobre la salud física y mental de la mujer. Describen una gama de efectos que van desde leves, a moderados, e incluso severos tanto en el área física como emocional. Dentro de esta última categoría, surge la discusión acerca de la existencia de sintomatología parecida al Trastorno de Estrés Post Traumático al que se ha denominado Síndrome de Estrés Post Aborto. El Síndrome de Estrés Post Aborto, o PAS por sus siglas en inglés, se define como un conjunto de síntomas que algunas mujeres experimentan luego de haberse realizado un aborto inducido. Los síntomas varían desde síntomas generales de depresión, sentimientos de culpa, necesidad de reparar o cambiar lo ocurrido, pesadillas recurrentes, alteraciones conductuales, flashbacks, evitación y/o rechazo de estímulos que recuerden el aborto, sus circunstancias o consecuencias entre otros.

El gobierno de Puerto Rico no cuenta con un protocolo que garantice que las clínicas y/o agencias de salud someterán un informe sobre la cantidad de abortos realizados. Entre los años 2000 hasta el 2005, el Departamento de Salud de Puerto Rico recopiló informes voluntarios de seis clínicas de aborto indicando que se realizaron aproximadamente 35,363 abortos. Cada una de estas mujeres puertorriqueñas podría estar en riesgo de presentar síntomas adversos asociados al PAS. Este estudio cualitativo

pretende evaluar una muestra de mujeres puertorriqueñas que se ha sometido a un aborto inducido. Mediante un análisis inductivo, se compararán los datos obtenidos con los criterios de diagnóstico establecidos para el PAS. Al finalizar el estudio, se pretende establecer si existe una incidencia de PAS en la muestra seleccionada. La investigación identificará, además, si las participantes están conscientes de este síndrome y si se les ha ofrecido algún tipo orientación y/o tratamiento para estos síntomas.

Antecedentes

Una parte integral de este trabajo consiste en revisar cómo se ha desarrollado el discurso en torno al aborto, la maternidad y la vida misma en la psiquis de la mujer, en particular, la mujer puertorriqueña. El análisis del discurso comienza en las raíces etimológicas de la palabra aborto. La palabra aborto viene del latín “*abortus*”, palabra compuesta de dos partes: *ab* y *ortus* que significan, literalmente, *privación de nacimiento u origen* (Blázquez, 1977). Se usa la palabra aborto para hacer referencia a cualquier evento que interrumpe el desarrollo y cumplimiento de un proceso. En términos clínicos, un aborto se define como la interrupción de un embarazo antes de que el feto sea viable (Blázquez, 1977). El aborto es “la terminación de un embarazo después de fecundado un óvulo y antes de que el feto sea viable (Fernós, M. A.; Colón, A.; Dávila, A. L.; López, I.; y Vicente, E.; 1994). Esta interrupción puede ser espontánea o inducida.

Un aborto espontáneo se define como el proceso mediante el cual el cuerpo, por diversas razones, naturales o ambientales, interrumpe el embarazo antes de que el feto sea viable. Antes de que ocurra un nacimiento vivo. Cuando este proceso es provocado intencional y artificialmente con drogas, movimientos o instrumentos mecánicos y/o quirúrgicos, se dice que es un aborto inducido. Un aborto inducido puede darse bajo

recomendación médica cuando el profesional entiende que la vida de la madre está en peligro. También puede darse a solicitud de la madre constituyéndose en un aborto inducido electivo. El aborto inducido tiene ciertas implicaciones sociales y jurídicas. Se define legalmente como “la destrucción del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo” (Fernós et al, 1994). Para efectos del presente trabajo investigativo, el término “aborto inducido” hace referencia al proceso inducido por un profesional, a solicitud de la madre, para llevar a término un embarazo no deseado antes de que el nacimiento pueda ocurrir.

Existe evidencia de abortos inducidos desde los escritos de civilizaciones antiguas tales como el código asirio y las leyes judaicas. En la antigua Grecia, el aborto se consideraba como una alternativa para el control de la natalidad. Platón llegó a proponer en su obra *La república*, que toda mujer mayor de cuarenta años debería ser obligada a abortar (Wilke & Wilke, 1992). Estos planteamientos servirán de inspiración a argumentos eugenésicos que serán introducidos más adelante dentro del discurso del aborto.

El imperio romano por su parte, delegó la autoridad de prohibir o autorizar un aborto sobre la figura del padre. Y, aunque por razones de adulterio o prostitución era la alternativa social, los padres optaban mayormente por el asesinato del bebé recién nacido que por un aborto. Esto para proteger la salud de la madre ante las técnicas utilizadas para su inducción. Algunos abortos se inducían administrando sustancias venenosas que, en ocasiones, además de causarle la muerte al feto, le causaban la muerte a la madre. Otro método utilizado era el de la aplicación de golpes fuertes al vientre de la madre. Esto también le infligía serios daños al cuerpo de la mujer que, en muchas ocasiones, le

causaban la muerte (Wilke & Wilke, 1992). La presión social de eliminar un embarazo fruto de una relación ilícita, y el uso de métodos invasivos con efectos secundarios para la salud de la mujer servirán de inspiración al discurso feminista moderno sobre el aborto.

En el siglo V DC, se encuentra evidencia que indica que los visigodos prohibían el aborto de manera absoluta en su Fuero Juzgo. Más adelante, el Rey Alfonso X reafirmó dicha prohibición en el Código de las siete partidas. Con el paso de los años, España fue reestructurándose como nación e implantó un código que prohibía el aborto. En el año 1870 el código español es enmendado y en julio de ese mismo año se decidió aplicar el mismo a todas las colonias españolas incluyendo a Puerto Rico.

España no fue la única nación que ejerció influencia sobre el discurso del aborto en Puerto Rico. También se recibió la influencia de Inglaterra por vía de los Estados Unidos. En sus inicios Inglaterra rechazó el aborto considerándolo un homicidio. Así quedó plasmado en su código conocido como “The English Common Law”. Más adelante, para el 1634, este código se sustituye con el “Institutes of the Laws of England”. Este documento estipuló que el matar un bebé dentro del vientre de la madre antes del primer movimiento fetal conocido como el “quickening”, ya no constituiría un delito de homicidio. Para el 1803 surgió el “Miscarriage of Women Act” donde se estableció por primera vez una diferencia entre un aborto efectuado antes del primer movimiento fetal y un aborto efectuado después. Ambos constituían un delito pero con penas diferentes. El primero conllevaba una pena que podía ser desde el exilio, latigazos y/o encarcelamiento. El segundo conllevaba la pena de muerte. Estas leyes fueron extendidas a todo territorio inglés. Siendo Estados Unidos una colonia de Inglaterra, se vio obligada a implantar las mismas.

Cuando Estados Unidos se estableció como una nación independiente, adoptó el discurso legal sobre el aborto de Inglaterra. El primer estado americano en establecer leyes en torno al aborto fue Connecticut en el 1821. Las mismas se fundamentaron en el “Miscarriage of Women Act” de Inglaterra. Le siguió el estado de Nueva York que en el 1828 estableció una pena de asesinato en segundo grado para los que practicasen un aborto después del primer movimiento fetal. Incluyó una cláusula de excepción en el caso de un aborto terapéutico que se definió como todo aborto que se llevara a cabo por un médico para salvar la vida de la mujer embarazada. Para el año 1847, se estableció la Asociación Americana de Médicos (Wilke & Wilke, 1992) y, al siguiente año se celebró la primera convención sobre los derechos de la mujer en Séneca Falls, Nueva York. Durante los años subsiguientes, los planteamientos médicos y los planteamientos feministas influirían significativamente en el discurso del aborto y en el desarrollo de futuras leyes sobre el mismo (Fernós, M. A.; Colón, A.; Dávila, A. L.; y Vicente, E., 1999).

Una vez organizados, la clase médica comenzó a pronunciarse en torno al aborto. Un elemento fundamental en las posturas asumidas por los médicos fue el juramento de Hipócrates que establecía que no se ofrecería, ni se administraría medicamento alguno que provocase daño o muerte aún cuando la persona lo solicitara. A esto se le añadió la preocupación por la salud de la mujer ante los daños físicos causados por un aborto inducido, y el hallazgo médico que estableció que hay vida en el feto antes de ocurrir el primer movimiento. Por otra parte, la clase médica se tuvo que enfrentar con la posibilidad de perder clientela si las mujeres recurrían a otros proveedores ante su negativa de practicar un aborto. También se incorporaron en sus discursos los

sentimientos eugenésicos de la época que proponían la necesidad de preservar la buena descendencia anglosajona ante el crecimiento acelerado de inmigrantes (Harris, 2002).

Un año después de haberse establecido la Asociación Americana de Médicos, se celebró la primera convención sobre los derechos de la mujer en Séneca Falls, Nueva York. La misma fue organizada y dirigida por Elizabeth Cady Stanton, una de las primeras líderes feministas de Estados Unidos. El movimiento feminista le abrió las puertas a la discusión de temas en derechos de la mujer. En sus inicios, el movimiento feminista se declaró en contra del aborto. Mary Wollstonecraft en su obra *La vindicación de los derechos de la mujer*, censuró el aborto (Foster, 2002). Sarah Norton, la primera mujer que logró ingresar en la Universidad de Cornell en el 1879, definió el aborto como un asesinato antinatural (Foster, 2002). Mientras, Eleanor Kira, defensora del derecho de sufragio de la mujer, declaró en su escrito *La Revolución*, que el sufragio era el primer paso para educar a las mujeres para que pudiesen depender de ellas mismas, sostenerse por ellas mismas y respetarse a sí mismas. Una vez alcanzado este derecho, las mujeres no tendrían que recurrir al aborto, y los bebés por nacer serían salvados (Foster, 2002). A este movimiento feminista inicial se le denominó como el feminismo de primer orden.

De acuerdo a los argumentos presentados por estas feministas de primer orden, las mujeres recurrían al aborto por dos razones. La primera: la presión infligida por parte de sus compañeros (consensuales o esposos) y la sociedad. La segunda, la falta de apoyo económico de sus familiares, del gobierno y de las agencias privadas. Ambas causales eran vistas como parte del proceso de explotación hacia la mujer quien era penalizada con el aborto ante la falta de alternativas sociales. El aborto era visto como una imposición sobre una propiedad que no tenía otra alternativa excepto la de ceder ante las demandas

de su dueño. Para estas feministas, ninguna vida humana, (ni mujer, ni esclavo, ni bebé por nacer) debía ser reducida a una mera propiedad sobre la cual se podían tomar decisiones.

En el 1959 se propuso un modelo de código penal que estableció que los médicos podrían ponerle fin a un embarazo. Esto siempre y cuando creyesen que la vida y la salud física y/o mental de la madre estuviesen amenazadas, que el bebé nacería con defectos físicos y/o mentales severos, o que el embarazo fuese el resultado de una violación o una relación de incesto (Harris, 2002). Dentro de la literatura revisada, es la primera vez que se encuentra dentro de los criterios utilizados para despenalizar la práctica de un aborto el aspecto de salud mental de la mujer.

Durante los años sesenta, Estados Unidos atravesó por muchos cambios sociales. Los estados comenzaron a implementar el modelo del código penal sugerido en el 1959. El movimiento de los derechos civiles, junto con el movimiento feminista se fortaleció. La industrialización floreció, y surgió un mayor interés en el tema del aborto. En 1970 Alaska, Hawái, Washington y Nueva York decidieron legalizar todos los abortos practicados por médicos. Nueva York fue el estado más liberal. Fue el primero en permitir que los abortos se efectuasen por cualquier motivo durante las primeras veinticuatro semanas de gestación.

Para esta época surgió una notable preocupación sobre el alto crecimiento poblacional y sus posibles efectos sobre la nación americana. Se creó la *Comisión sobre el crecimiento poblacional y futuro americano* para analizar la situación. En el 1972, esta comisión emitió su informe final recomendando que las leyes sobre el aborto fueran liberadas siguiendo los estatutos utilizados por el estado de Nueva York. Se retomó la

alternativa del aborto como recurso para frenar el crecimiento poblacional. Ante la resistencia por parte de los políticos de la época de adoptar estos argumentos eugenésicos, se cambió el enfoque (Foster, 2002). Se fundó la “Alianza nacional para derogar las leyes sobre el aborto” en el 1969 por el activista Larry Lader y el médico ginecólogo Dr. Bernard Nathanson. Utilizando como argumento la alta tasa de mortalidad entre las mujeres como consecuencia de abortos ilegales, propusieron que el tema del aborto fuera tratado como uno de derechos civiles. Más que un medio de control de natalidad, el aborto debería ser un derecho de la mujer de decidir sobre su sistema reproductivo. Este derecho le otorgaría a la mujer la igualdad de estudio, de trabajo y de paga. Estas ideas fueron adoptadas por la Organización Nacional para las Mujeres, N.O.W., por sus siglas en inglés, y su presidenta Betty Friedman (Foster, 2002). Se crea un nuevo movimiento dentro del feminismo y en el discurso del aborto.

A partir de este momento, el tema del aborto es asociado a los derechos reproductivos de la mujer, y no a su salud ni a la explotación de la misma. En medio de este cambio ideológico, las abogadas Sarah Weddington y Linda Coffey realizaron un acercamiento a una joven embarazada. Su objetivo era radicar una demanda contra el estado de Texas y sus leyes sobre el aborto. Texas permitía el aborto solo por motivos terapéuticos. El caso llegó a la Corte Suprema de los Estados Unidos. La Corte determinó que la Constitución de los Estados Unidos de América protegía a la mujer y garantizaba su derecho a decidir sobre su embarazo. Este es el caso conocido como Roe vs. Wade. En resumen, la Corte Suprema determinó que la Constitución de los Estados Unidos de América protege el derecho a la privacidad, incluyendo el derecho de toda mujer de ponerle fin a su embarazo. Sin embargo, el estado tiene el interés legítimo de

proteger la salud de la mujer embarazada y el potencial de la vida humana. Reconoció que el embarazo se divide en tres etapas y en cada una el estado tiene una responsabilidad. La primera etapa se conoce como el primer trimestre y comprende los primeros tres meses del embarazo. En esta etapa el estado reconoce que la decisión de abortar recae completamente en la mujer y su médico. El segundo trimestre cubre desde el tercer hasta el quinto mes. Durante esta etapa el estado puede regular los procedimientos de un aborto para promover la salud de la mujer. Por último está el tercer trimestre que va desde el sexto hasta el noveno mes. Ya en esta etapa y mientras el feto sea viable, (entiéndase que el feto es capaz de sobrevivir fuera del útero) el estado puede regular los procesos de terminación de embarazo e incluso prohibir el aborto siempre y cuando la vida de la mujer no esté en riesgo. Esto como medida para proteger el potencial de vida del feto (Harris, 2002). Esta determinación de la Corte Suprema de los Estados Unidos fue aplicable a todo territorio americano, incluyendo Puerto Rico.

Puerto Rico pasó a formar parte de los Estados Unidos de América en el año 1898 como resultado de la guerra hispanoamericana. Dos años después se implementó la Ley Foraker que le permitió a Puerto Rico constituir un gobierno civil. Para el 1902 se implementó un código muy similar al código del estado de California que estaba traducido al español por el trasfondo hispanoamericano del estado. Este nuevo código penalizaba el aborto pero lo permitía en condiciones donde la vida de la mujer estuviese en riesgo.

Durante los años subsiguientes, las influencias médicas y feministas que se desarrollaban en Estados Unidos se dejaron sentir en Puerto Rico. Como consecuencia de estos movimientos se introdujeron en la Isla varias medidas dirigidas a mejorar la

salud de las mujeres puertorriqueñas y sus hijos. Esto logró reducir de manera significativa la alta tasa de mortalidad que existía en dichas poblaciones. Por otro lado, la Ley Comstock fue enmendada permitiendo que en Puerto Rico se aprobaran leyes de carácter eugenésico. Aprobada el 3 de marzo del 1873, la Ley Comstock inicialmente prohibía el envío por correo y distribución de material obsceno, lascivo e impropio. Esto incluía material informativo sobre anticonceptivos. La enmienda produjo varios cambios tales como la venta, uso y divulgación de métodos anticonceptivos sin penalidad. Se legalizó el proceso quirúrgico de la esterilización, y se establecieron programas educativos dirigidos a orientar a la mujer puertorriqueña en cuanto a su sexualidad. Esto redundó en mejoras en los servicios de salud y en los programas de beneficencia social. (Fernós et al, 1999).

Puerto Rico se convirtió en un centro de ensayo y estudio de métodos anticonceptivos. Durante este tiempo se ensayaron con las mujeres puertorriqueñas varios métodos anticonceptivos como la píldora Enovid, el espermicida EMKO, dispositivos intrauterinos, y el dispositivo inyectable Depo-Provera. El propósito era recopilar información que fuese útil para determinar la eficacia y aceptabilidad de los mismos, y los posibles efectos secundarios (Fernós et al, 1999). Para el año 1936, ya existían en la Isla cerca de 67 clínicas. Diez años después, alrededor de una tercera parte de la población de mujeres puertorriqueñas en edad reproductiva había sido esterilizada. Pronto Puerto Rico pasó a ser conocido como “la capital del aborto del Caribe”. Los resultados de la implementación de estas leyes y la falta de interés por parte del gobierno de regular los abortos que se realizaban fueron altamente criticados por el movimiento nacionalista y por la Iglesia Católica. Los nacionalistas levantaron su voz en protesta

denunciando al gobierno americano por imponer sobre las puertorriqueñas leyes de carácter neomaltusiano. Planteaban que el único interés por parte del gobierno americano era el de controlar la población puertorriqueña y evitar su crecimiento de manera que no pudiesen levantarse en contra de la dominancia política americana (Fernós et al, 1999).

Por su parte, la Iglesia Católica desarrolló su propio discurso en torno al tema del aborto, la santidad de la vida y la maternidad. San Agustín y Santo Tomás de Aquino fueron de los primeros teólogos en debatir sobre el tema. En sus discursos establecieron que el ser humano existe a raíz de la unión entre el alma y el cuerpo. Este evento define el inicio de la vida humana y ocurre a los cuarenta días de haberse efectuado la concepción en los varones. En las mujeres, ocurre a los ochenta días a partir de la concepción. En la cumbre del 1312, la Iglesia Católica adoptó esta teoría que prevaleció durante el siglo XVI. El Papa Pio IX declaró el aborto un homicidio en el año 1869. Se reafirmó en el 1917 con la publicación del Código de leyes canónicas. En el 1968 el Papa Pablo VI afirmó que el aborto no debería ser utilizado como medio para regular la población. Más adelante, en la cumbre que se celebró del 1962 al 1965, se declaró el aborto como una deshonra al Creador. Ya en los años 90, el Papa Juan Pablo II afirmó que el aborto era un asesinato. Y en noviembre del 1998 varios Obispos de Estados Unidos declararon el aborto como un acto de violencia en contra de la mujer y de su hijo por nacer (Harris, 2002).

Para el año 1701, la Iglesia Católica aceptó la doctrina sobre la concepción milagrosa de la virgen María con lo que se retoma el concepto de “magna mater” o fecundidad universal. La mujer se define como ser creador, que engendra y nutre. Se idealiza la maternidad dándole a la mujer un monopolio absoluto. El ser madre se

interpreta como una bendición de Dios, un privilegio. Simultáneamente la mujer le debe una abnegación total al fruto de su vientre. Esto la define como un ser sacrificado, subordinado y entregada totalmente al bienestar de su hijo. Esto, junto a la canonización de la virgen María, dará lugar a un discurso muy particular que se transmitirá a todas las colonias españolas al ser conquistadas y cristianizadas. Discurso que contribuirá al concepto social de maternidad, fundamental dentro del discurso del aborto en Puerto Rico. Fernós lo describe como el “principio orgánico de nuestro ser, subjetividad e identidad” (Fernós et al, 1999).

En Puerto Rico, la Iglesia Católica se opuso al control de la natalidad, a la esterilización y al aborto porque las consideraba prácticas de origen eugenésico. El Cardenal Luis Aponte Martínez denunció el aborto como un acto asociado con “el egoísmo, la intolerancia, el abuso de poder y la capacidad de auto justificación” (Aponte, 1976).

Para los años setenta, cobró fuerza el movimiento para liberalizar la práctica del aborto en la Isla. Influenciaban este movimiento los planteamientos elaborados por los favorecedores del aborto como medio de control poblacional, y el movimiento feminista de segundo orden que lo proclamaba como un derecho reproductivo de la mujer. En medio de este debate llegó a la Isla la legalización del aborto como resultado de la decisión de la Corte Suprema de los Estados Unidos de América.

Planteamiento del problema

Dentro del discurso del aborto, encontramos que el tema de salud mental en la mujer se ha enfocado desde tres perspectivas principales. Se ha considerado la salud mental de la mujer antes del embarazo, la salud mental de la mujer previa al aborto

inducido, y la salud mental de la mujer luego del aborto. En la primera, el tema fue trabajado como una condición que amerita y fundamenta que el médico realice un aborto terapéutico. Un ejemplo de ello fue el análisis estadístico llevado a cabo por el Departamento de Salud Pública de California en el año 1970. El objetivo fue explorar las causas que llevaron a los médicos a practicar abortos inducidos. Este análisis reveló que entre los meses de noviembre de 1967 hasta septiembre del 1969, el 90% de los abortos realizados se efectuaron por razones de salud mental. Entendiéndose por salud mental lo que el Washington Post llamó “el estado de bienestar social, emocional y económico tal como lo juzga la persona misma” (Wilke & Wilke, 1992). Un total de 14,171 mujeres se practicaron un aborto porque, a juicio de estas y de sus médicos, su estado de bienestar social, emocional y económico se vería afectado adversamente si estos embarazos llegaban a su término.

Otro enfoque de estudio ha sido la salud mental de la mujer previa a un aborto inducido. Aquí se considera la salud mental como causal de síntomas adversos experimentados luego del aborto. Ejemplo de esta línea de pensamiento es el estudio publicado en el 1976 por Greenglass. En el mismo, Greenglass entrevistó una muestra de 188 mujeres tres meses después de haberse practicado un aborto inducido. En sus hallazgos encontró que el 88% de las mujeres no buscaron tratamiento psiquiátrico después del aborto. Sin embargo, un 9% recibió tratamiento psiquiátrico ambulatorio, un 2% requirió hospitalización, y un 3% tuvo intentos suicidas. Del total de la muestra, un 30% de las mujeres presentaron historial de problemas psiquiátricos previo al aborto. Greenglass concluyó que, aunque no todas las mujeres requirieron de tratamiento psiquiátrico después del aborto, las mujeres con un historial previo de problemas

psiquiátricos estaban en un mayor riesgo de padecer de dificultades psiquiátricas luego del aborto en comparación con las que no evidenciaron dificultades previas (Greenglass, 1976).

Por último, se ha explorado el tema de la salud mental de la mujer después de un aborto inducido. Las investigaciones realizadas señalan efectos posteriores que van desde ningún efecto negativo hasta efectos severos. Uno de estos estudios se llevó a cabo en el año 1963, cuando aún el aborto no había sido legalizado. Fue un estudio comparativo entre la psicosis post parto y los efectos de un aborto inducido. Los autores reportaron en sus conclusiones que las mujeres que manifestaron síntomas de psicosis post parto presentaron síntomas independientemente de haber llevado a término su embarazo o de haberse practicado un aborto inducido. Con la salvedad que los síntomas de psicosis post parto reportados en las mujeres que se practicaron un aborto inducido, fue mucho más serio, más prolongado y con una mayor tendencia a recaídas en comparación a las mujeres que llevaron a término su embarazo (M. Cim, 1963).

Una vez legalizado el aborto, se exploraron las reacciones de las mujeres ante la experiencia de un aborto inducido. Un estudio determinó que hay una diferencia significativa entre lo que las mujeres dicen que experimentan y lo que responden en un cuestionario (Kent, I., Greenwood, R.C., Loeken, J., 1978). Otro estudio identificó la coexistencia de una decisión consciente en favor de un aborto inducido junto a un intenso rechazo de aceptar que ocurrió. Plantearon que el aborto deja profundos sentimientos de dolor, la existencia de un estado de duelo, y una identificación con el feto (Kent, 1980).

Más adelante, Suicidas Anónimos, una asociación a nivel nacional en Estados Unidos creada utilizando el modelo de Alcohólicos Anónimos, reportó haber tenido entre

su clientela mujeres que se habían sometido a un aborto inducido. Durante el proceso terapéutico, identificaron sentimientos de culpa, pánico, y angustia años después de haberse practicado un aborto inducido. Estos sentimientos fueron ocultados provocando despersonalización y superficialidad en sus vidas hasta que contemplaron el suicidio como la única alternativa para librarse de ese dolor (M. Uchtman, 1981).

Dieciséis años después de legalizado el aborto, el gobierno de Estados Unidos decide estudiar los efectos del aborto sobre la salud de la mujer. El entonces Presidente de los Estados Unidos, Ronald Reagan, le encomendó la tarea al Cirujano General, Dr. C. Everett Koop. Luego de un año de evaluar los estudios existentes, el Dr. Koop le envió una carta al Presidente Reagan. En la misma concluía que, aunque estaba convencido de los efectos adversos del aborto sobre la salud de la mujer, la metodología de los estudios evaluados contenía diversas fallas. Estas fallas y el poco tiempo transcurrido desde la legalización del aborto dificultaban el poder establecer conclusiones contundentes. Finalmente, recomendó que se realizara un estudio longitudinal de cinco años para analizar los efectos a largo plazo del aborto sobre la salud de la mujer. El mismo nunca se realizó debido alto costo estimado, de 10 a 100 millones de dólares (Burke & Reardon, 2007).

A pesar de la revisión llevada a cabo por el Dr. Koop, los estudios han continuado. Uno de estos estudios reportó que un 45% de una muestra de mujeres que abortaron voluntariamente, indicaron experimentar tendencias suicidas luego del aborto. Estas mujeres definieron la experiencia del aborto como devastadora, miserable y de angustia prolongada (Mahler, 1991). En otro estudio se encontró que un 18% de una muestra de mujeres entrevistadas cumplieron con los criterios para diagnosticar estrés

post traumático; y un 39 a un 45% presentaron desórdenes de sueño y otras reacciones asociadas a estrés (Barnard, 1991).

Para el año 1992, la Asociación Americana de Psicólogos, APA por sus siglas en ingles, realizó una revisión de literatura muy similar a la llevada a cabo por el Dr. Koop. Concluyeron que, aunque la mayoría de las mujeres no experimentarán efectos negativos después de un aborto, sí existe un grupo de mujeres que sufrirá efectos negativos tales como ansiedad, culpa, vergüenza, temor a ser rechazadas, lamento y pena, ansiedad, depresión, duda e ira (APA, 1992).

En un estudio más reciente, se procuró evaluar la presencia de problemas psicológicos previos a un embarazo no deseado, y su relación con síntomas de depresión luego de terminado el mismo. Esto independientemente del desenlace del embarazo, es decir, si el embarazo terminó en un parto o en un aborto inducido. La muestra fue tomada de una encuesta llevada a cabo por la Universidad del Estado de Ohio. Esta encuesta contó con una muestra de 12,686 jóvenes y mujeres americanas entre los 14 a 21 años de edad. A ésta muestra se les administró dos pruebas: el Rotter Internal External Locus of Control, y la escala CES-D. La primera para evaluar el estado psicológico previo al embarazo no deseado, y la segunda para detectar el riesgo de presentar síntomas de depresión luego de terminado el mismo. Puntuaciones altas en la escala Rotter, se han correlacionado con puntuaciones altas en escalas de depresión. Las mujeres que se sometieron a un aborto inducido tuvieron una puntuación de 8.88 en la escala Rotter, y las que llevaron su embarazo a término tuvieron una puntuación de 9.09. Se esperaba que las últimas mostraran un mayor riesgo de presentar síntomas de depresión en comparación con el primer grupo.

Del total de mujeres encuestadas, solo se utilizó una muestra de 421 para las cuales se controlaron las variables de ingresos, educación, edad al momento del embarazo no deseado, raza, y puntuación en la escala Rotter. Los resultados revelaron que el riesgo de presentar síntomas de depresión después de un embarazo no deseado no estuvo asociado a problemas psicológicos previos al embarazo; y que el riesgo de presentar síntomas de depresión fue mayor en el total de mujeres que optaron por el aborto en comparación con las mujeres que llevaron a término el embarazo (Cogle & Reardon, 2002).

Otro estudio de interés es un estudio longitudinal basado en expedientes médicos existentes en un hospital psiquiátrico. Examinaron los historiales de admisión psiquiátricos del Departamento de Salud de California e identificaron a las mujeres que recibieron fondos públicos para sufragar sus partos y/o abortos entre el primero de julio al 31 de diciembre del 1989. Se controlaron variables como historial previo de condiciones psiquiátricas, edad, estatus socioeconómico, y meses de elegibilidad para ayuda médica del gobierno. Se utilizó una muestra de 15,299 expedientes médicos de mujeres cuyos embarazos terminaron en abortos inducidos. El grupo control estuvo compuesto por una muestra de 41,442 expedientes de mujeres que llevaron a término sus embarazos. Encontraron que las mujeres que optaron por abortos inducidos mostraron un mayor riesgo de requerir tratamiento psiquiátrico en comparación con el grupo control. También encontraron diferencias significativas en diagnósticos para ciertas condiciones tales como problemas de ajuste, episodios sencillos de depresión, episodios recurrentes de depresión, episodios recurrentes de psicosis, y diagnósticos de bipolaridad. Concluyeron que las admisiones a tratamientos psiquiátricos fueron más comunes en el

grupo de mujeres que optaron por un aborto en comparación con el grupo control (Cougler & Reardon, 2002).

En el 2004 se realizó un estudio comparativo entre mujeres rusas y mujeres americanas con el propósito de correlacionar la cultura con efectos adversos luego de un aborto. Se escogió una muestra de 331 mujeres rusas y 217 mujeres americanas. A ambos grupos se les administraron el IPLQ (Institute for Pregnancy Loss Questionnaire), y el TSI (Traumatic Stress Institute Belief Scale). A las mujeres americanas se les administró el cuestionario directamente. Mientras que las mujeres rusas fueron entrevistadas por personal médico quienes tradujeron las respuestas para luego registrarlas en los cuestionarios. Los resultados reflejaron que un 65% del total de las mujeres presentaron múltiples síntomas de estrés post traumático que atribuyeron a los abortos realizados. El grupo de mujeres americanas mostraron una mayor cantidad de efectos negativos, una mayor cantidad de síntomas de PAS, y niveles más altos de estrés en comparación con las mujeres rusas. En cambio las mujeres rusas mostraron niveles más altos de disrupción cognitiva esquemática (Rue, Coleman, Rue, Reardon, 2004).

Tanto el estudio de Rue como muchos otros han sido sometidos a rigurosas revisiones y críticas. Una de ellas fue realizada por profesionales de la Universidad de John Hopkins. Estos autores se dieron a la tarea de evaluar un total de 21 estudios que se realizaron entre el 1989 hasta el 2008. Todos los estudios evaluados buscaban medir los efectos del aborto inducido a largo plazo. Tomaron en cuenta el diseño, la muestra, el grupo de comparación, los instrumentos utilizados, y los resultados. Le asignaron calificaciones desde excelente, buenos, regulares, pobre, y muy pobre. Concluyeron que ningún estudio puede calificarse de excelente, es decir, la mayoría de los estudios poseen

fortalezas y debilidades. Sin embargo, dentro de los estudios que consideraron buenos, hubo una mayor tendencia a mantenerse neutrales o de notificar pocos efectos en sus conclusiones (Charles, Cridhaea, & Blum, 2008).

El Colegio Real de Psiquiatras de Gran Bretaña también llevó a cabo una revisión de literatura. En la misma reportó una diversidad de resultados que van desde ningún efecto negativo después de un aborto, hasta múltiples efectos a largo plazo.

Reconocieron que ninguno de estos estudios está exento de ser criticados ya por la muestra y/o metodología utilizados. Sin embargo, la diversidad de hallazgos logra poner en duda las diversas posturas en cuanto a efectos a largo plazo. Ante la posibilidad de que se presenten efectos negativos en una mujer luego de un aborto, recomiendan que se tomen medidas preventivas con las mujeres que asisten a clínicas de abortos para minimizar cualquier efecto negativo (Fergusson, 2008).

Justificación

Desde la legalización del aborto hasta el presente, se ha repensado la manera de tratar los temas relacionados a la mujer y su salud mental. Organizaciones especializadas han ofrecido nuevas perspectivas de análisis. Una de ellas es la oficina de Investigación de la Salud de la Mujer (ORWH por sus siglas en inglés), adscrita al Instituto Nacional de la Salud (NIH por sus siglas en inglés). La ORWK llevó a cabo una serie de conferencias donde participaron cerca de 1,500 profesionales de diversas especialidades. Los hallazgos y recomendaciones fueron publicados en varios volúmenes titulados *Programa de Trabajo para la Investigación de la salud de la mujer en el siglo 21: Nuevas fronteras en la salud de la mujer*. Concluyeron que es necesario hacer uso de un enfoque multidisciplinario al diagnosticar condiciones de salud mental en las mujeres. Este

enfoque multidisciplinario permitiría explorar la interacción de diversos factores tales como actitudes, creencias, emociones, acciones, estilo de vida, raza, grupo étnico, edad, educación, estresores, etc. y su influencia sobre la salud mental de la mujer.

La Asociación Americana de Psicólogos (APA por sus siglas en inglés), también analizó los tratamientos que se les ofrecen a las féminas. Los hallazgos postulan que se ha errado al no reconocer que las preocupaciones físicas y mentales de la mujer moderna responden a un ambiente biológico, psicológico, económico y sociocultural sumamente complejo. Esto propicia que las necesidades y problemas de las féminas sean obviados, o atribuidos a falsas presunciones. Lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento de diversos trastornos mentales en la mujer (APA, 2007). Para evitar esto, recomienda que se consideren factores específicos como el proceso de socialización, los estereotipos, el desarrollo de identidad, y el contexto sociopolítico de las mujeres y niñas antes de que sean diagnosticadas y/o tratadas por algún trastorno conductual. Hace un llamado hacia la “*sensibilidad cultural*” de cada mujer, reconociendo que la misma juega un papel muy importante dentro de la salud mental de estas.

Utilizando estos planteamientos como punto de referencia, nos dimos a la tarea de revisar el discurso sobre el aborto en Puerto Rico. Descubrimos que es un tema “poco estudiado” (Fernós et al, 1994), que requiere un enfoque a tono con las realidades de la mujer moderna. El mismo se ha dividido en tres momentos históricos claves que han marcado las tendencias o acercamientos al tema. La primera tendencia se presenta para la década de los años 60 cuando se debatía la legalidad del aborto. Durante este tiempo se produjeron varias tesis que evaluaban el aborto desde la perspectiva legal. La segunda fase se ubica en la década de los años 70 cuando el aborto inducido ya había sido

legalizado. Los trabajos se concentraron en explorar la opinión pública ante el aborto. También se procuró establecer un perfil socio demográfico de las mujeres que optaban por un aborto (Fernós et al, 1994). La última tendencia de estudio sobre el aborto se ha evidenciado en años recientes. Aquí los estudios se han enfocado en la política pública, el perfil de las mujeres que se han practicado un aborto, y el análisis tanto sociológico como político de los cambios recientes dentro de la legislación del aborto (Fernós et al, 1994).

Dentro de la revisión de literatura se encontró la tesis titulada *Los efectos psicológicos del aborto en un sector de mujeres puertorriqueñas* (Rivera, 1986). Es el primer trabajo realizado en Puerto Rico que trata la salud mental de la mujer luego de realizado un aborto. Tomando en cuenta ciertas reacciones emocionales previas al aborto como la actitud, la culpa y la ambivalencia, Rivera procedió a identificar la presencia de malestar emocional posterior al aborto en una muestra de mujeres puertorriqueñas. Utilizando una metodología cualitativa, tomó una muestra constituida por tres grupos de mujeres puertorriqueñas. El primer grupo presentaba síntomas de malestar luego de practicarse un aborto. Un segundo grupo no presentaba síntomas luego de practicarse un aborto. El tercer grupo, que sirvió de grupo control, eran mujeres sin síntomas de malestar y que no se habían sometido a un aborto inducido.

Rivera elaboró un perfil socio demográfico de las mujeres que optaron por un aborto junto con los sentimientos sobresalientes que estas manifestaron. Como instrumentos para recopilar la data, utilizó un cuestionario y una entrevista clínica estructurada. El cuestionario permitió la recopilación de los datos socio-demográficos de la población, y las experiencias de las mujeres durante el proceso del aborto. También

ayudó a obtener un perfil emocional de las mujeres previo al aborto, junto a la percepción que estas tenían de sí mismas. Se exploró además, el historial de uso de sustancias controladas, y de trastornos de salud mental previo al aborto. La entrevista realizada fue una entrevista clínica estructurada y validada para identificar funcionamiento emocional.

Luego de analizar los datos obtenidos en su investigación, Rivera concluyó que existen emociones negativas asociadas con el aborto. Sin embargo, las mismas son temporeras y se superan con el tiempo al igual que se superan otras pérdidas. Esto siempre y cuando la toma de decisión se haya realizado en acorde con las creencias de la mujer y en ausencia de enfermedades mentales previas al aborto. En estos casos, las mujeres exhibieron una mayor fragilidad emocional luego de practicado el aborto inducido (Rivera, 1986).

Veinticuatro años han transcurrido desde que este estudio se llevó a cabo. Es el momento de establecer una nueva tendencia en el discurso del aborto a tono con las recomendaciones establecidas por la APA y la ORWH. Es el momento de explorar la salud mental de la mujer después de realizado un aborto tomando en cuenta la “sensibilidad cultural” de la mujer puertorriqueña. Es decir, su formación cultural y su proceso de socialización dentro de una cultura latina/anglosajona cambiante. Deben considerarse los estereotipos ante los cuales se enfrenta esta mujer en particular. La formación de su identidad como mujer puertorriqueña, e incluso su contexto sociopolítico. En esta nueva fase, hay que concentrarse en la mujer, sus emociones y vivencias. Se debe evaluar sus actitudes ante la maternidad y sus creencias con respecto a la vida. Las emociones existentes antes y durante el proceso de un aborto, junto a su estilo de vida, su edad, su nivel de educación, y los estresores presentes al tomar la

decisión. Factores como actitudes, creencias, emociones, acciones, estilo de vida, raza, grupo étnico, edad, educación y estresores deben ser analizados.

Esto requiere distanciarse un poco del discurso político que hasta el momento ha caracterizado el tema del aborto. Más que ver a las mujeres como un grupo, hay que verlas en su individualidad. Esto les permitirá a los profesionales de la salud mental identificar, tratar e incluso prevenir cualquier sintomatología que las mujeres que optan por un aborto puedan desarrollar.

Mediante este estudio se pretende establecer nuevas pautas que ayuden a estudiar el tema del aborto y sus efectos en la salud mental de la mujer. Se espera abordar el tema tomando en cuenta la sensibilidad cultural particular de la mujer puertorriqueña, y como ésta podría contribuir al desarrollo de efectos negativos en un futuro. Se analizará las vivencias de una muestra de mujeres puertorriqueñas luego de practicado un aborto inducido. Las mujeres entrevistadas tendrán la oportunidad de identificar si han desarrollado síntomas adversos años después de haberse practicado un aborto, si estos síntomas estuvieron asociados al aborto inducido, y si recibieron o están recibiendo la ayuda necesaria para el manejo de los mismos. Una vez concluya el estudio, se habrá logrado varios objetivos tales como: crear conciencia sobre la existencia de PAS; identificar la existencia de factores precipitantes; y detectar o descartar la presencia de síntomas de PAS en una muestra de mujeres puertorriqueñas años después de haberse practicado un aborto inducido. Con la información recopilada se podrá ofrecer un mejor servicio de salud mental a las mujeres que opten por un aborto inducido. Se abrirá la puerta para futuras investigaciones que permitan el diagnóstico y tratamiento del Síndrome Post Aborto (PAS). Se podrá identificar mujeres en riesgo de antemano, de

manera que puedan recibir orientación sobre PAS, e intervención temprana. La intervención temprana disminuirá la probabilidad de desarrollo de PAS.

Marco teórico

La necesidad de tomar en cuenta factores ambientales en el análisis de la conducta humana no es un tema nuevo. Uno de los primeros teóricos en proponerlo fue Kurt Lewin. Él estableció que la conducta final del ser humano sería el resultado de la interacción de ese individuo con su medio ambiente. Esto se ha resumido en la fórmula $B=f(P,E)$ donde B es la conducta, f la función, P la persona, y E el medio ambiente de la persona. Es decir, el comportamiento del individuo va evolucionando a base de la función o interacción que se va dando entre el individuo y su medio ambiente (Bronfenbrenner, 1979).

Urie Bronfenbrenner retoma estos planteamientos y desarrolla el modelo ecológico, más tarde convertido en el modelo bioecológico. En el mismo, define la conducta del individuo como un “fenómeno de continuidad y cambio en las características biopsicológicas de los seres humanos, tanto individuales como grupales”. Postula que este fenómeno es activo y continuo, extendiéndose a través de toda la vida del individuo. Este proceso interactivo no solo se limita a su vida actual, sino que trasciende incorporando generaciones pasadas, e incluso el tiempo histórico particular del individuo (Bronfenbrenner, 2005).

En este modelo, el individuo vive en un ambiente ecológico que se concibe como un conjunto de estructuras unas dentro de otras. La primera estructura es el microsistema, compuesto por las relaciones inmediatas del individuo. Hace referencia al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que vive el individuo en

determinado escenario. Este escenario se concibe como el lugar donde se produce una interacción cercana, es decir, “cara a cara”. En el caso de la mujer puertorriqueña, su microsistema estará compuesto por varios círculos cercanos, cada uno constituyendo un microsistema en sí mismo.

La familia compuesta por sus padres y hermanos es un microsistema. Es el primer eslabón dentro del proceso de socialización. Los primeros patrones sobre el mundo se desarrollan aquí. Se requiere un fuerte lazo afectivo y el involucramiento de una tercera persona para que la mujer logre establecer e internalizar los patrones de sus padres (Bronfenbrenner, 2005). Este microsistema en particular tendrá una gran influencia en la mujer. De igual manera, la familia compuesta por su esposo, o compañero consensual constituye un microsistema. Dado que la unidad básica de análisis dentro del modelo ecológico es la pareja o el sistema de dos personas, estos microsistemas requieren atención individual (Bronfenbrenner, 1979).

Los centros docentes donde la mujer recibe su educación constituyen microsistemas diversos que van variando a través de los años. También constituyen microsistemas el lugar de trabajo y/o cualquier organización social a la que la mujer pertenezca tales como iglesias, clubes, etc. En la medida en que la mujer participa de estos microsistemas haciendo una transición entre uno y otro se va formando el mesosistema. Un conjunto de microsistemas que constituyen el foco del desarrollo de la mujer en determinado momento de su vida.

Sigue el exosistema, conformado por entidades donde normalmente el individuo no participa directamente. No obstante, las decisiones que estas entidades toman influyen directamente en la vida del individuo. Un ejemplo de un exosistema de la mujer

puertorriqueña es el gobierno. El gobierno es quien establece la política pública. En lo que se refiere a este estudio, establece la política pública sobre el aborto. Es responsable de hacer cumplir las leyes que existen sobre el aborto. Tiene el deber de intervenir para garantizar la salud de la mujer y el potencial de vida del feto. Y tiene el compromiso de evaluar la política pública existente y realizar ajustes conforme la situación lo requiera.

Los medios de comunicación constituyen otro exosistema de la mujer. Estos moldean el pensamiento del pueblo en general en torno a diversos temas. En el proceso, refuerzan conceptos de roles, establecen nuevas tendencias, etc. Aportan directamente en la construcción de conceptos en la mujer. Influyen en su auto imagen. Influyen en su construcción de la maternidad. Establecen un marco de referencia para evaluar las decisiones que se toman. Incluso pueden crear cierta confusión cuando plantean conceptos nuevos. Particularmente cuando redefinen conceptos que se aprendieron de otra forma.

Por último está el macrosistema. Este está compuesto por los patrones ideológicos y organizacionales que interactúan en todos los ecosistemas y que son particulares a determinada cultura. Entre otras cosas, establecen los roles que se dejarán sentir en cada sistema ecológico. Roles que se definen como las expectativas de conducta asociadas a una posición en particular dentro de una sociedad. Estos roles determinan la manera en que la mujer se verá a sí misma en su función como hija, esposa y madre. Establecen las pautas sociales que determinará el trato que recibirá la mujer por parte de sus pares.

En cada estructura, la mujer experimentará diversos eventos ambientales. Estos eventos están constituidos por las actividades adoptadas por los demás con respecto a la

mujer y sus roles. Se suscita un proceso interactivo. A medida que se presentan estas actividades, la mujer reafirma o acomoda sus posturas. En ambos casos, se van produciendo o reforzando mecanismos internos en la mujer. Estos posteriormente se manifestarán en el desarrollo y crecimiento psicológico de la mujer. Los eventos ambientales alteran el desarrollo de la persona de manera inmediata y poderosa (Bronfenbrenner, 2005).

Mientras realiza la transición de un microsistema a otro, la mujer estará confrontada por una diversidad de roles. En un microsistema podrá experimentar una serie de conflictos que la lleven a optar por un aborto inducido. Mientras que en otro microsistema pueden surgir conflictos por haber tomado la decisión de realizarse un aborto inducido. De estos microsistemas también pueden surgir estresores significativos como la pérdida de empleo, responsabilidades múltiples, y otras demandas. La interacción de estos sistemas ecológicos se dejará sentir en las ideas y percepciones que la mujer adoptará sobre el aborto, la vida y la maternidad. Pueden proveerle o privarle del apoyo necesario tanto para enfrentar el proceso de toma de decisión, como para enfrentar la realidad de un aborto.

Durante el proceso de toda su vida, la mujer estará cambiando de un ecosistema a otro, interactuando con todos. En el proceso, cambiará de roles de acuerdo al ecosistema con el cual esté interactuando. La interacción es recíproca, es decir, el ecosistema influye sobre la mujer a la vez que la mujer influye sobre su ecosistema. A estos procesos de interacción recíproca se les conoce como procesos proximales. La manera en que se darán estos procesos dependerá de la interacción de varios factores. Un factor de suma importancia son las características particulares de cada mujer, incluyendo su código

genético. Estas aportan unas variables únicas y particulares al desarrollo de los procesos proximales. El medio ambiente -intermedio y/o remoto- en el que los procesos se llevan a cabo también es importante. Este va a cambiar de acuerdo al ecosistema con el cual la mujer esté interactuando. Incluso los cambios que se presenten en el medio ambiente a través del tiempo contribuirán al desarrollo de estos procesos. Dentro del modelo ecológico, el tiempo juega un papel de suma importancia, implica dos tiempos. El tiempo que transcurre a través del curso de la vida de la mujer, y el tiempo comprendido por el período histórico en que a la mujer le ha tocado vivir.

Mientras estos procesos proximales ocurren, dos fuerzas van a estar operando en la mujer: la fuerza fenomenológica, y la experiencia. La primera corresponde a elementos objetivos. Está relacionada al ambiente y cómo este ambiente es percibido y cambiado por la mujer en las distintas etapas de su vida. Estas etapas se deben ver como un proceso continuo que abarca el nacimiento, la niñez, la adolescencia, la adultez, y la vejez. La segunda, la experiencia, obedece a elementos subjetivos. Comprende el mundo de las emociones y motivaciones particulares de cada mujer. Estas se presentan a través de todas las etapas de su vida y poseen ciertas características de estabilidad y cambio. Pero, la característica más distintiva de estas dos cualidades experimentales es la carga emocional y motivacional que poseen. Tanto así, que en ocasiones, ambas polaridades (amor y odio, alegría y tristeza...) pueden coexistir a la misma vez aunque en niveles diferentes.

La teoría ecológica plantea la existencia de conexiones intrínsecas entre los diversos ecosistemas y su impacto sobre el desarrollo de la mujer. Propone el estudio científico de la acomodación mutua y progresiva entre una mujer, y las propiedades

cambiantes de su entorno a medida que este proceso se afecta por las relaciones de los sistemas y el contexto en que estos sistemas están integrados. Requiere que se vea más allá de los escenarios en que la mujer participa, y se observen las relaciones que se dan entre todos los ecosistemas en que la mujer interactúa. Propone un enfoque no tradicional en el estudio de estas interacciones. En lugar de enfatizar los procesos de percepción, motivación, pensamiento y aprendizaje involucrados, sugiere que se enfatice el contenido. Esto es, qué es lo que la mujer percibe, desea, teme, etc., y cómo la naturaleza de este material psicológico cambia al exponerse e interactuar con su medio ambiente. En este modelo, es indispensable el que se tome en consideración en la investigación científica, cómo la situación fue percibida e interpretada por el sujeto. No hacerlo pone al investigador en riesgo de llegar a conclusiones inválidas que no ayuden ni a la investigación científica, ni al desarrollo de política pública.

El modelo ecológico plantea que la personalidad psicológica de la mujer puertorriqueña está conformada por la interacción de varios ecosistemas. Su familia, la escuela o universidad, el trabajo, las organizaciones cívicas sociales, equipos, etc. Las organizaciones sociales que crean leyes y programas que tocan su vida directamente. El gobierno con su política pública, los tribunales al reforzar las leyes, etc. Toda esta interacción se va a dar dentro de un contexto cultural particular que conformará las reglas dentro de cada ecosistema. Estas reglas en ocasiones pueden entrar en conflicto dependiendo del ecosistema en que la mujer este interactuando. El factor tiempo eventualmente alterará esa interpretación y experiencia. La personalidad psicológica resultante de la mujer no será permanente. Para entender estos procesos, no solo hay que evaluarlos desde la perspectiva de la mujer, como ella los experimenta y los interpreta.

También es necesario tomar en cuenta el factor tiempo, y como este altera esas emociones y percepciones.

Literatura relevante

La interacción de los ecosistemas produce un cúmulo de experiencias que varían en intensidad. Dentro de esa gama de situaciones es muy probable que se experimenten eventos que se consideren desagradables, terribles, e incluso, traumáticos. Una experiencia traumática se define como una experiencia que lleva al individuo a sentirse amenazado, con un alto nivel de temor, indefenso, sin esperanza y horror. Estas experiencias pueden fluctuar desde una visita al médico, un ataque físico, una agresión sexual, un accidente, y/o la pérdida repentina de un ser querido, entre otros. La percepción de estas experiencias varía en cada individuo (Kolk, McFarlane & Weissaeth, 2007).

Después de experimentar un evento traumático, la mayoría de las personas muestran preocupación por el evento. Por un tiempo pueden experimentar recuerdos invasivos e involuntarios sobre el evento. Estos recuerdos recurrentes son un proceso natural que permite que las emociones sobre el trauma sean modificadas. Ayudan a crear tolerancia hacia el trauma y las memorias que se guardan sobre el mismo. Permiten aprender de las experiencias y tomar medidas para enmendar la situación que ocasionó el trauma (acomodo). Con el tiempo, ayudan a aceptar la experiencia traumática de manera que se logra reajustar las expectativas sobre la misma (asimilación). Incluso, estas experiencias pueden convertirse en actos altruistas (sublimación) que redunden en cambios sociales (Kolk et al, 2007).

Aunque muchos individuos se adaptan a eventos traumáticos con flexibilidad y creatividad, otros se quedan fijados en dichas experiencias. Esta fijación tiende a ocurrir cuando una experiencia determinada resulta completamente diferente a las expectativas que se habían anticipado. Esta disonancia altera las creencias y actitudes de la persona afectando su análisis subjetivo de la experiencia. Si la inhabilidad de integrar las experiencias sobrepasa la capacidad de manejo, se afecta el equilibrio biológico, psicológico y social de la persona. La persona termina interpretando el evento vivido como una experiencia traumática (Kolk et al, 2007).

Estas personas no logran superar el proceso de integración y terminan desarrollando patrones de escape y/o agitación extrema. Desarrollan una serie de síntomas asociados al trastorno de estrés post traumático o TEPT por sus siglas en español. El TEPT es una disfunción psicológica que resulta de una experiencia traumática que sobrecarga los mecanismos de defensa de una persona resultando en temores extremos, sentimientos de vulnerabilidad o de entrapamiento, y/o pérdida de control. Se presenta cuando los eventos traumatizantes alteran los mecanismos de defensa de tal manera que estos se tornan desorganizados y se desconectan de la realidad. Esto provoca serias psicopatologías como conductas anormales o trastornos de personalidad (Herman, 1992).

Estos síntomas fueron estudiados ampliamente con los soldados que regresaron de la guerra de Vietnam. Aunque muchos soldados se enlistaron voluntariamente, las experiencias vividas en el campo de batalla fueron percibidas como experiencias amenazantes o traumatizantes. Esto produjo síntomas de TEPT en la mayoría de los soldados. En un inicio se atribuyeron estos síntomas a causas orgánicas. De ahí

surgieron nombres tales como “corazón irritable” (Myers, 1870), y “corazón de soldado” (Da Costa, 1871). Por un tiempo, estas explicaciones médicas resultaron muy adecuadas ya que ofrecían un trato honorable hacia el soldado por parte de la milicia. Sin embargo, el siquiatra británico Charles S. Myers descubrió un grupo de soldados que presentaban los síntomas del llamado “corazón de soldado” sin haber sido expuestos a la línea de fuego. Esto lo llevó a proponer como explicación a los síntomas presentados, un disturbio emocional al que denominó “Shell-shock”.

Después de la Primera Guerra Mundial, se realizaron estudios con civiles y poblaciones que no presentaban características clínicas. Estos estudios reportaron síntomas como los descritos bajo el TEPT en poblaciones expuestas a diversas situaciones extraordinarias. Como resultado de estos estudios, surgieron condiciones con nombres tales como: síndrome del campo de concentración (Eitinger, 1973), síndrome del marinero de guerra (Askevold, 1977), síndrome del trauma de violación (Burgess & Holstrom, 1974), y el síndrome del niño maltratado (Herman, 1981), entre otros.

Además de estas poblaciones, se estudiaron civiles expuestos a situaciones ordinarias. De estos estudios resaltan los hallazgos de sintomatología similar al TEPT luego de eventos de menor magnitud tales como accidentes de auto (Mayou, Bryant & Duthie, 1993), e infartos (Kutz, Shabital, Solomon, Neumann & David, 1994). Shalev junto a sus colegas reportaron pacientes que desarrollaron síntomas típicos del TEPT luego de haber sido expuestos a procedimientos médicos. Asociaron los síntomas a factores como una pobre recuperación luego del procedimiento, y a una negativa de recibir más tratamiento. Ofrecieron, además, una guía para diagnosticar síntomas de TEPT con pacientes expuestos a condiciones y/o tratamientos médicos estresantes, para

ayudar a diagnosticar y tratarlos con prontitud (Shalev, Schreiber, Galai & Melmed, 1993). Síntomas parecidos a los del TEPT también fueron reportados en varios estudios con mujeres que se habían sometido voluntariamente a un aborto inducido. A estos síntomas se le ha dado el nombre de Síndrome Post Aborto (SPA) o “Post Abortion Syndrome” (PAS) en inglés.

La Asociación Americana de Psicólogos, (APA), ha mostrado mucho interés en este tema. Sus aportaciones van desde la diseminación de investigaciones realizadas hasta la participación en tribunales en casos que comprenden asuntos de política pública, consejería, notificación parental y tiempo de espera. En el año 1989, la APA nombró un panel de expertos para que evaluara el tema sobre los efectos adversos del aborto en la salud mental de la mujer. El panel estuvo compuesto por Nancy E. Adler, de la Universidad de California en San Francisco; Henry P. David del “Transnational Family Research Institute”; Brenda N. Major de la Universidad de Nueva York; Susan H. Roth de la Universidad de Duke; Nancy Felipe Russo de la Universidad de Arizona; y Gail E. Wyatt de la Universidad de California en Los Angeles. Habiendo cumplido con su cometido, en octubre del 1992 publicaron sus hallazgos.

En su revisión encontraron diversos factores que limitaban la interpretación de los resultados de algunos estudios, e incluso podrían poner en duda los mismos. Reportaron una limitación en la operacionalización de las respuestas post aborto. Identificaron métodos de recolección de datos no sujetos a los criterios de validez y confiabilidad. Entre estos el uso de entrevistas como medio para evaluar el estado mental de la mujer, y el uso de cuestionarios que no han sido evaluados por sus características psicométricas.

También criticaron la interpretación de información en términos estadísticos que deja fuera el significado clínico de los mismos (APA, 1992).

Ante tales hallazgos, la APA estableció ciertos criterios como guía para los estudios que evaluarían. En primer lugar, determinaron que los estudios debían involucrar la recopilación de datos sujetos a análisis estadístico, con una muestra que se pudiese medir con claridad. En segundo lugar, las mujeres que constituían la muestra deberían haberse realizado abortos legales y bajo condiciones no restrictivas. Y por último, la muestra debía ser de mujeres de nacionalidad americana. Los estudios incluidos tomaron sus muestras de diversos entornos como clínicas de aborto, universidades y hospitales. La mayoría con una mezcla étnica y sin restricciones de edad.

Al evaluar los estudios que cumplieron con estos criterios, identificaron dos inclinaciones: una descriptiva y otra con fundamento teórico. En este último, la tendencia ha sido a enfocarse en las respuestas psicopatológicas después del aborto. Al principio se hizo uso de la teoría psicoanalítica para explicar estas respuestas. Pero recientemente el enfoque se ha dirigido al estrés y las estrategias de manejo del mismo. Desde esta perspectiva el aborto se define como una experiencia estresante. Una que, aunque no necesariamente llevará a sintomatología psicopatológica, ofrecerá una variedad de respuestas. Estas respuestas fluctuarán entre una positiva de maduración y crecimiento, hasta una negativa de efectos adversos.

La revisión de la APA encontró que las respuestas de una mujer hacia un aborto son complejas, por lo que pueden fluctuar desde emociones positivas y emociones negativas. Así lo constataron estudios que la APA evaluó tales como los de Adler y Lazarus. En el estudio de Lazarus evaluado por la APA se reportó que un 17% de la

muestra estudiada expresó sentimientos de culpa después de realizado un aborto. En el estudio de Adler por otra parte, se reportó que en una escala de 1 (ninguno) a 5 (extremadamente), se obtuvo una media de 3.96 de mujeres que indicaron sentir alivio y bienestar; una media de 2.26 de mujeres que indicaron sentir ansiedad, depresión, duda, coraje y arrepentimiento; y una media de 1.81 de mujeres que indicaron sentir vergüenza, culpa y temor al rechazo. Adler atribuyó estas emociones negativas a factores internos y sociales (APA, 1992)

Estas emociones son el resultado de la interacción de la mujer con su ambiente. Cuando la mujer percibe que los eventos de ese ambiente exceden sus recursos, o que los eventos ponen en peligro su bienestar, experimentará estrés. El poner fin a un embarazo no deseado puede reducir niveles de estrés y provocar un sentido de bienestar. Por otro lado, el procedimiento de un aborto puede resultar en una experiencia amenazante y estresante. De igual manera, otras circunstancias relacionadas al aborto como la etapa de gestación, las creencias morales de la mujer, y el grupo de apoyo con el que ella cuente, pueden constituir elementos estresantes. Estos estresores pueden influir directamente en la mujer al punto de llevarla a manifestar síntomas tales como ansiedad, culpa, vergüenza, temor a ser rechazado, lamento, pena, ansiedad, depresión, duda y/o ira (APA, 1992).

Aunque uno de los criterios de inclusión fue la ciudadanía americana, la APA consideró pertinente incluir en su revisión un estudio llevado a cabo en Dinamarca. Esto debido a que este país cuenta con un sistema de registro mucho más efectivo que el de los Estados Unidos, lo que permite recopilar datos con mayor exactitud. El estudio analizó un total de 1,169,819 mujeres de 15 a 49 años de edad. De estas, un total de 23,234

mujeres tuvieron un aborto inducido, y 71,378 mujeres llevaron su embarazo a término. Se comparó el nivel de riesgo presente en cada población de ser admitidas a una institución psiquiátrica luego de terminado el embarazo (ya por parto natural o por aborto inducido). Doce de cada 10,000 mujeres que tuvieron un aborto inducido requirieron hospitalización en comparación con siete de cada 10,000 mujeres que llevaron a término su embarazo. Al analizar un sub grupo de mujeres separadas, divorciadas y/o viudas dentro de la muestra, la proporción fue mayor. Es decir, 64 de cada 10,000 mujeres separadas, divorciadas y/o viudas que se practicaron un aborto fueron admitidas a una institución psiquiátrica en comparación con 17 de cada 10,000 mujeres separadas, divorciadas y/o viudas que llevaron a término su embarazo (APA, 1992).

Aunque los estudios bajo escrutinio señalaron que la mayoría de las mujeres no experimentaron síntomas adversos luego de un aborto, la APA reconoce la existencia de una población de mujeres que por diversos factores podrían experimentar síntomas adversos. Uno de los factores a los que se les atribuye efectos adversos fueron los factores sociales y demográficos. Las mujeres más jóvenes junto a las mujeres solteras y sin hijos previo están en mayor riesgo de experimentar respuestas negativas después de un aborto. También señalaron la etapa de gestación en la que se practica un aborto e incluso el procedimiento médico utilizado (APA, 1992).

Como muchos procedimientos médicos, algunos de los utilizados para un aborto inducido son considerados como procedimientos invasivos. Dentro de los métodos utilizados están el aborto por succión, el D & C, el D & E, la solución salina, la histerotomía u operación cesárea, el aborto inducido químicamente, y el aborto de nacimiento parcial. El aborto por succión, también conocido como el aborto por

aspiración es la técnica utilizada con mayor frecuencia durante las primeras etapas del embarazo. Es el método utilizado en aproximadamente el 95% de todos los abortos (Barklay et al, 1986). Se procede a dilatar la cerviz hasta lograr la dilatación necesaria para extraer el producto de la concepción. Luego se coloca una manguera dentro de la cavidad uterina que está conectada a una máquina de succión. Una vez activada, la máquina procederá a succionar todo tejido dentro de la cavidad uterina, desprendiéndolo y triturándolo en el proceso (Cruz & Colón, 2007). Efectos secundarios varían desde una perforación del útero, una infección y/o una hemorragia (Barklay, Forsythe, & Parker, 1986).

El D & C, también conocido como dilatación y curetaje, se tiende a practicar durante el primer trimestre. El procedimiento se inicia con la dilatación del cuello de la matriz. Luego se introduce un instrumento en forma de cuchara con un hueco en el centro. Los bordes afilados van raspando y cortando el material de concepción en pedazos, con el fin de facilitar su extracción por el cuello dilatado de la matriz (Cruz & Colón, 2007). Luego se sacan los pedazos con la ayuda de fórceps. Los efectos secundarios también varían entre fiebre, infección y/o hemorragia (Barklay et al, 1986). Tanto el método de succión como el D & C mostraron tener menos efectos negativos sobre las emociones de las mujeres que lo utilizaron durante el primer trimestre, en comparación con los métodos utilizados en el segundo trimestre (APA, 1992).

El D & E, también conocido como dilatación y evacuación, es muy similar al D & C. Se realiza en el segundo trimestre del embarazo. Es una combinación entre el D & C y la succión. Haciendo uso de una sustancia natural (como alga marina, o laminaria), o químicas (como prostaglandina), se procede a dilatar el cuello del útero. Se introduce un

instrumento en forma de cuchara con un hueco en el centro y bordes afilados. Con el mismo se raspa y corta el material de concepción en pedazos. Luego, con la ayuda de fórceps y/o una máquina de succión, se agarra y retira el material de concepción (Cruz & Colón, 2007). Como normalmente en este trimestre hay pedazos demasiado grandes para ser extraídos enteros, hay que aplastarlo por compresión antes de sacarlo. Al finalizar el proceso, el médico tiene que armar de nuevo el material de concepción para asegurarse que no se ha quedado nada dentro del útero de la madre pues, de lo contrario, esta sufriría de complicaciones (Barklay et al, 1986).

La inyección salina es otro de los métodos médicos utilizados en los pasados cuarenta años. El líquido amniótico que protege el material de concepción se extrae, inyectándose en su lugar una solución salina concentrada. Esta solución le producirá la muerte al material de concepción ya entrado en el segundo trimestre. La muerte se produce doce horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos, y convulsiones. Una vez completado el proceso, el cuerpo de la mujer expulsa el material quemado espontáneamente. Dentro de los efectos secundarios reportados está el posible daño a los pulmones e hígado de la mujer (Barklay et al, 1986).

La histerotomía es un procedimiento quirúrgico muy parecido a la cesárea que se realiza a finales del segundo trimestre o principios del tercero. Se produce una incisión en el vientre de la mujer a través de la cual se retira todo material producto de la concepción dentro del útero de la mujer, y se desecha. Es el método que representa un mayor riesgo para la mujer (Barklay et al, 1986).

Por último, está el aborto de nacimiento parcial. Este se practica durante el tercer trimestre. Luego de inducir el parto químicamente, se procede a extraer el material de concepción. Dado lo avanzado del embarazo, existe la posibilidad que el material de concepción sobreviva el proceso y nazca vivo. Cuando esto ocurre, se inserta un objeto punzante en la base del cerebro mientras la cabeza aún está en la matriz, y se procede a succionar la masa encefálica. Por último, se extrae el material de concepción y se desecha (Barklay et al, 1986).

El aborto también puede ser inducido por sustancias químicas. Existen dos variantes. Una de ellas se utiliza en el segundo o tercer trimestre. Se inyecta a la mujer una hormona química (prostaglandina) en el saco amniótico. Esto provoca un aborto espontáneo. Dentro de los riesgos reportados para la mujer está la posibilidad de un paro cardíaco. Si el material de concepción nace con vida, se dispone del mismo de otra manera.

En años más recientes, se ha estado haciendo uso de la RU-486 o mifepristona. Esta es una sustancia química o esteroide artificial que se le administra a la mujer durante el primer trimestre. La misma provoca un aborto espontáneo al bloquear las funciones de la progesterona, hormona responsable del desarrollo del óvulo luego de la concepción (Cruz & Colón, 2007). A pesar de haber sido aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), sus efectos secundarios requieren que se administre en un entorno hospitalario.

Además del procedimiento médico utilizado durante el aborto inducido, se han investigado los efectos del proceso de toma de decisión antes de un aborto. Los estudios revisados señalaron que durante el primer trimestre, la mayoría de las mujeres no tienen

dificultad en decidir por un aborto. Sin embargo, dentro del segundo trimestre el 51% de las mujeres reportó dificultad en tomar la decisión, y 36% mostró indecisión. Las mujeres que están satisfechas con su decisión reportan menos efectos negativos después del aborto. Las mujeres que tuvieron una mayor dificultad en tomar la decisión tienden a mostrar una gama de efectos negativos que van desde sentimientos de culpa, ansiedad y sentimientos internos negativos como arrepentimiento y depresión. Las mujeres que en un inicio desean estar embarazadas también presentan efectos negativos posterior a un aborto (APA, 1992).

Otros factores señalados por la APA fueron el apoyo social, las atribuciones en torno al embarazo, y las destrezas de manejo. Estos factores tienden a depender de la percepción de la mujer. En el caso del apoyo social, las mujeres que percibían que contaban con el apoyo de su pareja y/o pares, reflejaron menos sentimientos negativos. En cuanto a las atribuciones, las mujeres que percibían el embarazo como resultado de sus propias decisiones, resultaron con un nivel de depresión significativamente mayor que las mujeres que culpaban a otros. Estas mujeres anticiparon con mayor frecuencia consecuencias negativas severas después de un aborto, y reflejaron una mayor tendencia a experimentar emociones negativas inmediatamente después de un aborto. En relación a las destrezas de manejo, la APA las señala como un factor decisivo en la experimentación de efectos negativos después de un aborto. Las mujeres que se perciben a sí mismas con buenas estrategias de manejo, tienden a reportar menos efectos negativos después de un aborto. Las mujeres con estilos de evitación y negación reflejan una mayor cantidad de efectos negativos después de un aborto (APA, 1992).

La APA cierra su informe concluyendo que, aunque no se conoce mucho sobre los efectos del aborto a largo plazo, los estudios realizados hasta el momento (que abarcan un período de hasta ocho años) reflejan que la mayoría de las mujeres que se realizan un aborto no experimentarán efectos negativos. Sin embargo, reconoce que algunas mujeres experimentarán respuestas negativas y de aflicción. Esto debido a la interacción de diversos factores de corte moral, religioso y étnico. Propone que se tome en cuenta todo lo que constituye el proceso de un aborto inducido. Factores como las condiciones bajo las cuales se da un embarazo, si fue deseado o no, son importantes. Las circunstancias bajo las cuales se toma la decisión de un aborto inducido también son importantes. Se debe tomar en consideración si se cuenta con un grupo de apoyo antes, durante, y después del aborto. Finalmente, se debe considerar la experiencia del procedimiento abortivo en sí según experimentado por la mujer (APA, 1992).

Otra revisión de literatura fue realizada por la Dra. Speckhard, autora del libro *Psychosocial Responses to Abortion*. La Dra. Speckhard, ha estado estudiando el tema del aborto y sus efectos sobre la salud mental de la mujer desde el 1983, cuando trabajaba en el Departamento de Salud de los Estados Unidos en las oficinas de planificación familiar y programa de adolescentes. Al igual que la APA, la Dra. Speckhard encontró una variedad de respuestas en torno a la existencia de efectos negativos. Los resultados fluctuaron desde un sentimiento leve de angustia a corto plazo hasta síntomas severos como los del Síndrome de Estrés Post Aborto.

Las conclusiones de la Dra. Speckhard incluyen una lista de factores que pueden predisponer a una mujer a experimentar sentimientos negativos. Entre los factores enumerados están la presencia de partos y/o abortos previos, una baja autoestima,

procedimientos abortivos llevados a cabo en el segundo trimestre, la afiliación religiosa, coerción y/o presión en la toma de decisión, ausencia de un grupo de apoyo, relaciones interpersonales inmaduras, ambivalencia durante el proceso de toma de decisión, y la existencia de problemas emocionales previos al aborto.

Al evaluar los síntomas más severos, la Dra. Speckhard clasificó los hallazgos bajo tres diagnósticos. Estos son: la angustia post aborto, psicosis post parto y estrés o síndrome post parto. El síndrome post aborto (PAS) es descrito como un tipo de estrés post traumático por la presencia de sintomatología crónica y tardía. Esta es el resultado de la reacción emocional de percibir el aborto como un proceso traumático, tanto física como emocionalmente. Describe cuatro componentes dentro del denominado PAS como variantes del TEPT. Uno de ellos es la exposición o participación de la experiencia de un aborto inducido. Como consecuencia del mismo, viene la re-experimentación negativa y descontrolada del proceso abortivo. Se le suman los intentos fallidos de evitar o negar tanto los recuerdos como las emociones negativas ligadas al aborto. Por último, está la experimentación de síntomas asociados al TEPT, no presentes antes del aborto. Propone que se utilice como criterio diagnóstico para el PAS, los planteados en el DSM III – R bajo TEPT por la similitud entre ambos trastornos. Como rasgos centrales dentro del PAS menciona: la percepción del aborto como un trauma; la re-experimentación del aborto mediante un ciclo de recuerdos intrusivos; la reorganización de la personalidad; evasión y negación; y un inicio tardío de síntomas.

La percepción del aborto inducido como un trauma puede deberse a diversas razones. El aborto puede ser percibido como un evento no normativo. Es decir, contrario a las normas establecidas. Puede ser percibido como una muerte fetal, en especial si el

aborto se lleva a cabo en el segundo o tercer trimestre cuando el material de concepción ya se define como un feto. El aborto también puede ser percibido como un evento traumático por la amenaza que este procedimiento constituye para la vida de la mujer. Finalmente, el aborto constituye un proceso de pérdida. Si la mujer no tiene la oportunidad de reconocer y expresar sentimientos de duelo, la percepción del aborto como un trauma puede persistir.

Algunas mujeres experimentarán sentimientos negativos desde el inicio de la toma de decisión. Otras pueden desarrollar sentimientos negativos a medida que experimenten el procedimiento médico escogido. Mientras que otras pueden experimentar un inicio tardío de los síntomas. Dentro de los síntomas que pueden presentarse tardíamente está el entumecimiento emocional. Este lleva a una insensibilización y pérdida de interés en otros eventos o actividades que antes provocaban interés. La represión es otro síntoma tardío presente en el PAS. La represión es un mecanismo de defensa que ayuda a lidiar con situaciones que provocan un alto grado de estrés. Es inconsciente y puede variar. Puede manifestarse como dificultad en admitir o asociar síntomas de malestar hacia el aborto, hasta una amnesia parcial que no permita la recuperación del recuerdo asociado al evento. Esta represión producirá sentimientos de confusión, y dificultad para conciliar el sueño, entre otros (Speckhard & Rue, 1992).

Otro síntoma asociado al PAS es la experimentación del aborto mediante un ciclo de recuerdos intrusivos. Esta re-experimentación puede detonarse según se acerca la fecha del aborto o al pasar cerca de clínicas que ofrecen servicios de aborto. Incluso puede detonarse ante eventos relacionados a la fertilidad de la mujer. Los recuerdos invasivos pueden presentarse como pesadillas y alucinaciones auditivas tales como el

llanto de un bebé. Pueden manifestarse en pensamientos retrospectivos del procedimiento, en fantasías de cómo hubiera sido el fruto del embarazo que se terminó, o en la celebración del cumpleaños del bebé que no nació. Ante el estrés provocado, la personalidad de la mujer puede sufrir cambios marcados tales como la hiper vigilancia, la enajenación, la depresión y la irritabilidad (Speckhard & Rue, 1992).

Las psiquiatras españolas Gómez Lavín y Zapata García han trabajado con mujeres españolas que muestran síntomas de PAS. En su trabajo: *Categorización diagnóstica del síndrome post aborto*, revisaron los casos clínicos de diez pacientes que diagnosticaron con PAS en su consulta durante los años 2001-03. En sus hallazgos reportaron que todos los casos estudiados cumplieron con los criterios diagnósticos del trastorno de estrés post traumático (TEPT). Las pacientes presentaron síntomas de especial interés cualitativo, como reiterados y persistentes sueños y pesadillas relacionadas al aborto, intensos sentimientos de culpa y la necesidad de reparar sus acciones. Para llevar a cabo el diagnóstico de PAS, utilizaron criterios basados en la literatura estudiada. Estos se presentan en el Anejo I.

En Puerto Rico, se comenzaron a estudiar los efectos psicológicos del aborto en la mujer en el 1986. La entonces estudiante, Mary E. Rivera Montalvo presentó como requisito de graduación, su tesis titulada *Los efectos psicológicos del aborto en un sector de mujeres puertorriqueñas*. El propósito del estudio fue identificar las reacciones emocionales de un grupo de mujeres puertorriqueñas ante el aborto. Logró establecer un perfil socio demográfico, e identificar los sentimientos más sobresalientes de las mujeres que optaron por un aborto. Rivera midió los efectos inmediatos y a corto plazo de mujeres que mostraban síntomas de malestar posterior a un aborto, con mujeres que no

mostraban síntomas de malestar. Utilizó un cuestionario y una entrevista estructurada y validada.

Los resultados mostraron que luego de la legalización del aborto en Puerto Rico, las mujeres reportaron un menor grado de impacto emocional después de un aborto. Aún así, Rivera concluyó que el aborto no deja de ser una experiencia con carga emocional. El impacto emocional es menor cuando: la mujer toma la decisión de acuerdo a sus creencias morales y religiosas, cuando manifiesta sentimientos de seguridad, y cuando no media presión en la toma de decisión. La existencia de enfermedades emocionales previas al aborto aumenta el impacto emocional del aborto (Rivera, 1989).

Otro estudio de interés es la tesis elaborada en el año 1990 por la estudiante de la escuela Graduada de Salud Pública, Edna Pacheco, titulada “*El aborto inducido en Puerto Rico*”. Pacheco investigó los rasgos socio demográficos y reproductivos de un grupo de mujeres que acudieron a una clínica en San Juan para practicarse un aborto durante el año 1985. Sus resultados reflejaron que, para esa época, las mujeres que optaron por un aborto fueron mujeres con ingresos fijos y de estratos sociales elevados. Estas se encontraban dentro de las primeras ocho semanas de gestación, y mostraron un margen de complicaciones muy reducido.

En ese mismo año, se produjo otro estudio significativo por la Dra. María D. Fernós titulado “*La política de mirar para el otro lado: El aborto en la política pública sobre el control de la natalidad en Puerto Rico*”. La Dra. Fernós evaluó la relación entre la política pública adoptada por el gobierno de Puerto Rico para el control de la natalidad, con la práctica del aborto en la Isla. Describió la implantación del aborto en la Isla como parte de una estrategia del gobierno para controlar la población, y no como

medida para velar por los intereses de la mujer puertorriqueña. De acuerdo a sus hallazgos, dichas medidas ayudaron a reducir las muertes de mujeres que eran causadas por clínicas clandestinas, por lo que termina haciendo un llamado a la permanencia de la legalidad del aborto en la Isla.

En el 1991 se sometió otra tesis en la Escuela Graduada de Salud Pública. La misma fue presentada por la estudiante Sonia Sepúlveda Cuevas. El propósito fue describir las actitudes de las mujeres hacia el aborto en determinadas situaciones, y compararlas con las leyes existentes. Las situaciones planteadas fueron: un embarazo que pusiese en riesgo la salud de la mujer, o que fuera el resultado de una violación, la presencia de deformaciones y/o enfermedades en el feto, y cuando la familia no tuviera los recursos económicos para sostener a un nuevo miembro. Sepúlveda hizo uso de una escala a intervalos. Los resultados más significativos fueron la tendencia de las mujeres puertorriqueñas a mostrar sentimientos negativos hacia el aborto. Las mujeres que reflejaron no tener creencias religiosas o que pertenecían a un nivel socio económico alto, favorecieron el aborto.

La organización Colectivo Pro Mujer también publicó un trabajo en el 1992 tras recopilar información sobre el aborto. Investigaron las características de las mujeres puertorriqueñas que optaron por un aborto, y evaluaron la reglamentación que rige las clínicas que ofrecen abortos. Analizaron las políticas de salud pública en torno al aborto junto a la legislación existente. Realizaron, además, un sondeo de las disposiciones del Código Penal, incluyendo las enmiendas realizadas en torno al aborto. Sus hallazgos sugieren que la mayoría de las mujeres puertorriqueñas que optan por un aborto tienden a

ser mayores de 20 años de edad, casadas, con hijos, experimentadas en el uso de anticonceptivos, y de tradición católica.

En el 1993 Sáez presentó su investigación titulada: *El aborto, la mujer y las enmiendas propuestas a los artículos 91, 92 y 93 contenidos en el Código Penal del 21 de mayo de 1992*. Sáez analizó las actitudes de mujeres puertorriqueñas ante el aborto, el conocimiento que tienen sobre el mismo y la legislación vigente en ese momento. Estudió un total de ciento cincuenta mujeres entre las edades de 21 a 35 años de edad, residentes de urbanizaciones de Arecibo (norte de la isla), Utuado (centro) y Yauco (Oeste). Los resultados indicaron que las mujeres desconocían el estado de derecho sobre el aborto vigente en ese momento. Reflejaron, además, una actitud desfavorable hacia el aborto considerándolo un crimen o un pecado. No favorecieron la creación de leyes a favor del aborto e indicaron que no se practicarían un aborto.

Uno de los trabajos más recientes en torno al tema del aborto es el publicado por el centro de Investigaciones Sociales de la Universidad de Puerto Rico en el año 1999. Fueron co autoras de este trabajo Alice Colón, Ana L. Dávila, María Fernós y Esther Vicente. Exploraron el desarrollo socio político y jurídico del aborto en Puerto Rico, y analizaron las decisiones de los foros jurídicos sobre el tema.

Tiene particular interés las impresiones recopiladas de los grupos focales. Se trabajó con un total de cuatro grupos focales compuestos por 17 mujeres entre los 20 y 40 años de edad y que vivían en residencias públicas. Las autoras exploraron el discurso a favor o en contra del aborto, y la posición en cuanto a la maternidad en su muestra. También lograron documentar las condiciones que se dieron en el proceso de toma de decisión, junto a las experiencias relacionadas al procedimiento.

Las mujeres puertorriqueñas que participaron de estos grupos focales indicaron tener conocimiento tanto de la legalidad del aborto como de la existencia y ubicación de algunas clínicas que ofrecen los servicios de aborto. Expresaron que el aborto no es una decisión que se puede tomar a la ligera, sino que es algo que cada mujer debe decidir por sí misma. Se expresaron sobre la necesidad y aceptación del aborto en determinadas situaciones tales como: cuando la vida y la salud de la mujer están en riesgo, cuando el embarazo es el resultado de una violación, cuando existe la posibilidad de que el bebé tenga algún problema físico o mental e incluso cuando el embarazo no ha sido responsabilidad de la mujer y se le impone. Expresaron que el contar con un grupo de apoyo facilita la toma de decisión.

Hicieron expresiones de malestar, culpa y ambivalencia ante un aborto. Indicaron, además, la presencia de deseos de maternidad. Hablaron de sus posturas acerca del valor de la vida, junto a las ideas adquiridas de sus familias, escuelas y/o iglesias. Describieron las condiciones de sus embarazos, y verbalizaron preocupación por la censura social y falta de apoyo. Por último, el grupo focal compuesto por adolescentes manifestó su preocupación por los procedimientos médicos utilizados para inducir un aborto. Resulta interesante la presencia de sentimientos opuestos tales como la aceptación del aborto y su legalidad, junto a sentimientos en contra.

La literatura indica que el proceso del aborto es uno complejo. El resultado será el producto de un proceso interactivo único y particular entre la mujer y sus ecosistemas. No es de extrañar que los resultados de los estudios varíen tanto. En cuanto a la mujer puertorriqueña, ésta presenta sentimientos encontrados en torno al aborto. Según los estudios revisados, estos sentimientos pueden dar lugar a la manifestación de

sentimientos negativos después de un aborto. Estos pueden fluctuar entre sentimientos leves y pasajeros, o pueden desencadenar síntomas de PAS. A partir de esta información, se pretende evaluar una muestra de mujeres puertorriqueñas que se han sometido voluntariamente a un aborto inducido para explorar si exhiben síntomas de PAS de acuerdo a los criterios existentes.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Esta disertación se propuso evaluar una muestra de mujeres puertorriqueñas que se sometieron voluntariamente al proceso de un aborto inducido. Se analizaron sus vivencias para detectar la presencia de síntomas asociados al PAS de acuerdo al criterio diagnóstico propuesto por la doctora Gómez Lavín (Gómez Lavín y Zapata García, 2005). Las inferencias que se hicieron partieron de los datos recopilados tal y como se observaron en su contexto natural. Durante el proceso investigativo se tomaron en cuenta factores de alto riesgos señalados por la APA (APA, 1992).

El proceso investigativo fue de carácter exploratorio, tipo no experimental. Se optó por esta elección ya que el tema del aborto inducido y la presencia de sintomatología de PAS en las mujeres puertorriqueñas ha sido poco trabajado. Amerita se trabaje dentro de un contexto particular y real. La investigación se caracterizó por la observación del fenómeno del aborto tal y como se dio en su contexto natural. La muestra o grupo de estudio participó en el mismo por autoselección, y las variables se dieron sin intervención del observador (Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., 1998).

Diseño de investigación

Existen ciertos retos cuando se pretende evaluar constructos tan particulares y sobre los cuales no se tiene control alguno. La recopilación de información se debe dar en un momento único y particular aunque se trabaje con más de un participante. Es necesario explorar las variables en determinado momento, para poder establecer y

describir cualquier correlación de causalidad entre la variable independiente (el aborto) y la variable dependiente (sintomatología de PAS). Para poder lograr la cometido, se optó por un diseño transaccional correlacional o causal.

Definición de las variables

- Aborto inducido: proceso invasivo utilizado para llevar a término un embarazo no deseado. Para efectos de éste estudio, el aborto inducido será la variable independiente dado que es la variable que se considera como causante del tema de estudio
- Salud mental: estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana
- Largo plazo: tiempo transcurrido luego de realizado un aborto inducido que comprende al menos cinco años o más
- Factores de alto riesgo: factores identificados en diversos estudios como elementos que contribuyen a que las mujeres desarrollen efectos adversos luego de realizado un aborto inducido. Los factores son:
 - datos socio demográficos tales como la edad, el grado de escolaridad, el estatus civil, y el estrato social
 - las condiciones bajo las cuales se presenta el embarazo al que se le puso fin incluyendo si era deseado, si era el primer embarazo, y/o si la mujer contaba con un grupo de apoyo
 - las circunstancias que se dieron en el proceso de la toma de decisión
 - el trimestre en que se llevó a cabo el aborto

- el método utilizado
- la manera en que la mujer percibió la experiencia
- factores de corte moral, religioso y/o étnico que formaban parte de los planteamientos esbozados por la mujer antes, durante y después del aborto.
- Síndrome de estrés post aborto (PAS): conjunto de síntomas reportados por algunas mujeres que se han practicado un aborto inducido. Para propósitos de éste estudio, deben estar presentes uno o varios de los síntomas descritos, y deben haber tenido su inicio después de la realización del aborto sin que la existencia de otros acontecimientos vitales concomitantes formen parte del origen del trastorno.

Los síntomas son:

- síntomas depresivos tales como tristeza, pena, pesar y/o llanto frecuente
- síntomas de ansiedad, angustia y/o rabia relacionados al aborto
- sentimientos de culpa y vergüenza
- pérdida de autoestima, auto rechazo, incapacidad para perdonarse por el aborto realizado
- pensamientos suicidas
- deseos de expiación (de borrar la culpa, de purificarse de ella), y la necesidad de reparar el daño o prejuicio cometido
- pesadillas recurrentes sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos
- pensamientos recurrentes e intrusivos o “flashbacks” sobre el aborto o la criatura abortada

- alucinaciones y pseudo alucinaciones auditivas (oír el llanto de un niño)
- fantasía reiteradas de como hubieran sido las cosas si no se hubiera abortado
- evitación y/o rechazo de estímulos o situaciones que recuerden el aborto, sus circunstancias o consecuencias (noticias de embarazos o abortos, reconocimientos médicos o ambientes clínicos, la visión de recién nacidos o de niños pequeños, etc.)
- empeoramiento típico de los síntomas en las fechas en que tuvo lugar el aborto o en que el niño debería haber nacido (reacciones de aniversario)
- alteraciones conductuales relacionadas con emociones provocadas por el aborto tales como trastornos sexuales (inhibición o rechazo sexual, frigidez, promiscuidad); anorexia u otros trastornos alimentarios; abuso de drogas o alcohol; aislamiento social y falta de interés y atención para tareas y obligaciones habituales; enfados repentinos y arrebatos de cólera; aceptación de relaciones interpersonales abusivas

Preguntas de estudio

Partiendo de los estudios consultados, se encontró que algunas mujeres pueden desarrollar efectos adversos a largo plazo luego de realizado un aborto que son cónsonos con el llamado Síndrome Post Aborto (PAS). Particularmente mujeres que presentan factores de alto riesgo previamente mencionados. Estos planteamientos nos llevaron a las preguntas que sirvieron de guía para este estudio: ¿Presentarán las mujeres puertorriqueñas síntomas psicológicos a largo plazo luego de realizado un aborto? ¿Estos síntomas cumplirán con los criterios diagnósticos establecidos para el Síndrome Post

Aborto? ¿Las vivencias y/o presencia de factores de alto riesgo contribuyeron a la experimentación de estos síntomas en las mujeres puertorriqueñas?

Formulación de hipótesis

Hipótesis de investigación

Las mujeres puertorriqueñas que se sometieron voluntariamente a un aborto inducido experimentaron síntomas asociados al Síndrome de Estrés Post Aborto a largo plazo.

Hipótesis nula

Las mujeres puertorriqueñas que se sometieron voluntariamente a un aborto inducido no experimentaron síntomas asociados al Síndrome de Estrés Post Aborto a largo plazo.

Hipótesis alterna

Algunas mujeres puertorriqueñas que se sometieron voluntariamente a un aborto inducido experimentaron síntomas asociados al Síndrome de Estrés Post Aborto a largo plazo.

Selección de la muestra

La población para este estudio está aislada, dificultando el proceso de identificación. Este aislamiento obedece al hecho de que un aborto no es un evento del que las mujeres hablen abiertamente. En ocasiones, ni siquiera los familiares más cercanos tienen conocimiento del aborto. Son las clínicas de aborto, hospitales y/o médicos quienes custodian la información de las mujeres que se han practicado un aborto. Esta información se mantiene en confidencialidad para proteger a la mujer y cumplir con los requerimientos legales. Esto condujo al uso de una muestra no probalística ya que el proceso de selección fue informal y casual. Se optó por los siguientes criterios de inclusión para la muestra final:

- ✓ mujeres puertorriqueñas. Entiéndase, mujeres que fueron educadas bajo los conceptos y principios socio culturales particulares de la sociedad puertorriqueña, aunque no necesariamente hayan nacido en Puerto Rico.
- ✓ haberse practicado al menos un aborto inducido
- ✓ haber transcurrido un período mínimo de un año o más a partir del momento en que se practicaron el aborto inducido.
- ✓ fluctuar entre los 25 y los 45 años de edad

Recolección de datos

Con la debida aprobación del Comité de Revisión Institucional del Sistema Ana G. Méndez, se procedió a recopilar los datos necesarios para realizar el estudio.

Mediante el uso de una convocatoria escrita en forma de hoja suelta, se orientó a la población sobre la investigación que se llevaría a cabo. La convocatoria que se distribuyó proveyó todos los detalles del estudio. Incluyó información sobre el manejo de la información recopilada, confidencialidad, riesgos y beneficios para las participantes, e información de la Investigadora principal para concertar una cita.

Una vez las participantes contactaron a la Investigadora principal, se procedió a concertar una cita para atenderle de manera individual en el Centro designado. De esta manera se mantuvo la identidad de las participantes confidencial, ya que no tuvieron necesidad de interactuar con nadie más que no fuera la Investigadora principal.

Llegado el momento de la cita pactada previamente, se inició la entrevista enfocada. Esta es una entrevista cualitativa propuesta inicialmente por Merton en el 1956. Se caracteriza por contener preguntas en forma estandarizada, y ser estructurada. El objetivo de la misma es probar una hipótesis al ofrecer respuestas a un tema pre

determinado (Keats, 1992). En la primera fase de la entrevista, se procedió a obtener el consentimiento para participar en la investigación. Esto se hizo mediante la lectura del Consentimiento, documento que describió el propósito del estudio, los criterios de inclusión de las participantes, el procedimiento a llevarse a cabo, y los riesgos y beneficios del estudio. Incluyó información sobre el derecho de las participantes de retirarse en cualquier momento del estudio. Se desglosaron las medidas y criterios de confidencialidad para proteger la identidad, garantizar el respeto, beneficio y justicia de las participantes. Se enfatizó que la identidad de las participantes se mantendrá anónima en todo tiempo. El único documento que tendrá el nombre de las participantes será la hoja de consentimiento. La misma se mantendrá bajo llave, y solo la Investigadora principal tendrá acceso a la misma. El cuestionario no contendrá información personal ni de las participantes, ni de sus familiares. Solo contendrá datos de carácter socio económico, y pertinentes al estudio. El mismo se archivará por separado. En el caso de grabaciones, estas serán trituradas y destruidas una vez sea transcrita la entrevista. La transcripción de la entrevista será guardada junto al cuestionario en un archivo bajo llave por un periodo de cinco años. Luego de este tiempo, todos los documentos serán destruidos mediante el uso de un triturador de papel. La única persona que manejará dichos documentos durante y después de la investigación, será la Investigadora principal.

Luego de la orientación inicial, donde la Investigadora le leyó y firmó el consentimiento luego de aclarar dudas, se le hizo entrega a la participante de un cuestionario. El mismo se utilizó con el propósito de identificar sintomatología de PAS. La Investigadora principal le ofreció las directrices y permaneció a su lado para clarificar dudas en cuanto a los reactivos. Mientras respondían a los reactivos, algunas

participantes hicieron comentarios espontáneos con respecto a sus experiencias y vivencias. Estas declaraciones fueron validadas, registradas, e incluidas en el análisis de datos.

Cuando las participantes terminaron de llenar el cuestionario, se les realizaron las preguntas de entrevista previamente seleccionadas. Todas las participantes participaron tanto del cuestionario como de las preguntas de entrevista. Ambos procedimientos fueron cruciales en la recopilación de datos. Finalizado todo el proceso de firma de consentimiento, administración de cuestionario y preguntas, se le proveyó a cada participante de una hoja informativa sobre el PAS. La misma les ofreció información básica sobre el Síndrome Post Aborto junto a un listado de lugares donde podían solicitar ayuda si así lo deseaban. Para cerrar el proceso, se le agradeció su participación en el estudio.

Durante el proceso de recopilación de datos, se realizaron preguntas sobre un evento significativo en la vida de las participantes, un aborto inducido. Las participantes tuvieron la oportunidad de ventilar emociones asociadas al aborto. Fueron orientadas con respecto al Síndrome Post Aborto, y pudieron determinar si ellas habían presentado o estaban presentando síntomas asociados al mismo. La probabilidad que alguna de las participantes experimentara malestar emocional antes, durante, y después del proceso investigativo fue bien alta. Las participantes reportaron síntomas tales como: tristeza, pena, pesar, y culpa. Algunas lloraron durante el proceso, en especial cuando narraron detalles del aborto. Sin embargo, ninguna requirió ser referida a un profesional de la salud mental, a pesar de la disponibilidad de este servicio.

El cuestionario seleccionado para llevar a cabo el proceso de identificación de síntomas asociados a PAS, fue desarrollado por un comité de profesionales de la salud mental en el 1994. Ha sido utilizada por varias entidades que ofrecen ayuda a mujeres después de realizado un aborto. Dentro del comité creador figuran el Dr. David C. Reardon, el Dr. Vincent Rue, Vicki Thorn, y la Dra. Anne Speckhard. El primero es Ingeniero eléctrico graduado de la Universidad de Illinois. Prosiguió su grado doctoral en bioética en la universidad “Pacific Western University”. Actualmente es director del “Elliot Institute”, organización sin fines de lucro fundada en el año 1988 que se ha dedicado a investigar y educar sobre el impacto del aborto. Es autor de varios trabajos publicados en el “*British Medical Journal*” y el “*American Journal of Obstetrics and Gynecology*”.

El Dr. Vincent Rue recibió su grado doctoral en Desarrollo humano y familia de la Universidad de Carolina del Norte en el 1975. En el año 1981 presentó la primera evidencia clínica sobre el Síndrome de Estrés Post Aborto ante el Congreso de los Estados Unidos. En el 1984 publicó uno de los primeros artículos que hablan sobre el impacto del aborto en los hombres. Por treinta años ha sido psicoterapeuta trabajando con hombres y mujeres que han sido impactados por un aborto. Fue miembro de la facultad de la Universidad del estado de California en Los Ángeles, y en la Universidad Internacional de Estados Unidos en San Diego. Durante la administración del Presidente Ronald Reagan, fue consultor del cirujano general, Dr. C. Everett Koop en el tema del aborto. Actualmente el Dr. Rue es el Director del Instituto para el manejo de pérdida de embarazos en Jacksonville, Florida. Funge como litigador y consultor de varias oficinas de Procuradores Generales en temas relacionados a familia y aborto. Es miembro de la

Academia americana de expertos en la tensión traumática y de la Sociedad internacional para los estudios traumáticos de la tensión.

Dentro del comité creador también está Vicki Thorn. Thorn obtuvo su grado en psicología de la Universidad de Minnesota. Posee varios certificados en manejo de pérdida otorgados por la Academia Americana de Manejo de Pérdida, y la organización “Resolve Through Sharing Prenatal Loss”. También posee un certificado en consejería de trauma otorgado por la Universidad de Wisconsin-Milwaukee. Es miembro de la Asociación de Salud y psicología pre y perinatal. En el 1984 fundó el grupo “Project Rachel”, entidad sin fines de lucro que se dedica a ofrecer ayuda psicológica a mujeres que han abortado, o están en proceso de toma de decisión.

El último miembro del comité lo fue la Dra. Anne Speckhard, quien es profesora asociada de psiquiatría en *Georgetown University Medical*. También es profesora de psicología en el colegio Vesalius de la Universidad Libre de Bruselas. Es considerada una especialista clínica e investigativa en el campo de los desórdenes de estrés con más de veinte años de experiencia. Trabajó en las oficinas del Programa de Planificación Familiar, y en el Programa de Adolescentes Embarazadas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Como psicóloga y experta forense en trauma, ha sido consultada por el Congreso de Estados Unidos y varios tribunales en temas relacionados a traumas psicológicos.

El cuestionario fue administrado a una población de mujeres que buscaron consejería luego de haberse practicado un aborto. Participaron un total de 260 mujeres. El cuestionario fue traducido al español por la organización No Más Silencio. Actualmente es utilizado en España para identificar sintomatología de PAS. Se obtuvo

permiso de uso de los autores. Para propósitos del este estudio, el cuestionario fue adaptado.

Codificación y análisis de datos

Finalizado el proceso de recolección de datos se transportaron los documentos en un bulto bajo llave hasta las oficinas de la Investigadora principal, donde se transcribieron las entrevistas. Para codificar y analizar las respuestas del cuestionario, se utilizó el sistema SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 17.0. En cambio, para el análisis cualitativo, se hizo uso del programa NVivo 10. Una vez se concluyó esta fase, se archivaron los cuestionarios junto a las entrevistas bajo llave. La Investigadora será el custodio de estos documentos por un periodo máximo de cinco años. Una vez concluido el tiempo estipulado, la Investigadora procederá a destruir los documentos mediante el uso de un triturador de papel.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Presentación de los hallazgos

Este estudio fue uno cualitativo, de carácter exploratorio. El objetivo primordial de este estudio fue explorar la incidencia de síntomas del Síndrome Post Aborto (PAS) en Puerto Rico. En primera instancia, se pretendió explorar si mujeres puertorriqueñas que se sometieron a un aborto inducido presentaban efectos adversos a largo plazo luego de realizado el mismo. En segundo lugar, se pretendió evaluar si los síntomas cumplían con los criterios diagnósticos establecidos para el Síndrome Post Aborto. Por último, se procedió a identificar la presencia de factores cuya presencia puede contribuir a la experimentación de síntomas adversos luego de un aborto inducido.

Datos sociodemográficos

Participaron en el estudio un total de cuatro mujeres puertorriqueñas. Esta muestra se dio vía autoselección. Las participantes respondieron libre y voluntariamente a la convocatoria emitida para anunciar el estudio. Los datos fueron recopilados mediante una entrevista estructurada. En la misma se le administró un cuestionario a cada participante que estuvo constituido de tres sub escalas. Estas permitieron la recopilación de datos sociodemográficos, la identificación de factores de alto riesgo, y la identificación de indicadores asociados a PAS, respectivamente. Una vez completado, las participantes respondieron a unas preguntas guías. Al finalizar el proceso, se les orientó sobre los síntomas de PAS y sobre lugares donde podría recibir ayuda si lo estimaban necesario.

Las variables sociodemográficos que se tomaron en consideración fueron: la edad, pueblo de residencia, preparación académica, profesión, estado civil, número de hijos, religión, número de abortos realizados, y años transcurridos desde que se realizó el aborto. Presentamos a continuación como se presentó cada una.

Variable edad

La muestra utilizada quedó dividida entre dos grupos de edades. El 50% ubicó entre el rango de 31 a 40 años de edad, y el restante 50% ubicó entre el rango de 41 a 50 años. La Tabla 1 muestra la frecuencia y porcentos de esta variable.

Tabla 1: Distribución de frecuencia y porcentaje de la variable edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
31-40	2	50.0
41-50	2	50.0
Total	4	100.0

Variable pueblo de procedencia

Al explorar el pueblo de residencia, se utilizaron los puntos cardinales como referencia. Las participantes debían escoger un punto cardinal de acuerdo a la ubicación del pueblo donde residen. La distribución reflejo que el 50% de la muestra reside en el área Este, mientras que el restante porcentaje quedó distribuido entre las áreas Norte y Centro respectivamente. Los datos están recopilados en la Tabla 2.

Tabla 2: Distribución de frecuencia y por ciento de la variable pueblo de procedencia

Pueblo de procedencia	Frecuencia	Por ciento
Este	2	50.0
Norte	1	25.0
Centro	1	25.0
Total	4	100.0

Variable preparación académica

La distribución de la muestra sugiere que el nivel de estudios alcanzados entre las participantes quedó dividido equitativamente entre estudios de escuela superior, bachillerato, maestría, y otros. Presentamos los hallazgos en la Tabla 3.

Tabla 3: Distribución de frecuencia y por ciento de la variable preparación académica

Preparación académica	Frecuencia	Por ciento
Escuela Superior	1	25.0
Bachillerato	1	25.0
Maestría	1	25.0
Otros	1	25.0
Total	4	100.0

Variable profesión

En esta variable se observó una distribución que sugiere que el 50% de las mujeres tienen profesiones especializadas, mientras un 25% se desempeña en ventas, y

un 25 % se dedica a ser ama de casa. Obsérvese los resultados de frecuencia y distribución de esta variable en la Tabla 4.

Tabla 4: Distribución de frecuencia y porcentaje de la variable profesión

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	1	25.0
Ventas	1	25.0
Especializadas	2	50.0
Total	4	100.0

Variable estado civil

Se encontró que la mitad de la muestra estaba casada al momento del estudio, mientras que la otra mitad estaba divorciada. La distribución y frecuencia de esta variable se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5: Distribución de frecuencia y porcentaje de la variable estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	2	50.0
Divorciada	2	50.0
Total	4	100.0

Variable número de hijos

Otra variable que se tomó en consideración fue el número de hijos procreados después del aborto. La distribución reflejó que el 50% de la muestra ha procreado dos hijos, un 25% un hijo y 25% 4 hijos. Se presentan los hallazgos en la Tabla 6.

Tabla 6: Distribución de frecuencia y porcentaje de la variable número de hijos

Núm. de Hijos	Frecuencia	Porcentaje
1	1	25.0
2	2	50.0
4	1	25.0
Total	4	100.0

Variable religión

La variable religión no solo constituye una variable sociodemográfica, sino que es además un factor de alto riesgo. La distribución sugiere que todas las mujeres practican una religión tradicional. El 50% se identificó como practicantes del catolicismo, y el otro 50% se identificó como protestante. La Tabla 7 reporta la distribución y frecuencia de esta variable.

Tabla 7: Distribución de frecuencia y porcentaje de la variable religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	2	50.0
Protestante	2	50.0
Total	4	100.0

Variable número de abortos realizados

Los resultados indicaron que el 75% de la muestra se ha practicado al menos un aborto inducido, mientras que el 25% se ha practicado dos. Se presentan los resultados en la Tabla 8.

Tabla 8: Distribución de frecuencia y porcentaje de la variable número de abortos realizados

Núm. de abortos	Frecuencia	Porcentaje
1	3	75.0
2	1	25.0
Total	4	100.0

Identificación de síntomas adversos

Habiendo culminado la descripción de la muestra utilizada, nos enfocamos en la identificación de síntomas adversos a largo plazo luego de practicado el aborto inducido. El cuestionario utilizado incluyó sesenta y dos reactivos asociados a síntomas adversos. Todas las participantes reportaron la presencia de síntomas adversos, aunque la frecuencia varió. La Participante # 1 reportó una frecuencia de 33, lo implica un total del 53% del total de síntomas presentados. Mientras que la Participante #3 reportó una frecuencia de 11 que representa el 17% del total de síntomas. Los resultados se presentan a continuación.

Tabla 9: Distribución de frecuencia y porcentaje de síntomas por participante

Participante	Frecuencia	Porcentaje
Participante #1	33	53.2
Participante #2	25	40.3
Participante #3	11	17.7
Participante #4	24	38.7
Total	62	100.0

Presencia de PAS

Una vez identificados síntomas adversos, se procedió a evaluar si los mismos cumplían con los síntomas del Síndrome Post Aborto. El 75% de la muestra cumplió con los criterios diagnósticos de PAS, mientras que un 25% no reunió los criterios establecidos. La Tabla 10 reporta los resultados encontrados.

Tabla 10: Distribución de frecuencia y porcentaje de síntomas de PAS

Síntomas PAS	Frecuencia	Porcentaje
Cumple con criterios	3	75
No Cumple criterios	1	25
Total	4	100.0

Entre los síntomas reportados, unos se presentaron con mayor frecuencia que otros. Los resultados sugieren que el 100% de la muestra reportó haber experimentado y/o estar experimentando culpabilidad y arrepentimiento. El 75% de la muestra reportó haber experimentado y/o estar experimentando tristeza, amargura, remordimiento, miedo al castigo divino, y miedo que otros se enteren del aborto. Y el 50% de la muestra reportó haber experimentado y/o estar experimentando angustia, vergüenza, pensamientos recurrentes de cómo sería el hijo(a), impotencia, miedo a que les pase algo a sus hijos, miedo a otro embarazo, y llanto incontrolable. Los resultados de la frecuencia con se presentaron estos síntomas aparecen en la Tabla 11.

Tabla 11: Distribución de frecuencia y porcentaje por síntomas

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Culpa	4	100.0
Arrepentimiento	4	100.0
Tristeza	3	75.0
Amargura	3	75.0
Remordimiento	3	75.0
Miedo al castigo divino	3	75.0
Miedo que otros se enteren del aborto	3	75.0
Angustia	2	50.0
Vergüenza	2	50.0
Como seria hijo(a)	2	50.0
Impotencia	2	50.0
Miedo que le pase algo a los hijos	2	50.0
Miedo a otro embarazo	2	50.0
Llanto incontrolable	2	50.0
Total	4	100.0

Factores de alto riesgo

Por último, se exploró la presencia de factores cuya presencia puede contribuir a la experimentación de síntomas adversos luego de un aborto inducido. Los hallazgos se reportan en la Tabla 12.

Tabla 12: Distribución de frecuencia y porcentaje de factores de alto riesgo

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Actitud negativa de la familia	4	100.0
Factores de corte moral /religioso	4	100.0
Actitud negativa de la pareja	3	75.0
Presión externa en toma de decisión	3	5.0
Total	4	100.0

Hallazgos adicionales

Durante el proceso de entrevista, las participantes hicieron declaraciones espontáneas. Un análisis cualitativo de las declaraciones nos permitió explorar las ideas que las participantes tenían sobre el aborto, antes y después de haberse sometido voluntariamente a uno. Se evaluó la percepción que tuvieron del proceso de toma de decisión. Se exploró como habían percibido el aborto inducido en sí. Al finalizar la entrevista se les proveyó información sobre el PAS y una lista de lugares donde podrían recibir ayuda si lo estimaban necesario. Se aprovechó para explorar si tenían conocimiento sobre el Síndrome Post Aborto antes o después de realizado el aborto. Se les preguntó si habían sido orientadas sobre la posibilidad de experimentar síntomas adversos luego de realizado el aborto, y si se les había orientado sobre lugares donde acudir para recibir ayuda. En base a sus respuestas, se recopilaron sus recomendaciones al gobierno respecto a como amparar y cubrir a la mujer que opta por un aborto.

Ideas sobre el aborto antes y después de realizado un aborto inducido

Todas las participantes coincidieron en que creían que el aborto estaba mal antes de haberse practicado un aborto. Tres de las participantes verbalizaron que no creían que el aborto era un derecho de la mujer. Así se dejó ver en sus declaraciones: “No, nunca he estado a favor del aborto. Dios da la vida y la quita. Aun pienso lo mismo” “No, no creía que era una solución. Sigo igual”. “No creía en el aborto, se puede evitar. Hay otras soluciones. Aun pienso que no”. Una de las participantes indicó que antes del aborto, creía que el aborto era un derecho de mujer, pero que después del aborto tenía sus reservas.

Cabe señalar que todas las participantes tenían pleno conocimiento que el aborto está cobijado bajo la ley, y reconocido como un derecho de la mujer.

Percepción sobre el proceso de un aborto inducido

A medida que cada participante respondía a los reactivos, parecía que necesitaban verbalizar las razones y circunstancias que les llevaron a realizarse un aborto. De manera espontánea narraron sus vivencias. A continuación el resumen de sus experiencias según la narraron. Para propósitos de confidencialidad, se les ha asignado un nombre ficticio a las participantes.

Carol era una joven soltera que estudiaba su bachillerato y quedó embarazada de su novio. Aunque su pareja estaba emocionada por el embarazo, la joven optó por el aborto. Su motivación: “más que temor, terror” que sus padres la rechazaran. Su pareja la acompañó en todo momento. Más adelante, quedó embarazada nuevamente. En esta ocasión estaba con otra pareja. Al igual que en el primer embarazo, su pareja se alegró y no quería que abortara. Una vez más, el temor de enfrentar a sus padres fue más fuerte.

Cuando llegó el momento de ir a la clínica, su pareja no la quiso acompañar. Indicó que hoy siente un “vacío existencial”. Lamenta no haber tenido apoyo y comprensión por parte de sus padres. Si pudiera cambiaría todo y enfrentaría a sus padres. Ha lamentado toda su vida su decisión.

Carolina estaba casada y tenía dos hijos al momento de realizarse el aborto inducido. Ella y su esposo atravesaban una crisis económica y familiar. Ella se emocionó muchísimo cuando se enteró de su embarazo, pero no así su pareja. Ante la insistencia de su pareja, se sometió a un aborto. Verbalizó que la decisión de no continuar con el embarazo la tomó su pareja. Lo ha lamentado toda su vida. Sus padres y familiares nunca se han enterado.

Carola era una estudiante universitaria que sostenía una relación con un hombre casado. Quedó embarazada al mismo tiempo que la esposa de su compañero sentimental. Su pareja tomó la decisión, ella lo siguió. Lo ha lamentado toda su vida. Nadie más sabe que ha abortado. Añadió que recientemente viajó fuera de Puerto Rico, y el hijo de quien fue su pareja estaba en el mismo vuelo. Tiene la edad que tendría su hijo(a).

Carolís era estudiante de secundaria, comprometida y muy enamorada. Al quedar embarazada, ella y su novio se emocionaron muchísimo. No titubearon en darles la noticia a los padres de él. Estos se alegraron. Cuando su hermana se enteró fue diferente. Le ruega que opte por un aborto. La madre de ambas estaba pasando por una situación bien difícil con el hermano de ellas. La hermana le convence de que la madre no iba a poder manejar la noticia del embarazo. Las razones, ella era bien tradicional y ya estaba sufriendo mucho. Carolís la escuchó. El día del aborto, su hermana la acompañó, pero su pareja no. El día de hoy su hermana y Coralís no han vuelto a tocar el tema. A sus

suegros Coralís y su novio les dijeron que había sido una falsa alarma. Lamenta la decisión que tomó.

De acuerdo a sus declaraciones, se infiere que el 75% de la población recurrió al aborto porque se sintieron directamente presionadas por parte de sus familiares y/o pareja. En cambio, el 25% de la muestra recurrió al aborto por sentirse presionada indirectamente por sus padres.

Recomendaciones al gobierno

Se les preguntó a las participantes si entendían que la ley debería amparar a la mujer embarazada contra presiones externas en el proceso de toma de decisión. Todas las participantes coincidieron en que sí, la ley debe proveer para asegurar que el proceso esté libre de presiones externas. Indicaron además, que el gobierno debe asegurarse que la mujer reciba la debida orientación en cuanto al proceso del aborto, (entiéndase el método a ser utilizado), y las posibles consecuencias (entiéndase físicas y/o emocionales). Esto quedó plasmado en sus respuestas. “Definitivamente. Debe haber mayor orientación y alternativas. Yo quería escapar del temor, del pánico, del terror. No vi opciones”. “Sí (el gobierno debe proveer orientación). A veces uno se deja llevar por las presiones de afuera y luego se arrepiente”. “Que sea el gobierno. La ley no es tan fácil.” Una de las participantes indicó que le hubiese gustado que la clínica la orientara. Entiende que no fue así porque “ese es su negocio.” Propuso que “se debe exigir que haya personas externas a las clínicas que orienten sobre el proceso y las posibles consecuencias”.

Percepción sobre el proceso del aborto

Algunas de las participantes describieron el proceso del aborto de manera abierta y detallada, mientras otras fueron más reservadas. Coralis indicó que no recordaba mucho. Describió la experiencia como “una regla bien fuerte”. Carola verbalizó que el proceso fue doloroso “pero no desgarrador”. Lo describió como una experiencia traumática. No pudo salir de su habitación por dos días. En cambio, Carolina relató que al llegar a la clínica, tuvo la oportunidad de salir y pedirle a su esposo que se fueran pero él no quiso. Una vez en la sala donde se efectuaría el procedimiento, le informó al médico que estaba arrepentida y no quería continuar. Pero se le indicó que era muy tarde. Lloró durante todo el proceso. Carol describió el proceso como uno doloroso y traumático. Mientras estaba en la clínica, escuchó mujeres gritando “Me duele”. El proceso le dolió aun con la anestesia, y estuvo sangrando por dos semanas. Más adelante tuvo que recurrir a sala de emergencia para descubrir que el aborto no había sido completo. Tuvieron que eliminar el tejido que le habían dejado en el útero. Aunque el segundo aborto no le resultó doloroso, fue más traumático. En esta ocasión tenía el envase donde se recogía el material de concepción a nivel de su rostro. Durante el proceso pudo ver el material de concepción a medida que llenaba el mismo.

Conocimiento de PAS

Al explorar el conocimiento que las participantes tenían sobre el PAS, el 100% indicó no haber escuchado sobre el mismo ni haber recibido orientación alguna al respecto antes o después de haberse practicado el aborto. Se indagó, además, si en algún momento las participantes fueron orientadas sobre la posibilidad de experimentar

síntomas adversos y/o lugares donde podían recibir ayuda si aparecían síntomas adversos. El 100% respondió que nunca fueron orientadas al respecto.

Resumen de los hallazgos

A continuación se ofrece un resumen de los hallazgos más relevantes con el propósito de facilitar la interpretación de los mismos. Participaron un total de cuatro mujeres puertorriqueñas entre las edades de 31 a 50 años. Todas provenientes de distintos puntos de la isla, con niveles educativos variados y ejerciendo profesiones diferentes. Todas evidenciaron un trasfondo de corte moral y religioso, y se practicaron al menos un aborto. El 100% de la muestra reflejó síntomas adversos después de practicado el aborto. Entre esos síntomas, el 100% reportó haber experimentado y/o estar experimentando culpabilidad y arrepentimiento. El 75% de la muestra reportó haber experimentado y/o estar experimentando tristeza, amargura, remordimiento, miedo al castigo divino, y miedo que otros se enteren del aborto. Y el 50% de la muestra reportó haber experimentado y/o estar experimentando angustia, vergüenza, pensamientos recurrentes de cómo sería el hijo(a), impotencia, miedo a que les pase algo a sus hijos, miedo a otro embarazo, y llanto incontrolable.

Al evaluar los síntomas, se encontró que el 75% de la muestra cumplió con los criterios diagnósticos de PAS, mientras que un 25% no reunió los criterios establecidos. También se identificaron factores de alto riesgo tales como: trasfondo moral/religioso, actitud negativa de familiares y/o pareja (falta de apoyo), y presión directa o indirecta por parte de familiares y/o pareja. En general, el 100% de las participantes reportaron creer que el aborto fue una mala decisión, el 100% de la muestra se mostró arrepentidas, y el 50% describió la experiencia como dolorosa y traumática. El 100% indicó no conocer lo

que era el Síndrome Post Aborto, y no haber sido orientadas sobre la posibilidad de experimentar síntomas adversos, ni sobre lugares donde podían acudir para recibir ayuda si lo estimaban necesario. Al explorar sus recomendaciones al gobierno, el 100% coincidió que el gobierno debe proveer para que personal externo a las clínicas ofrezcan orientación a las mujeres sobre alternativas al aborto, información sobre el método y el tipo de anestesia a utilizarse para llevar a cabo el proceso, las posibles consecuencias físicas y/o emocionales, y una lista de lugares donde acudir para recibir ayuda de ser necesario.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Discusión de los hallazgos

Al evaluar los hallazgos, retomamos las preguntas de investigación planteadas en el segundo capítulo. Estas son: ¿Presentarán las mujeres puertorriqueñas síntomas psicológicos a largo plazo luego de realizado un aborto? ¿Estos síntomas cumplirán con los criterios diagnósticos establecidos para el Síndrome Post Aborto? ¿Las vivencias y/o presencia de factores de alto riesgo contribuyeron a la experimentación de estos síntomas en las mujeres puertorriqueñas?

Como primera fase del estudio, se analizó la muestra para determinar si las mujeres puertorriqueñas experimentaron síntomas psicológicos al haber transcurrido cinco años o más luego de realizado un aborto inducido. El instrumento utilizado reveló que, el 100% de la muestra reportó malestar emocional y/o psicológico, el 100% indicó que el aborto fue una mala decisión, y el 100% se mostró arrepentida y con sentimientos de culpa. Otros síntomas identificados por el instrumento fueron la tristeza, la amargura, el remordimiento, el miedo al castigo divino, el miedo que otros se enteren del aborto, angustia, vergüenza, pensamientos recurrentes de cómo sería el hijo(a), impotencia, miedo a que les pase algo a sus hijos, miedo a otro embarazo, y llanto incontrolable.

Estos hallazgos concuerdan con la literatura revisada. Lazarus (1985) reportó que el 17% de la muestra expresó sentimientos de culpa después de realizado un aborto. Adler (1975) reportó que una media de 2.26 de mujeres indicaron sentir ansiedad, depresión, duda, coraje y arrepentimiento; y una media de 1.81 de mujeres indicaron sentir vergüenza, culpa y temor al rechazo luego de practicado un aborto (APA, 1992).

El panel de expertos nombrado por la APA y compuesto por Nancy E. Adler, Henry P. David, Brenda N. Major, Susan H. Roth, Nancy Felipe Russo y Gail E. Wyatt, llevaron a cabo una revisión de diversos estudios que exploraron los efectos psicológicos y sentimientos reportados por mujeres inmediatamente después de realizado un aborto inducido. El informe final publicado por el panel informó, que la literatura revisada sugiere que la mayoría de las mujeres no experimentarán síntomas psicológicos severos a corto plazo. Pero reconoció que una población de mujeres podrá experimentar síntomas psicológicos adversos luego de practicado un aborto inducido. Particularmente, las mujeres que exhiben la presencia de ciertos factores. Entre los síntomas psicológicos que podrían manifestarse en estas mujeres, el panel identificó la ansiedad, la culpa, la vergüenza, el temor a ser rechazadas, el lamento y la pena, la depresión, y la duda e ira. Al finalizar el informe, los autores reconocieron que la reacción de las mujeres ante un aborto inducido está íntimamente ligado a su perspectiva ética, moral, y religiosa. Estas perspectivas tendrán un efecto directo sobre la reacción que la mujer tendrá luego de practicado un aborto inducido. Al momento de publicarse el informe, los autores indicaron no tener conocimiento sobre efectos psicológicos a largo plazo en las mujeres que se realizan un aborto inducido (APA, 1992).

En Puerto Rico, Rivera (1986) reportó que existen emociones negativas asociadas con el aborto, particularmente cuando la toma de decisión va en contra de las creencias de la mujer. Por otro lado, Fernós et al (1999), tuvieron la oportunidad de trabajar con grupos focales constituidos por mujeres puertorriqueñas. Las participantes expresaron malestar culpa y ambivalencia. Estos sentimientos fueron más intensos cuando las mujeres consideraron la posibilidad de llevar a término su embarazo.

Una vez identificados síntomas psicológicos adversos en la muestra de nuestro estudio, se procedió a la segunda pregunta de investigación. Determinar si los síntomas encontrados cumplían con los criterios diagnósticos del Síndrome Post Aborto (PAS) esbozados por las Dras. Gómez Lavín y Zapata García (2005). Los resultados indicaron que el 75% de la muestra cumplió con el criterio diagnóstico del Síndrome Post Aborto.

Estudios realizados en Estados Unidos apoyan estos resultados. Bernard, por ejemplo, reportó que un 18% de una muestra de mujeres entrevistadas cumplieron con los criterios para diagnosticar el Trastorno de Estrés Post Traumático (Barnard, 1991). Rue et al (2004) reportaron que un 65% del total de las mujeres que participaron en su estudio presentaron múltiples síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático asociados al evento del aborto inducido. Los criterios diagnósticos del TEPT y el PAS son muy similares. El PAS es en sí mismo un tipo de TEPT. Pero para establecer un diagnóstico diferencial de PAS, los síntomas identificados deben estar directamente asociados al aborto inducido, y no a otro evento. En el caso de PAS, también estarán presentes la culpa y el arrepentimiento. Estos síntomas no se presentan en el TEPT.

Finalmente, se procedió a responder la última pregunta de investigación, si las vivencias y/o presencia de factores de alto riesgo contribuyeron a la experimentación de estos síntomas en las mujeres puertorriqueñas. Estos llamados factores de riesgo son factores identificados por la literatura como elementos cuya presencia contribuye a la experimentación de síntomas psicológicos. La Asociación Americana de Psicólogos (APA), los catalogó como elementos estresantes que pueden influir directamente en la mujer, al punto de llevarla a manifestar síntomas psicológicos tales como ansiedad, culpa, vergüenza, temor a ser rechazado, lamento, pena, ansiedad, depresión, duda y/o ira (APA,

1992). De igual manera, la Dra. Speckhard los catalogó como factores que pueden predisponer a una mujer a experimentar sentimientos psicológicos negativos. Entre los factores enumerados por Speckhard, están la presencia de partos y/o abortos previos, la afiliación religiosa, coerción y/o presión en la toma de decisión, y la ausencia de un grupo de apoyo. El instrumento utilizado en nuestro estudio identificó la presencia de factores de alto riesgo tales como: un trasfondo moral/religioso en las participantes, una actitud negativa de familiares y/o pareja (falta de apoyo) ante el embarazo, y presión directa e indirecta por parte de familiares y/o pareja.

Mientras se exploraban los síntomas de malestar emocional en nuestro estudio, se evaluó la percepción de las mujeres puertorriqueñas ante la intervención médica realizada durante el aborto inducido. Se encontró que el 50% de la muestra describió la experiencia como dolorosa y traumática. Los hallazgos son cónsonos con el estudio de Mahler (1991), quien reportó que las mujeres definieron la experiencia del aborto como devastadora, miserable y de angustia prolongada.

Se observaron además, sentimientos encontrados en torno al aborto en nuestra muestra. Esto coincide con los hallazgos de Fernós et al (1999). Ellas reportaron sentimientos opuestos en la muestra consultada, tales como la aceptación del aborto y su legalidad, junto a sentimientos en contra del aborto.

Como parte del presente estudio se destaca que todas las participantes se realizaron abortos inducidos en clínicas especializadas de aborto. Las participantes reportaron no tener conocimiento respecto al denominado Síndrome Post Aborto. Señalaron que en las clínicas de aborto donde acudieron a realizarse el aborto inducido, no recibieron orientación alguna sobre la posibilidad de experimentar síntomas

psicológicos adversos luego de practicado un aborto inducido. Tampoco recibieron información sobre lugares donde podían acudir para recibir ayuda psicológica si lo estimaban necesario. Todas las participantes coincidieron que el gobierno debe proveer para que personal externo a las clínicas de abortos ofrezcan orientación a las mujeres que acuden a realizarse un aborto. Plantearon que esta orientación debe incluir información sobre alternativas para solucionar su situación actual además del aborto; información sobre el método y tipo de anestesia a utilizarse para llevar a cabo el proceso; información sobre las posibles consecuencias físicas y/o emocionales; y una lista de lugares donde se pueda acudir para recibir ayuda psicológica y apoyo de ser necesario.

Conclusiones

El análisis de los hallazgos obtenidos se enmarca en el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner. De acuerdo al modelo ecológico, el ser humano, funciona y vive en varios ecosistemas. Estos interactúan entre sí produciéndose un intercambio único entre todos los ecosistemas, que determinará finalmente la conducta del individuo. Diversos factores y fuerzas se suman a la interacción que se está produciendo entre los ecosistemas. Entre estos están las características particulares de cada individuo, y su medio ambiente. Junto a estos factores interactúan el tiempo, la fuerza fenomenológica, y la experiencia. Estas últimas dos fuerzas en particular, la fenomenológica y la experiencia, poseen cualidades distintivas que en ocasiones permiten la coexistencia de polaridades contrarias simultáneamente, aunque en niveles diferentes (Bronfenbrenner, 2005).

El modelo ecológico sostiene que la personalidad psicológica de la mujer puertorriqueña está conformada por la interacción de varios ecosistemas. Estos

interactúan dentro de un contexto cultural particular y único. Cada ecosistema aporta reglas que en ocasiones entrarán en conflicto unas con otras, produciéndose cierta disonancia. El factor tiempo, la fuerza fenomenológica y la experiencia particular de cada mujer eventualmente alterará estas reglas, dando paso en ocasiones a sentimientos encontrados y/o malestar emocional relacionadas a eventos significativos en su vida (Bronfenbrenner, 2005).

Partiendo del modelo ecológico la decisión de la mujer de recurrir a un aborto inducido va dirigida a mantener la estabilidad de un ecosistema en particular. La mujer puertorriqueña vive en un conjunto de estructuras unas dentro de otras. La primera estructura, el microsistema, está compuesta por los círculos más cercanos en los que ella se desenvuelve. La familia compuesta por sus padres y hermanos es un microsistema. De igual manera, la familia compuesta por su esposo, o compañero consensual constituye un microsistema. Estos microsistemas tendrán una gran influencia en la mujer. Es en este patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales donde la mujer se enfrenta “cara a cara” a las presiones que la llevan a optar por un aborto inducido, aun cuando la mujer tenga sentimientos en contra del mismo.

La mujer opta por un aborto inducido al enfrentarse a un estresor que amenaza la estabilidad de su microsistema inmediato. Puede ser la necesidad de minimizar una crisis familiar por su rol de hija, la necesidad de minimizar una crisis matrimonial en su rol de esposa, y/o la necesidad de minimizar una crisis económica en su rol de proveedora del hogar. Las participantes entrevistadas reportaron que las motivaciones detrás de su decisión de optar por un aborto inducido obedecieron a la necesidad inmediata de evitar una crisis familiar, matrimonial y/o económica. La mayoría decidió por un aborto

inducido aún cuando dicha decisión no obedecía a sus ideas en torno a la vida, la maternidad, y el aborto.

Aparte de los microsistemas mencionados, la mujer interactúa en otros menos cercanos. En la medida en que la mujer participa de estos microsistemas, haciendo una transición entre uno y otro, se va formando el mesosistema. Este conjunto de microsistemas constituyen el foco del desarrollo de la mujer en determinado momento de su vida. El centro docente donde la mujer recibió su educación, su lugar de trabajo y/o cualquier organización social a la que la mujer pertenezca tales como iglesias, clubes, etc., forman parte de este ecosistema. Estos sistemas influyen directamente en la manera en que la mujer va construyendo sus ideas y valores en torno a los conceptos de vida, maternidad y aborto. En las mujeres puertorriqueñas, es significativa la influencia de organizaciones sociales como la iglesia, cuyo discurso resalta el valor de la vida, y la maternidad. Especialmente cuando la mujer participa activamente en estas.

Sigue el exosistema conformado por las entidades donde normalmente la mujer no tiene participación activa. El gobierno y los medios de comunicación son algunos ejemplos. Aunque no existe participación directa entre estos sistemas y la mujer, este ecosistema también ejerce influencia en la construcción de conceptos sobre la vida, la maternidad y el aborto de la mujer va desarrollando. Al interactuar con otros microsistemas, proveen un punto de referencia desde donde la mujer va a visualizar su aborto inducido. Con el paso del tiempo, los microsistemas de la mujer van cambiando, se forma un mesosistema nuevo, y cambia el punto de referencia.

Finalmente llegamos al macrosistema. Aquí encontraremos los patrones ideológicos de la mujer resultantes de las interacciones anteriores. También

encontramos las ideologías particulares de la cultura puertorriqueña. Influyen directamente en como la mujer visualiza la vida y la maternidad. Nuestra cultura latina resalta la figura materna y promueve una sociedad matriarcal. Define y delimita las características y conductas de una “buena madre”. Estas ideologías determinan la manera en que la mujer define los roles que asume dentro de la sociedad puertorriqueña. También tendrán un rol inherente en la manera en que ella le da significado a la experiencia del aborto inducido a lo largo de su vida.

Simultáneamente, dos fuerzas intervendrán en los procesos: la fuerza fenomenológica y la fuerza de la experiencia. La primera se relaciona al ambiente y cómo este ambiente es percibido y cambiado por la mujer en las distintas etapas de su vida. La segunda se relaciona con el mundo de las emociones y motivaciones particulares de cada mujer. Las características distintivas de estas dos fuerzas son la carga emocional y la carga motivacional. Tanto así, que en ocasiones, polaridades opuestas (amor y odio, alegría y tristeza...) pueden coexistir a la misma vez aunque en niveles diferentes. Los hallazgos identificaron polaridades contrarias en torno al aborto en las participantes del estudio.

Estos procesos proximales que se van dando entre los ecosistemas y la mujer, se verán afectados por dos factores. Estos factores son el medio ambiente y el tiempo. El medio ambiente de la mujer puertorriqueña está matizado por fuertes issues éticos, legales y morales en torno al aborto. Estos juegan un papel crucial en el desarrollo de síntomas psicológicos en la mujer. Los estresores que llevaron a la decisión del aborto opacaron momentáneamente estos issues. Una vez eliminados, los issues cobran fuerza e intervienen en la manera en que la mujer va a visualizar el aborto.

Dentro del modelo ecológico, el tiempo juega un papel de suma importancia e implica dos tiempos. El tiempo que transcurre a través del curso de la vida de la mujer, y el tiempo comprendido por el período histórico en que a la mujer le ha tocado vivir. A medida que transcurre el tiempo en la vida de la mujer, el tiempo histórico cambia. En un tiempo histórico determinado donde la mujer percibe el medio ambiente como hostil y amenazante, la mujer va a experimentar un alivio inmediato después de un aborto inducido. Después del aborto, continúan los procesos proximales e interacción entre todos los sistemas. El paso del tiempo altera el medio ambiente en el cual la mujer se desenvuelve. Cuando el tiempo histórico cambia, y el medio ambiente ya no es hostil ni amenazante, la mujer evalúa el aborto inducido en base a las ideologías creadas por los procesos proximales. En este nuevo tiempo histórico, la mujer experimentará culpa y malestar emocional asociados al aborto inducido.

Una vez eliminado los estresores que condujeron al aborto, los ideales y principios morales/religiosos van resurgiendo y manifestándose. La mujer enfrenta el reto de integrar sus experiencias con sus principios mediante las estrategias de manejo que ha desarrollado a lo largo de su vida. Esto evitará una disonancia, y le permitirá a la mujer mantener su equilibrio psicológico. Por el contrario, cuando la inhabilidad de integrar las experiencias vividas sobrepasa la capacidad de manejo de la mujer, su equilibrio biológico, psicológico y social se verá afectado. La mujer terminará interpretando el evento vivido como uno traumático (Kolk, 2007). Al no poder superar el proceso de integración, va a desarrollar una serie de síntomas asociados al Síndrome Post Aborto.

Nuestros resultados reflejaron que un 75% de las participantes cumplieron con los criterios diagnósticos de PAS. Se confirma la hipótesis planteada: las mujeres puertorriqueñas que se sometieron voluntariamente a un aborto inducido experimentaron síntomas asociados al Síndrome de Estrés Post Aborto luego de transcurrido un periodo de al menos dos años. El estudio de Bernard (1991) coincide con nuestros hallazgos. El reportó que un 18% de la muestra cumplió con los criterios de PAS. Mientras que en el estudio de Rue, et al (2004) un 65% de la muestra cumplió con los criterios diagnósticos d PAS. La APA sugirió que un por ciento de mujeres experimentará síntomas psicológicos ante la presencia de factores predisponentes tales como creencias de corte moral/religiosas, coerción en el proceso de toma de decisión, y falta de apoyo de familiares y/o pareja. El instrumento utilizado identificó estos factores en la muestra.

La mayoría de los estudios consultados individualmente o a través de revisiones, se enfocan en síntomas psicológicos a corto plazo. La revisión de Fergusson (2008) cubrió una serie de estudios que se enfocaron en efectos psicológicos a largo plazo. Estos estudios sugieren la posibilidad de que habrá mujeres que experimentarán síntomas psicológicos después de un aborto inducido. Aunque sugieren que será un porcentaje mínimo, Fergusson propuso que ante la mera posibilidad de que un grupo de mujeres experimenten síntomas psicológicos, mínima o no, se deben tomar medidas preventivas.

Recomendaciones

En base a los resultados del estudio, producto de las respuestas ofrecidas en el cuestionario por las participantes, y la congruencia con los estudios revisados, se propone:

- Diseñar un estudio longitudinal con una muestra representativa de la población de mujeres puertorriqueñas que monitoree el desarrollo de síntomas de PAS a largo plazo después de realizado un aborto inducido, con un sistema que permita operacionalizar adecuadamente las respuestas ante un aborto, y permita tomar en consideración todo lo que constituye el proceso de un aborto inducido.
- Diseñar e implementar currículos para los centros universitarios dirigidos a trabajar la salud mental de la mujer desde un enfoque multidisciplinario que permita explorar la interacción de diversos factores tales como actitudes, creencias, emociones, acciones, estilo de vida, raza, grupo étnico, edad, educación, estresores, etc., y su influencia sobre la salud mental de la mujer.
- Diseñar adiestramientos para los profesionales de la salud mental dirigidos a repensar la manera en que se trabaja la salud mental de la mujer, enfatizando un enfoque multidisciplinario que permita explorar la sensibilidad cultural de la mujer y sus efectos en la conducta manifestada por ésta.
- Someter propuestas a los programas de educación continua para la creación e implementación de talleres dirigidos a profesionales de la salud mental que toquen el tema del aborto inducido, factores de alto riesgo, criterios diagnósticos de PAS, y técnicas de intervención efectivas.
- Diseñar un protocolo de orientación dirigido a las mujeres que solicitan los servicios de un aborto que considere y provea alternativas, información sobre procesos abortivos con posibles consecuencias, lugares donde se pueda recibir ayuda si fuere necesaria, y tiempo razonable para tomar una decisión final. La

misma debe ser provista por personal ajeno a la clínica que proveerá los servicios de aborto.

- Diseñar un protocolo que incluya a la pareja de la mujer en el proceso de orientación y/o terapia.
- Promover un rol activo por parte del gobierno en el desarrollo e implementación de las recomendaciones ante su responsabilidad de garantizar el bienestar de la mujer.

Futuras áreas de estudio

- Evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud mental sobre el PAS.
- Elaboración de cuestionarios que cumplan con criterios de validez y confiabilidad que permitan la recopilación de síntomas de PAS y establecer un diagnóstico diferencial.
- Explorar modelos de intervención adecuadas para mujeres con PAS.
- Explorar las reacciones de las parejas de mujeres que optaron por un aborto inducido.

Limitaciones del estudio

- Uso de cuestionarios que no ha sido evaluado por sus características psicométricas.
- Muestra no representativa.

REFERENCIAS

- American Psychological Association, Inc. (1992). Psychological Factors in Abortion: A Review. *American Psychologist*, Vol. 47, No. 10, 1194-1204
- American Psychological Association, Inc. (2007). Guidelines for Psychological Practice With Girls and Women. *American Psychologist*, Vol.62, No. 9, Dec. 2007, pp. 949-979
- Aponte Martínez, L. (1976). El aborto: un enfoque religioso social. *Revista Jurídica de la Universidad Interamericana de Puerto Rico*, Vol. X, No. 2, enero-mayo págs. 273-283
- Askevold, F. (1976-1977). War Sailor Syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 27, 133-138
- Barklay, J. D., Forsythe, A., Parker, T. L. (1986). Abortion Methodologies: Frequency and Risk. *The Medical Life-Line*, March 1986, pp. 12-19
- Barnard, C. (1991). Stress Reactions in Women Related to Induced Abortion. Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change (AIRVSC) Newsletter, Winter 1-3
- Blázquez, N. (1977). El aborto. Madrid, España: Biblioteca de autores cristianos
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Unites States: Harvard University Press
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human: Biological Perspectives on Human Development*. California: Sage Publications Inc.
- Burgess, A. W. & Holstrom, L. (1974). Rape Trauma Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986
- Burke, T. & Reardon, D. (2007). *Forbidden Grief: The Unspoken Pain of Abortion*. Illinois: Acorn Press
- Center for Disease Control (1998). Abortion Surveillance US 1988 Morbidity & Mortality Weekly Report. July 1991
- Cim, M. (1963). Abortion and the Psychiatrist. *British Medical Journal*, Vol. 2, pp. 145-148

- Charles, V. E., Polis, C. B., Cridhaea, R. S., Blum, R. W. (2008). Abortion and Long-term Mental Health Outcomes: A Systematic Review of the Evidence. *Contraception* 78 (2008) 436-450
- Colectivo Pro Mujer. (1992). *La realidad del aborto en Puerto Rico. Proyecto de la Mujer (Pro Mujer)*. Colegio Universitario de Cayey. Universidad de Puerto Rico. Cayey, Puerto Rico
- Cougle, J. R. & Reardon, D. C. (2002). Depression and Unintended Pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: A Cohort Study. *British Medical Journal*, Vol. 324, January 19, 2002 p. 151-152
- Cruz, J. & Colón, D. (2007). *Decisión difícil: abstinencia sexual en un mundo fuera de control*. Republica Dominicana: Editorial Libertad
- Da costa, J. M. (1871). On Irritable Heart: A Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and its Consequences. *American Journal of the Medical Sciences*, 61, 17-52
- Departamento de Salud de Puerto Rico, División de Análisis Estadístico
- Eitinger, L. (1964). *Concentration Camp Survivors in Norway and Israel*. Oslo: Universitetsforlaget
- Exclusive Interview: US Surgeon General C. Everett Koop. *Rutherford Journal* (Spring, 1989): 31
- Fergusson, D. M. (2008). Abortion and Mental Health. *Psychiatric Bulletin* 2008) 32, 321-324
- Fernós, M. D., Colón, A., Dávila, A. L., López, I., Vicente, E. (1994). *El aborto en Puerto Rico: ensayo bibliográfico y bibliografía anotada*. Río Piedras, PR: Centro de Investigaciones Sociales UPR
- Fernós, M. D., Colón, A., Dávila, Vicente, E. (1999). *Políticas, visiones y voces en torno al aborto en Puerto Rico*. Río Piedras, PR: Centro de Investigaciones Sociales, UPR
- Foster, S.M. (2002). The Feminist Case Against Abortion. *The American Feminist*, Vol. 9, No. 2, Fall 2002, pp. 19-22
- Gómez Lavín, C. & Zapata García, R. (2005). Categorización diagnóstica del síndrome post aborto. *Actas Esp. Psiquiatras*. 2005; 33(0):00-00
- Greenglass, E. (1976). Abortion & Psychiatric Disturbance. *Canadian Physh Ass Journal*, Vol. 21, No. 27, Nov. 1976, pp.453-459

- Harris, Margo M. (2002). *Abortion: An Eternal Social and Moral Issue*. Michigan: Gale Group Inc.
- Herman, J. L. (1981). *Father-daughter Incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books
- Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de La Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores
- Kent, I., Greenwood, R.C., Loeken, J., (1978). *Emotional Sequelae of Elective Abortion*. British College of Medicine Journal, Vol. 20, No. 4, April 1978
- Kent, I. (1980). *Abortion has Profound Impact*. Family Practice News, June, p. 80
- Kolk, McFarlane & Weissaeth. (2007). *Traumatic Stress: the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York, NY: Guilford Publications, Inc.
- Kutz, I., Shabtai, H., Solomon, Z., Neumann, M., & David, D. (1994). *Post-traumatic Stress Disorder in Myocardial Infarction Patients: Prevalence Study*. Israel Journal of Psychiatry and Related Science, 31, 48-56
- Mahler, M. (1991). *Abortion: the Pain No One Talks About*. Women's World, Sept. 24, pp. 6
- Mayou, R., Bryant, B., & Duthie, R. (1993). *Psychiatric Consequences of Road Traffic Accidents*. British Medical Journal, 307, 647-651
- Myers, A. B. R. (1870). *On the Ethiology and Prevalence of Disease of the Heart Among Soldiers*. London: J. Churchill
- Oficina de Investigación de la Salud de la Mujer (ORWH) Programa de Trabajo para la Investigación de la Salud de la Mujer en el siglo 21: Nuevas Fronteras en la Salud de la Mujer
- Pacheco Acosta, Edna. (1990). *El aborto inducido en Puerto Rico*. Tesis de maestría Inédita, Escuela Graduada de Salud Publica, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Río Piedras, Puerto Rico
- Rivera Montalvo, M. E. (1986). *Los efectos psicológicos del aborto en un sector de mujeres puertorriqueñas*. Tesis de doctorado en Psicología, Centro Caribeño de Estudios Postgraduados, San Juan, PR
- Rue, V. M., Coleman, P.K., Rue, J.J., Reardon, D.C. (2004). *Induced Abortion and*

Traumatic Stress: A Preliminary Comparison of American and Russian women.
Medical Science Monitor 10(10):SR5-16

Sáez Santiago, Y. (1993). El aborto, la mujer y las enmiendas propuestas a los artículos 91, 92 y 93 contenidos en el Código Penal del 21 de mayo de 1992. Tesis de maestría inédita, Escuela Graduada de Trabajo Social, UPR, San Juan

Sepúlveda Cuevas, S. (1991). La actitud hacia el aborto de una muestra de mujeres puertorriqueñas en 1982. Tesis de maestría. Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas. UPR, Río Piedras

Speckhard, A. & Rue, V. (1992). Post Abortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern. Journal of Social Issues 148(3):95-119

Shalev, A. Y., Schreiber, S., Galai, T., & Melmed, R. (1993). Post Traumatic Stress Disorder Following Medical Events. British Journal of Clinical Psychology, 32, 352-357

Uchtman, M. (1981). Informe al Consejo de la Ciudad de Cincinnati. Sept. 1, 1981

Wilke J. & Wilke B. (1992). Aborto: preguntas y respuestas. Buenos Aires: Editorial Banum

APÉNDICE I

El aborto inducido y la salud mental:
Estudio cualitativo sobre la incidencia del Síndrome Post Aborto en
Puerto Rico

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME DE ESTRÉS POST ABORTO

Para el diagnóstico del síndrome post aborto la paciente debe cumplir los criterios A y B

- A) La paciente presenta uno o varios síntomas de los apartados 1 y 2; y uno o varios síntomas de al menos, uno de los apartados 3, 4 ó 5
1. Síntomas depresivos (depresión, tristeza, pena, pesar, llanto frecuente) y ansiosos (ansiedad, angustia, rabia) relacionados al aborto realizado
 2. Sentimientos de culpa (de vergüenza, pérdida de auto estima y de auto rechazo) e incapacidad para perdonarse por el aborto realizado (a veces con pensamientos suicidas); deseos de expiación (de borrar la culpa, de purificarse de ella) y necesidad de reparar (de desagraviar, de satisfacer al ofendido), de remediar el daño o prejuicio cometido (a veces mediante un embarazo expiatorio de reparación)
 3. Pesadillas recurrentes sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos; pensamientos recurrentes e intrusos o flashbacks sobre el aborto o la criatura abortada; ilusiones y pseudo alucinaciones auditivas (escuchar el llanto de un bebe), fantasías reiteradas de como hubieran sido las cosas si no se hubiera abortado
 4. Evitación y/o rechazo de estímulos o situaciones que recuerden el aborto, sus circunstancias o consecuencias (noticias de embarazos o abortos;

reconocimientos médicos o ambientes clínicos; la visión de recién nacidos o de niños perdidos, de ropa o sillitas de niños, de chupetes, etc.);

empeoramiento típico de los síntomas en las fechas en que tuvo lugar el aborto o en que el niño debería haber nacido (reacciones de aniversario)

5. Alteraciones conductuales relacionadas con emociones provocadas por el aborto como trastornos sexuales (inhibición o rechazo sexual, frigidez, promiscuidad); anorexia u otros trastornos alimentarios: abuso de drogas o alcohol; aislamiento social y falta de interés y atención para las tareas y obligaciones habituales; enfados repentinos y arrebatos de cólera; aceptación de relaciones interpersonales abusivas; gestos o intentos auto ilícitos

- B) Los síntomas han tenido su inicio después de la realización del aborto y aunque pueden existir otros acontecimientos vitales concomitantes (sensibilizantes, desencadenantes, agravantes, etc.) se presume que ninguno de ellos forma parte del origen del trastorno

APÉNDICE II

El aborto inducido y la salud mental:
Estudio cualitativo sobre la incidencia del Síndrome Post Aborto en
Puerto Rico

CARTA SOLICITANDO USO DE FACILIDADES

Estimado Sr(a) _____:

Como estudiante doctoral de la Escuela Graduada de Psicología de la Universidad del Turabo, estoy llevando a cabo un estudio que busca explorar la existencia de síntomas asociados al Síndrome Post Aborto (PAS) en una muestra de mujeres puertorriqueñas. Como parte de la metodología, se debe administrar un cuestionario a una muestra de mujeres puertorriqueñas entre las edades de 25 a 45 años.

Se citará a las participantes mediante una convocatoria distribuida en oficinas de médicos obstetras y ginecólogos. En la misma se les indicará donde pueden contactar a la Investigadora para coordinar una cita para participar del estudio. Una vez en el centro, se entregará la documentación pertinente. La misma contiene una Hoja de Consentimiento, una Hoja Informativa, y el cuestionario. La primera ofrece información básica sobre el estudio como el propósito, beneficios, riesgos, tiempo, confidencialidad, derechos y responsabilidades, y contacto donde pueden llamar para información adicional. La Hoja Informativa provee información sobre lo que es el Síndrome de Estrés Post Aborto y los lugares donde se puede buscar ayuda. Y el cuestionario contiene preguntas diseñadas para recopilar los datos necesarios.

Se requiere un lugar que provea una sala de espera, y cubículos independientes y privados donde se pueda ofrecer ayuda individualizada en casos que lo ameriten. Solicitamos su autorización para hacer uso de las facilidades de sus oficinas, como centro de recopilación de datos. Para obtener información adicional sobre esta investigación en particular puede comunicarse con la Dra. Vidamaris Zayas, Directora del Comité de Disertación al (787) 745-4949 extensión 4140. Para comunicarse conmigo puede llamar (787) 647-7552.

Cordialmente,

Y. Miranda

APÉNDICE III

CONVOCATORIA PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACION:

El aborto inducido y la salud mental: Estudio cualitativo sobre la incidencia del Síndrome
Post Aborto en Puerto Rico

Se solicita su participación en el estudio que realizará la estudiante Yolanda Miranda como requisito para obtener su grado doctoral en Psicología (Consejería) de la Universidad del Turabo. El estudio lleva por título *El aborto inducido y la salud mental: Estudio cualitativo sobre la incidencia del Síndrome Post Aborto en Puerto Rico*. Es un estudio cualitativo no experimental que pretende explorar si una muestra de mujeres puertorriqueñas que se ha sometido voluntariamente a un aborto inducido reporta síntomas adversos a largo plazo; y si estos síntomas cumplen con los criterios diagnósticos Síndrome Post Aborto (PAS). Las participantes deben ser mujeres puertorriqueñas entre las edades de 25 y 45 años de edad. Deben haberse practicado un aborto inducido (o más de uno); y deber haber transcurrido un período mínimo de un año o más a partir del momento en que se practicaron el aborto inducido. Para participar solo debe llamar al (787) 647-7552 o escribir al correo electrónico ymiranda8@email.suagm.edu. Allí recibirá una orientación sobre el estudio, llenará un Consentimiento, y participará mediante un cuestionario y entrevista. El proceso total debe durar aproximadamente entre treinta minutos a una hora. Gracias por su interés y cooperación.

APÉNDICE IV

El aborto inducido y la salud mental:
Estudio cualitativo sobre la incidencia del Síndrome Post Aborto en
Puerto Rico

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A usted se le ha solicitado participar en el estudio que lleva por título *El aborto inducido y la salud mental: Estudio cualitativo sobre la incidencia del Síndrome Post Aborto en Puerto Rico*. Deberá llenar un cuestionario y participar de una entrevista. El cuestionario recopilará sus datos socio demográfico, y medirá la presencia de sintomatología de PAS. Entre ambas hay un promedio de ítems. El tiempo estimado para completar el proceso en su totalidad será de 30 minutos a una hora. Cada cuestionario administrado tendrá un código numérico asignado, y las grabaciones serán destruidas tan pronto la misma sea transcrita. Esto garantizará el anonimato de cada participante. La participación en dicho estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o abandonar el estudio en cualquier momento si así lo desea sin ser penalizada, aun cuando haya firmado la hoja de consentimiento. La información recopilada será utilizada estrictamente para propósitos del estudio y estará bajo la supervisión del Comité para la Ética en la Investigación (IRB por sus siglas en inglés) de la Universidad del Turabo. Una vez culminada la investigación, la información suministrada por usted será guardada bajo llave por un término de cinco años. Al finalizar este período, la misma será destruida en un triturador de papel en presencia de un testigo. Si tuviera alguna duda o queja sobre los aspectos éticos del estudio o sobre sus derechos como participante de una investigación, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Universidad del Turabo llamando al (787) 745-4949, extensión 4126.

Al completar los instrumentos estará ayudando a obtener una imagen más clara de cómo perciben y experimentan el aborto las mujeres puertorriqueñas, de manera que se le pueda ofrecer apoyo y ayuda cuando fuera necesaria. Por otro lado, completar los instrumentos podría evocar recuerdos que despierten fuertes emociones. Dentro de la literatura provista hay un folleto informativo con un listado de lugares donde puede recibir información y/o ayuda en carácter confidencial de ser necesario.

Para obtener información adicional sobre esta investigación en particular puede comunicarse con la Dra. Vidamaris Zayas, Directora del Comité de Disertación al (787) 745-4949 extensión 4140; o con Yolanda Miranda, investigadora principal del estudio, al correo electrónico ymiranda@suagm.com.

Certifico con mi firma que acepto participar voluntariamente en este estudio, y que se me ha orientado sobre mis derechos como participante.

Nombre de participante

Fecha

Firma de participante

APÉNDICE V

El aborto inducido y la salud mental:
Estudio cualitativo sobre la incidencia del Síndrome Post Aborto en
Puerto Rico

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE PAS

El Síndrome de Estrés Post Aborto, o PAS por sus siglas en inglés, es un conjunto de síntomas que algunas mujeres experimentan luego de haberse realizado un aborto inducido. Los síntomas varían desde síntomas generales de depresión; sentimientos de culpa; necesidad de reparar o cambiar lo ocurrido; pesadillas recurrentes; flashbacks; evitación y/o rechazo de estímulos que recuerden el aborto con sus circunstancias o consecuencias; y alteraciones conductuales entre otras. Si usted siente que presenta algunos de estos síntomas, debe buscar ayuda. A continuación, una lista de lugares donde puede acudir en busca de ayuda.

- Instituto de Terapia Familiar 787 743-5702
- INSPIRA 787 704-0705
- Hosp. Panamericano 787-739-5555
- Clínica de Servicios Psicológicos UT 787 743-7979 X-4140
- centromirna@yahoo.com
- <http://www.nomassilencio.com>
- <http://www.rachelsvineyard.org>

APÉNDICE VI

El aborto inducido y la salud mental:
Estudio cualitativo sobre la incidencia del Síndrome Post Aborto en
Puerto Rico

CUESTIONARIO

I. DATOS PERSONALES

1. Edad: Menor de 20 ___ 21-30 ___ 31-40 ___ 41-50 ___
2. Pueblo de residencia: Norte ___ Sur ___ Este ___ Oeste ___ Centro ___
3. Estudios realizados: ___ Esc. Superior ___ Grado Asociado ___ BA ___ MA ___ PHD ___Otros
4. Actividad laboral actual: _____
5. Estado civil actual: Soltera ___ Casada ___ Divorciada ___ Convivencia ___
6. N° de hijos nacidos: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___
7. Religión: Católica ___ Protestante ___ Otro _____
8. Se ha practicado un aborto inducido ___ Si ___ No

Si su respuesta es afirmativa, favor de continuar con el cuestionario. De lo contrario puede descontinuar su participación. Gracias.

II. DATOS RELACIONADOS AL ABORTO INDUCIDO

1. Pueblo de residencia al momento del aborto: Norte ___ Sur ___ Este ___ Oeste ___ Centro ___
2. Edad en el momento del aborto: Menor de 20 ___ 21-30 ___ 31-40 ___ 41-50 ___
3. N° de hijos en el momento de su primer aborto: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___
4. Estado civil en el momento del aborto/s: Soltera ___ Casada ___ Divorciada ___ Convivencia ___
5. Actitud de su pareja ante el embarazo inesperado: Positiva ___ Negativa ___
6. Actitud de su familia ante el embarazo inesperado: Positiva ___ Negativa ___
7. Nivel de estudios en el momento del aborto: Esc. Superior ___ Grado Asociado ___ Bachillerato ___ Maestría ___ Otros _____
8. ¿Continuó estudiando lo que tenía previsto después del aborto? Si ___ No ___
9. ¿Estuvo en tratamiento psicológico/psiquiátrico antes del aborto? Si ___ No ___
10. Trimestre al momento del aborto/s: Primero ___ Segundo ___ Tercero
11. Motivo/s del aborto/s: presión por parte de compañero/esposo/familiares ___ situación económica ___ problemas de salud ___ violación ___ defectos en embrión/feto ___ otros

12. Método/s utilizado/s (si más de un aborto): solución salina ___ succión ___ D&C ___ D&E ___ inyección intrauterina/intravenosa ___ abortivo oral (RU-486 u otros) ___ histerotomía ___ parto parcial ___
13. Tipo de anestesia durante la intervención: local ___ general ___ ninguna ___

14. Años transcurrido desde el aborto: 1-5 __ 6-10 __ 11-15 __

III. DATOS PSICOLÓGICOS

Indique en una escala del 1 al 5 el grado en que ha experimentado los siguientes estados después de su aborto donde 5 es mucho; 4 es bastante; 3 es regular; 2 es a veces y 1 es nunca:

Culpabilidad	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Depresión	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Rabia	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Tristeza	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Alegría	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Alivio	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Pena	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Amargura	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Arrepentimiento	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Angustia	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Remordimientos	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Poder	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Desesperación	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Vergüenza	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Horror	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Auto desprecio	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Soledad	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Impotencia	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Rechazo de los demás	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Confusión	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Ansiedad	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Estrés constante	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Retraimiento	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Aislamiento	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Liberación sexual	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Paz interior	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Alienación de los demás	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Resentimiento hacia los que me aconsejaron	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Víctima de explotación	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Odio hacia los que me indujeron al aborto	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Odio al hombre que me dejó embarazada	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Odio a los hombres	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo al castigo divino	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo a que les pueda pasar algo a mis otros hijos	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Miedo a otro embarazo	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo a necesitar otro aborto	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo a tocar a bebés	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo a que se enteren de que aborté	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Miedo a tomar decisiones	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Pesadillas	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Insomnio	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Recuerdos repentinos del aborto	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Ataques de histeria	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Ataques de ira	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Llanto incontrolado	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Deseo de suicidarse	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Mayor unión con mi pareja	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Pérdida de autoconfianza	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Pérdida de autoestima	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Mayor conocimiento de mí misma	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Alucinaciones respecto al aborto	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Trastornos alimentarios	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Sensación de vacío	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Desinterés por los demás	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Obsesión por ser una madre perfecta	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Incapacidad de conservar un empleo	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Incapacidad para concentrarme	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Dificultad en hacer y conservar amistades	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Preocupación con la idea de la muerte	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Preocupación por cómo sería el niño	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Interés excesivo en mujeres embarazadas	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Interés excesivo en los bebés	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Después de mi aborto: (escala del 1-5)

Me hice más comprensiva	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Me hice más insensible	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Me esforzaba por estar contenta	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
No podía llorar	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Me hice más intransigente y exigente	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Sentí más control sobre mi vida	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Mis enfados se hicieron más intensos	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Empecé a beber alcohol	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
¿Se considera alcohólica?	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Empecé a consumir drogas	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
¿Se considera adicta?	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cambió mi personalidad	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cambié a mejor (1) o a peor (5)	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Los sentimientos negativos debidos a mi aborto empeoraron cuando: (escala 1-5)

Se acercaba el aniversario del embarazo	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Se acercaba el aniversario del aborto	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Volví a quedar embarazada	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando nació mi siguiente hijo	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando tuve un aborto espontáneo posterior	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando intenté volver a quedar embarazada	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando veía a niños jugando	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando veía bebés en televisión	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando me daban información pro-vida	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando veía fotos del desarrollo fetal	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho
Cuando veía a una embarazada	1-nunca	2-a veces	3-regular	4-bastante	5-mucho

Responda Si, NO o NO SE a las siguientes preguntas:

¿Ha intentado suicidarse?	Si	No	No Se
¿Se ha arrepentido de su aborto?	Si	No	No Se
¿Fue ingresada alguna vez en un centro psiquiátrico después del aborto?	Si	No	No Se
¿Hubo un tiempo en que negó tener remordimientos por el aborto?	Si	No	No Se
¿Hubo un tiempo en que llegó a sentirse tan mal que no podía funcionar en su trabajo ni su vida familiar?	Si	No	No Se
A pesar de los trastornos sufridos, ¿cree aún que el aborto era lo mejor que podía hacer?	Si	No	No Se
¿Cree que el aborto mejoró su vida?	Si	No	No Se
¿Buscó ayuda después del aborto? ¿A quién recurrió Vd. en busca de ayuda?	Si	No	No Se

Copyright 2002: Theresa Karminski Burke and David C. Reardon
From: "Forbidden Pain: The Unspoken Pain of Abortion"

Muchas Gracias

APÉNDICE VII

El aborto inducido y la salud mental:
Estudio cualitativo sobre la incidencia del Síndrome Post Aborto en
Puerto Rico

PREGUNTAS GUÍAS PARA ENTREVISTA

1. Antes de su primer aborto ¿pensaba que el aborto era un derecho de la mujer?
2. ¿Después lo siguió pensando?
3. ¿Lo piensa ahora?
4. Antes de abortar por primera vez ¿creía que el aborto estaba mal?
5. ¿Y después lo siguió pensando?
6. ¿Lo piensa ahora?
7. Antes de su primer aborto ¿era creyente?
8. ¿Y después?
9. ¿Le costó mucho tomar la decisión de abortar la primera vez?
10. Si ha abortado más veces ¿le costó lo mismo tomar la decisión posteriormente?
11. ¿Ha lamentado alguna vez haber abortado?
12. ¿Cree que la ley debería amparar a la embarazada contra las presiones para que aborte?
13. ¿Sigue teniendo presente su aborto?
14. Si la respuesta fue afirmativa, ¿lo tiene presente más __ o menos __ que antes?
15. ¿El aborto fue doloroso físicamente?
16. ¿El aborto fue traumático?
17. ¿Quiere hacer algún comentario u observación?