

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
ESCUELA DE POSTGRADO



Experiencia de ser madre después de un aborto consentido: una
perspectiva bioética

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN BIOÉTICA Y BIODERECHO**

AUTOR

Cynthia Ganoza Plasencia

ASESOR

Benigno Peceros Pinto

Lima, Perú

2020

“Mujeres que habéis recurrido al aborto. La Iglesia sabe cuántos condicionamientos pueden haber influido en vuestra decisión, y no duda de que en muchos casos se ha tratado de una decisión dolorosa e incluso dramática. Probablemente la herida aún no ha cicatrizado en vuestro interior. Es verdad que lo sucedido fue y sigue siendo profundamente injusto. Sin embargo, no os dejéis vencer por el desánimo y no abandonéis la esperanza. Antes bien, comprended lo ocurrido e interpretadlo en su verdad. Si aún no lo habéis hecho, abrid con humildad y confianza al arrepentimiento: el Padre de toda misericordia os espera para ofrecer os su perdón y su paz en el sacramento de la Reconciliación” (Juan Pablo II, 1995, pp.80, 81).

Dedicatoria

A todas aquellas mujeres que se han sometido a un aborto inducido, cuyo dolor ha invitado a elaborar este estudio.

A la memoria de Paolo Bargigia: padre, maestro y amigo, que en todo momento me enseñó a “abrazar la realidad”, porque sólo en ella se descubre el Misterio de Dios.

Agradecimiento

A Dios, cuya presencia misteriosa se hace presente constantemente a través de rostros concretos.

A Javier, quien incansablemente me motiva a descubrir, investigar y amar.

A mis padres, que a través de su sí a la vida me han permitido conocer este mundo y ser parte de él.

Al Dr. Benigno Peceros, mi asesor y maestro quien con su confianza y constante motivación y exigencia me ha permitido desarrollar este trabajo.

A mis docentes de la maestría, cuya sabiduría y humanidad me inspiran a seguir.

A Luz, a todos los que trabajan por la defensa de la vida, y a las participantes de este estudio, cuya colaboración ha sido vital para realizarlo.

Resumen

El presente estudio de enfoque cualitativo y de alcance descriptivo tiene como objetivo comprender el significado de ser madre a partir de la narración de experiencias de mujeres que se habían sometido a un aborto inducido. Para ello, se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por dos mujeres con experiencias similares. Para ello, se utilizó la entrevista semiestructurada, cuyo instrumento utilizado fue la guía de entrevista, El instrumento fue validado mediante la evidencia de validez de contenido por siete jueces y la V de Aiken. Asimismo, se realizó el análisis de contenido, obteniéndose como resultado dos dimensiones: la primera describe el hecho del aborto y la conciencia que tiene la mujer que ha abortado sobre sí misma; la segunda considera el proceso de restauración que encontraron las mujeres que habían abortado. Finalmente, este estudio concluye que existe un significado de ser madre tras el aborto inducido, el cual genera una crisis existencial, de tal modo que la persona humana solo puede ser restablecida si se considera su dimensión espiritual.

Palabras clave: aborto inducido, madre, restauración, persona humana, dimensión espiritual

Abstract

This study with a qualitative and descriptive scope aims to understand the meaning of being a mother from the perspective of women who have undergone an induced abortion. The study employed a non-probability sample for convenience, comprised of two women with two similar experiences. The study used a semi-structured interview with an interview guide as the key instrument. This instrument was validated by means of content validity evidence by seven judges and Aiken's V. Accordingly, the content was thoroughly analyzed with the following two dimensions as results. The first dimension describes the act of abortion and the resulting perception the woman who had an abortion has of herself. The second dimension considers the recovery process for a woman that has had an abortion. Finally, this study concludes that a woman that has had an abortion feels a sense of motherhood, leading to an existential crisis in which the human person can only be restored by considering her spiritual dimension.

Key words: Induced abortion, mother, recovery, human person, spiritual dimension

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen | v |
| Abstract | vi |
| Índice | vii |
| Índice de tablas | ix |
| Introducción | x |
| Capítulo I: Planteamiento del problema | 12 |
| 1.1 Descripción del problema | 12 |
| 1.2 Formulación del problema | 14 |
| 1.3 Objetivos | 14 |
| 1.3.1 Objetivo General | 14 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos | 14 |
| 1.4 Hipótesis | 15 |
| 1.5 Justificación | 15 |
| 1.6 Limitaciones | 15 |
| Capítulo II: Marco Teórico | 17 |
| 2.1 Antecedentes del estudio | 17 |
| 2.2 Bases teóricas | 17 |
| 2.2.1 Aproximación clínica | 17 |
| 2.2.2 Aproximación psicológica | 24 |
| 2.2.3 Aproximación antropológica | 38 |
| 2.2.4 Aproximación bioética | 46 |
| Capítulo III: Materiales y métodos | 51 |
| 3.1 Diseño | 51 |
| 3.2 Participantes | 51 |
| 3.3 Medición | 51 |
| 3.4 Procedimientos | 52 |
| 3.5 Análisis de datos | 53 |
| 3.6 Aspectos éticos | 53 |
| Capítulo IV: Resultados | 55 |
| Capítulo V: Discusión, conclusiones, recomendaciones | 69 |

| | |
|--------------------|-----------|
| Discusión | 69 |
| Conclusiones | 73 |
| Recomendaciones | 75 |
| Referencias | 77 |
| Anexos | |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. <i>Relación entre tiempo de gestación y aparición de síntomas del síndrome post aborto</i> | 34 |
| Tabla 2. <i>Frecuencia de síntomas de síndrome post aborto en relación a los criterios diagnósticos de DSMIV y CIE 10 asociados a trastorno de estrés post traumático</i> | 35 |
| Tabla 3. <i>Frecuencia de argumentos pre – aborto en la muestra</i> | 37 |
| Tabla 4. <i>Evaluación de validez de contenido de la guía de entrevista Experiencia de ser madre después un aborto consentido: una perspectiva bioética</i> | 52 |
| Tabla 5 <i>Resultado de Validez de contenido de la guía de entrevista Experiencia de ser madre después un aborto consentido: una perspectiva bioética</i> | 52 |

Introducción

El tema del aborto se ha convertido cada vez más en un tema polémico, discutido tanto desde el plano social y económico, como en el de la salud y la moral. Los temas actuales se enfocan en la libertad de la mujer de poder abortar, considerándolo no sólo como un derecho, sino como un bien. Diversos estudios cuantitativos han mostrado tasas de mortalidad por aborto y los estudios cualitativos sobre aborto y salud mental han dividido en dos grupos el campo de la investigación. Uno de ellos refiere que el aborto no provoca daños psicológicos, mientras que el otro grupo manifiesta lo contrario. Sin embargo, hay un punto en común entre ambas posturas, que es la búsqueda del bienestar de la mujer. Por eso, este estudio pretende, conocidas las secuelas que deja el aborto consentido en la mujer, buscar nuevas alternativas que no afecten su vida ni su dignidad como persona humana.

Por ello, es necesario que el tema del aborto sea también estudiado desde una perspectiva fenomenológica y psicológica, que permita conocer las consecuencias post aborto. Además, no se conocen programas de intervención para este tipo de acompañamiento, y los materiales brindados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son manuales de prácticas clínicas para llevar a cabo un aborto, donde no se considera la salud mental de la mujer que desea abortar o que ha abortado y no se incluyen pautas para una atención psicológica o un acompañamiento frente al malestar psicológico y existencial que padece. Estos síntomas post aborto no aparecen como criterios diagnósticos dentro de los manuales de clasificación de enfermedades mentales (DSM V – CIE 10) de la OMS y de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Por ello, es importante darlos a conocer para que los profesionales de la salud y personas que realizan acompañamientos post aborto, conozcan y comprendan las experiencias de una mujer que se ha sometido a un aborto consentido, brindándole un acompañamiento terapéutico eficaz que abarque la totalidad de la persona humana y buscando su bienestar a través de una concepción bioética.

Para ello, este estudio quiso identificar si existe un significado de ser madre después de haberse sometido a un aborto consentido, a través de la narración de las experiencias de dos mujeres que se han sometido a un aborto inducido, mediante un estudio de enfoque cualitativo y de alcance descriptivo.

En cuanto al contenido del estudio, puede encontrarse en el Capítulo I Planteamiento del problema, donde se detallan los objetivos e hipótesis de este estudio. En el capítulo II Antecedentes y marco teórico, se encuentran estudios y teorías que han dado soporte para el desarrollo de esta tesis, tomando en cuenta aportes clínicos, psicológicos, antropológicos y

bioéticos de diferentes autores. En el capítulo III Materiales y métodos, se describe el proceso utilizado para la elaboración de este estudio, su análisis y los aspectos éticos. En el capítulo IV Resultados, se pueden encontrar los hallazgos y aportes de esta investigación en contraste con los datos hallados por otros autores. Finalmente, en el capítulo V se hallan la discusión, conclusión y recomendaciones de este estudio

Capítulo I

Planteamiento del problema

1.1 Descripción del problema

Sedgh, Bearak, Singh, Bankole, Popinchalk y Ganatra (2016) refieren que, desde 1990 a 1994, número de abortos anuales alcanzaba en promedio los 50.4 millones en todo el mundo. Desde entonces esta cifra se ha incrementado entre el 2010 al 2014, donde las prácticas de aborto han alcanzado los 56.3 millones anuales. Aunque los autores refieren que la tasa entre esos periodos ha disminuido de 40 abortos hasta 35 (por 1000 mujeres entre 15 – 44 años). Sin embargo, mientras esta tasa disminuyó en países desarrollados, aumentó en países en desarrollo. En el caso de la región Latinoamérica y Caribe, se reporta un aborto por cada tres embarazos y ante esta situación se propone promover la atención sexual y reproductiva para tener abortos seguros y así evitar embarazos no deseados, ya que refieren que esto ha permitido a los países desarrollados disminuir la tasa de abortos de 25 a 14 por cada 1000 mujeres, mientras que, en la región, ésta subió de 40 a 44.

El primer país que legalizó el aborto fue la Unión Soviética en 1920, y esta práctica se realizaba sólo en hospitales y de forma gratuita. Sin embargo, el número de abortos aumentó y los hospitales no se abastecían, por lo que el aborto dejó de ser gratuito. Es a partir de 1936 hasta 1955, que el aborto era permitido sólo en casos en que la vida de la madre peligrase o en caso de existencia de alguna enfermedad congénita. Sin embargo, tras la muerte de Stalin, el aborto se vuelve a legalizar, pero sólo hasta los tres primeros meses de gestación. Actualmente, Rusia es uno de los países con mayor índice de abortos en el mundo, 551 abortos por cada mil partos, según reportes de la OMS (BBC Mundo, 2018).

En Latinoamérica y Caribe, Cuba fue el primer país en legalizar el aborto, en 1965, dentro de los tres primeros meses de gestación. Actualmente, 58 de 196 países permiten el aborto. Otros países como Chile han regulado las leyes recientemente para permitir el aborto, ya sea en casos en que exista riesgo para la vida de la madre o para su salud física o mental, o en todo caso cuando el embarazo no sea deseado (BBC Mundo, 2017). Sin embargo, en algunos países como El Salvador, República Dominicana, Nicaragua, Malta y Vaticano, el aborto es totalmente prohibido. Ante esto, organismos como la Organización de las Naciones Unidas han recomendado a algunos países como El Salvador despenalizar el aborto, ya que ven esta acción como un derecho de la mujer y la penalización como un acto discriminatorio hacia ella (Organización de las Naciones Unidas, 2017).

Actualmente, Argentina ha entrado en un debate para la legalización del aborto como parte de la salud pública. Dicho debate ha dividido el país con argumentos que defienden la vida del no nacido y la de su madre, mientras que la otra parte considera como cuestión de salud pública el descarte de la vida del no nacido durante las primeras catorce semanas de gestación, si la mujer así lo desea, y que pasado ese tiempo la mujer puede decidir seguir adelante con el embarazo o no en caso de que éste fuese producto de un abuso sexual, o si pone en riesgo la vida de la mujer o en caso de malformaciones graves en el feto. El proyecto de ley de la despenalización del aborto fue aprobado el 14 de junio de 2018 por la Cámara de Diputados con ciento veinte nueve votos a favor, ciento veinticinco en contra y una abstención. Sin embargo, fue el Senado quien rechazó el proyecto de ley por treinta y ocho votos a treinta y uno, manteniendo vigente la ley de 1921 que permite el aborto en casos de violación o en aquellos en que la vida de la mujer peligró (La Tercera, 2018).

Hasta el momento, los debates para la legalización del aborto se han centrado en la disminución de muertes de mujeres que abortan. Sin embargo, son pocos los estudios que han considerado los síntomas físicos y psicológicos que repercuten en las mujeres que han abortado. Por otro lado, algunas investigaciones han evidenciado la existencia de un síndrome post aborto, cuyos síntomas cumplen con los criterios diagnósticos del trastorno de estrés post traumático, pero encontrándose además otros síntomas como: pesadillas o sueños reiterados en relación al aborto, sentimientos de culpa y fuertes deseos de reparar la acción cometida. Sin embargo, este llamado síndrome post aborto aún no ha sido registrado dentro de las clasificaciones diagnósticas de la Organización Mundial de la Salud [OMS], ni de la American Psychiatric Association [APA] (Gómez & Zapata, 2012).

En octubre de 2014 se sometió a discusión en el Perú el proyecto de ley Nro 3839-2014-IC, que despenaliza el aborto en caso de que el embarazo sea consecuencia de violencia sexual, inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentidos. Sin embargo, en noviembre de 2015 la propuesta de ley es archivada nuevamente por mayoría de la comisión constitucional del Congreso de la República (Comisión de Constitución y Reglamento, 2015).

International Planned Parenthood Federation [IPPF] (2018) ha puesto en su portal información acerca de los síntomas que sufrirá la persona después de haber abortado, y las medidas que tiene que tomar para una pronta recuperación y continuar con sus actividades al día siguiente. Sin embargo, todas ellas son referidas a efectos físicos, mientras que cuando hace referencia a algún malestar de tipo emocional, lo refiere como “una variedad de

emociones” que son “absolutamente normales”, brindando como consejo buscar la ayuda de un profesional.

Contrastando con el párrafo anterior, el Instituto de Rehabilitación de la Mujer y la Familia, A.C. [IRMA] (2017) realiza acompañamientos a mujeres o parejas que han abortado, encontrándose que, tras realizarse un aborto, tanto la mujer como su pareja, desarrollan sintomatologías como: aislamiento, problemas de pareja, depresión, ansiedad, entre otras. En la misma línea, Coleman (2017) refiere que el aborto no “libera” a la mujer, sino al contrario, trae como consecuencia problemas psicológicos, entre los que se pueden citar sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y pesadillas. Asimismo, la autora refiere que algunas de las mujeres realizan dicha práctica por presión social, llegando incluso a realizársela con la duda de si la decisión tomada fue la mejor, por lo que tienden después a buscar ayuda profesional en salud mental.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el significado de ser madre después de haberse sometido a un aborto inducido?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Comprender el significado de ser madre a partir de la narración de experiencias después de haberse sometido a un aborto consentido.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características esenciales de la experiencia de ser madre después de la pérdida de un hijo por aborto consentido.
- Conocer, en el proceso de restauración de ser madre que se ha sometido a un aborto consentido, la alternativa de la dimensión espiritual.

1.4 Hipótesis

1.4.1 Hipótesis general

- Existe un significado de ser madre a partir de la narración de experiencias, después de haberse sometido a un aborto consentido.

1.4.2 Hipótesis específicas

- Existen características esenciales de la experiencia de ser madre, después de la pérdida de un hijo por aborto inducido.

- El proceso de restauración de la madre que se ha sometido a un aborto consentido necesita la alternativa de la dimensión espiritual.

1.5 Justificación del tema de investigación

Importancia de la investigación.

El tema del aborto es actualmente discutido por diferentes medios desde diferentes perspectivas: económica, de salud o social, que muestran resultados cuantitativos en cuanto a estadísticas de mortalidad (OMS, 2017). Sin embargo, es necesario un estudio a profundidad desde una perspectiva fenomenológica y psicológica, que nos permitan conocer con mejor detalle las consecuencias del fenómeno post aborto (Gómez & Zapata, 2005).

Asimismo, esta investigación pretende aportar un valor teórico que permitirá al psicólogo y a los profesionales de la salud conocer y comprender las vivencias que tiene una mujer tras haberse realizado un aborto consentido. A su vez, este trabajo aporta un valor práctico a los psicólogos, quienes podrán intervenir y realizar un acompañamiento terapéutico más humano y eficaz, partiendo de una concepción bioética que busque el bienestar de la persona.

Por otra parte, este estudio es un aporte importante para aquellas personas que acompañan o son partícipes de las prácticas abortivas, de tal modo que, conociendo las secuelas del aborto, puedan buscar otras alternativas que no afecten la vida y la dignidad de la persona humana.

1.6 Limitaciones

- Los estudios acerca de las secuelas que deja el aborto son escasos. La mayoría de ellos muestran datos estadísticos de número de prácticas abortivas o de las condiciones en las que se realiza un aborto. Sin embargo, en cuanto a la relación entre aborto y salud mental,

aún los investigadores no han podido llegar a un acuerdo, ya que algunos indican que el aborto es favorable a la salud mental de la mujer y otros estudios refieren que le afecta negativamente. (Reardon, 2018)

- Existen personas que, tras someterse a un aborto, buscan ayuda psicológica. Sin embargo, no existen programas de intervención para este tipo de acompañamiento. Tampoco existen materiales adaptados, por lo que esta investigación podría aportar líneas matrices para la elaboración de un programa de intervención.

- El malestar psicológico que padece una mujer tras ser sometida a un aborto inducido no es considerado por la OMS ni el APA como criterios diagnósticos, por lo que no se encuentra dentro de los manuales de intervención.

- Las investigaciones de tipo cuantitativo sobre el aborto permiten un mayor número de participantes, ya que en su mayoría utilizan encuestas anónimas, ya sea vía telefónica o bases de datos. Sin embargo, muy pocas mujeres aceptan participar en investigaciones de enfoque cualitativo y alcance descriptivo, como la del presente estudio, cuya finalidad es profundizar y conocer desde un análisis fenomenológico el tema del aborto a través de la guía de entrevista. Es por ello que esta investigación contó con dos participantes voluntarias, esperando que los resultados obtenidos puedan servir como base para futuras investigaciones en poblaciones más amplias.

Capítulo II

Marco teórico

2.1 Antecedentes del estudio

Reardon (2018) realizó una revisión teórica sobre la controversia existente entre aborto y salud mental. Para ello, realizó una selección de publicaciones que comienzan en el año 2005, donde se encuentran autores con posturas a favor y en contra. El objetivo fue estudiar ambas posturas para identificar qué acuerdos tienen en común, y cuáles no, además de identificar las razones que justifican sus diferentes puntos de vista, analizarlas y proponer alternativas que permitan mejorar el tema de investigación lejos de posturas ideológicas. La metodología empleada fue la evaluación de la literatura utilizada y sus respectivas referencias, obteniendo como resultado que tanto las posturas a favor como en contra coinciden en: a. Existe evidencia de la influencia del aborto en la intensidad y duración del trastorno mental y que su práctica recurrente se asocia con altas tasas de trastornos mentales a diferencia de aquellas mujeres que no se han realizado un aborto, b. Se pueden utilizar los factores de riesgo para identificar que las mujeres puedan desarrollar problemas de salud mental tras realizarse un aborto. c. No se ha evidenciado que el aborto pueda mejorar la salud mental, d. No hay pruebas suficientes que demuestren que el aborto es la única causa de las altas tasas de enfermedades mentales. Finalmente, el autor hace énfasis en la importancia de investigar en un marco temporal amplio, ya que los estudios han demostrado que, con el tiempo, la tasa de mujeres que experimentan daños emocionales post aborto aumenta.

Biggs (2018) refiere que no existen revisiones científicas previas que demuestren que el aborto afecta a la salud mental de la mujer. Por ello, el objetivo de su estudio fue demostrar si el aborto o la negación del mismo genera un impacto en la mujer, para lo cual realizó un estudio comparativo longitudinal de cinco años de seguimiento, obteniendo una muestra de 1000 mujeres, las cuales fueron seleccionadas de treinta centros de aborto de los Estados Unidos y las cuales fueron encuestadas vía telefónica. El resultado de su investigación concluye que el aborto deseado no tiene relación con trastornos mentales, contrastando con el hecho de que las mujeres a quienes se les negó el aborto, una semana después, presentaron síntomas de ansiedad y baja autoestima. Además, refiere que más de un 95% de mujeres que abortaron expresaron que fue la mejor decisión hasta cinco años después de haberlo hecho. Asimismo, se afirma que la etapa gestacional en la que se aborta no representa una diferencia y que además existen antecedentes asociados a la afectación de la salud mental (víctima de violencia o problemas de salud mental) que tienden a agravarse después del aborto.

Munk- Olsen, Laursen, Pedersen, Lidegaard & Mortensen (2011) investigaron la relación entre aborto inducido en el primer trimestre de gestación y riesgo de trastorno mental. La muestra fue obtenida de la base de datos del Sistema del registro civil danés, del registro central psiquiátrico danés y del registro nacional danés de pacientes, seleccionando a mujeres y niñas danesas nacidas entre 1962 y 1993, que tuvieron un aborto o un primer parto entre 1995 y 2007 y cuyo primer contacto psiquiátrico (ya sea como visita o paciente ambulatorio) fue dentro de los nueve meses previos al aborto o durante los doce meses tras el primer parto. Los resultados que muestra el estudio son que, de 84,620 mujeres que abortaron, 868 (1,0%) tuvieron el primer contacto psiquiátrico durante los nueve meses previos al aborto y 1,277 (1,5%) lo tuvieron a los doce meses después del aborto, con una incidencia de contacto psiquiátrico de 14.6 antes del aborto y 15.2 después del aborto. En el caso de las mujeres que tuvieron su primer parto, 790 de un total de 280,930 (que representa un 0,3%) tuvieron su primer contacto psiquiátrico dentro de los nueve meses previos al parto y 1916 (0,7%) lo tuvieron durante los doce meses tras el parto, con una incidencia de contacto psiquiátrico de 3.9 antes del parto y 6.7 después del parto. Finalmente, los autores concluyen que el riesgo de un contacto psiquiátrico relacionado al parto es mayor que la del aborto.

El Instituto de Rehabilitación de la Mujer y la Familia, A.C. [IRMA] (2017) realizó un estudio en México que tuvo como objetivo conocer las consecuencias psicológicas de las mujeres y parejas tras haberse sometido a un aborto consentido. La muestra fue de 201 mujeres. Entre los resultados, se encontró que el 53% tienden a aislarse y sentirse solas después de haberse realizado un aborto, el 40% reporta problemas con las personas con las que convive, el 34% interrumpe sus estudios y/o trabajo, el 39% disminuye su rendimiento académico, el 54% se separa de su pareja y el 46% continua con su pareja, pero de forma conflictiva. Además, entre estas mujeres se presentaron síntomas de ansiedad y depresión por la experiencia del aborto.

Por otro lado, Coleman (2017) realizó una encuesta vía telefónica anónima a 987 mujeres estadounidenses de 20 a 72 años de edad que buscaban ayuda profesional tras haberse realizado un aborto, para conocer aspectos tanto positivos como negativos en cuanto a su experiencia con el aborto. Para ello, realizó un análisis temático de las respuestas, obteniendo como resultado que, de las mujeres que se realizaron un aborto, el 32% manifestó no haberse sentido beneficiada a nivel personal, el 13% buscó ayuda en salud mental antes de provocarse el aborto, mientras que el 67,5% buscó dicha ayuda después del aborto. En

cuanto al uso de psicofármacos, el 6,6% tomaba medicamentos antes de realizarse el aborto en comparación con el 51% que comenzó a utilizarlos tras habérselo realizado por primera vez. Entre las valoraciones negativas, buscaron ayuda profesional en salud mental ya que presentaron síntomas como: sentimientos de pérdida, preocupaciones existenciales, disminución en la calidad de vida, sentimientos para acabar con su vida, depresión, culpa, odio a sí mismas, adicciones, conductas autodestructivas, ansiedad y pensamientos o tendencias suicidas, teniendo algunos casos que ser medicados.

Asimismo, Sullins (2016) tomando como referencia los estudios realizados por Pedersen (2008) y Fergusson (2006) en mujeres de Noruega y Nueva Zelanda, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar si existe asociación entre el aborto, abuso de sustancias y salud mental a través del análisis de los datos del Estudio Longitudinal Nacional de Salud Adolescente a Adulta, tomando una muestra estratificada a nivel nacional de 8,005 mujeres estadounidenses de 15 a 29 años de edad, a quienes se les realizó un seguimiento durante 13 años, obteniendo información sobre su historial de embarazo y salud mental. Para este estudio longitudinal se realizó el análisis de datos mediante la regresión de Poisson, obteniendo como resultado que el aborto inducido está asociado a un alto riesgo de trastornos mentales en un 45% (intervalo de confianza al 95%, $p < 0.0001$), incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas. Dicho resultado excluye a aquellos que presentaron un trastorno mental previo al aborto. Otros resultados hallados muestran que existe un riesgo en la salud mental de un 24% asociado a pérdida de embarazo. En el caso de los partos tuvo una asociación muy débil de la reducción de los trastornos mentales. Finalmente, un 11% de la prevalencia de los trastornos mentales hallados durante el estudio han sido asociados directamente con el aborto. Estos resultados respaldan los encontrados por Fergusson (2006) y Pedersen (2008).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Aproximación clínica.

Aborto

Definición. De acuerdo a las fuentes encontradas, se exponen las siguientes definiciones:

En primer lugar, la Real Academia Española en el Diccionario del español jurídico (2016)

1. Civil y penal. Interrupción de un embarazo

2. Pen. Delito que comete quien aborta o practica un aborto fuera de los casos que la ley permite.
3. Can. Muerte provocada del feto de cualquier manera que se produzca desde el momento de su concepción.

En segundo lugar, instituciones como la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2010) toma como referencia la definición de aborto realizada por la Organización Mundial de la Salud [OMS] en el año 1994:

El aborto es la interrupción del embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad (antes de las 22 semanas de edad gestacional con peso fetal de 500 gramos y longitud cefalo nalgas de 25cm) (p.7, 10).

Por su parte, el Comité de Bioética de España (2014) define el aborto como la finalización del proceso de gestación antes del nacimiento.

En tercer lugar, investigadores como Lejeune (1986) y Juan Pablo II (1995) afirman que, un embrión humano es ya una persona humana. Por eso, para ellos el aborto es la eliminación de la vida de un ser humano antes de su nacimiento, y si el aborto es inducido, entonces es un homicidio. Para fines de este estudio, este es el concepto que seguiremos.

Clasificación clínica. La guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal del Ministerio de Salud [MINSA] (2010) clasifica los tipos de aborto en:

a) Tiempo de gestación

Aborto temprano: Cuando es realizado antes de las 9 semanas gestacionales.

Aborto tardío: Cuando es realizado después de las 9 semanas gestacionales.

b) Forma de presentación del aborto

Espontáneo: Puede ser un aborto en curso, retenido – frustrado, incompleto o completo.

Inducido

c) Aborto terapéutico

Poner fin a la gestación para salvar la vida de la madre.

Asimismo, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud en su 10ª edición [CIE 10], (2018) clasifica el aborto de la siguiente manera:

O02.1 Aborto retenido: muerte precoz del feto, que retiene el feto muerto.

O03 Aborto espontáneo: incluye aborto involuntario.

O04 Aborto médico: terminación del embarazo, ya sea legal o terapéutico.

O05 Otro aborto.

O06 Aborto no especificado: incluye aborto inducido.

Cada uno de estos tipos de abortos (O03 – O06), se subdividen en diez categorías, de las cuales ocho de ellas son patologías médicas citadas en el manual: cuatro de ellas por aborto incompleto y las otras cuatro por aborto completo o no especificado.

A continuación, se presentan los códigos de patologías clínicas derivadas del aborto:

- .0 Infección pélvica y del tracto genital después de un aborto incompleto.
- .1 Hemorragia tardía o excesiva después de un aborto incompleto.
- .2 Embolia después de un aborto incompleto.
- .3 Otras complicaciones especificadas y las no especificadas después de un aborto incompleto (de esta última se derivan 10 patologías adicionales).
- .4 Aborto incompleto sin complicaciones.
- .5 Infección pélvica y del tracto genital después de un aborto completo o no especificado.
- .6 Hemorragia tardía o excesiva después de un aborto completo o no especificado.
- .7 Embolia después de un aborto completo o no especificado
- .8 Otras complicaciones y complicaciones no especificadas después de un aborto completo o no especificado (de esta última también se derivan otras 10 patologías).
- .9 Aborto completo o no especificado sin complicación.

La Organización denominada Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [Promsex], (2018) encargó al Instituto de Opinión Pública (IOP – PUCP), realizar un estudio sobre el aborto en el Perú, que tuvo como participantes a 2,400 mujeres entre 18 y 49 años de edad, provenientes del ámbito urbano de las diferentes veinticinco regiones del Perú, en el cual se encontró que el 19% de esta población se ha sometido a un aborto. Asimismo, por regiones, se estimó para el Norte 14%; en Lima y Callao 17%; en

Centro 19%; en Sur 21% y en Oriente 26%. Según el perfil socioeconómico se evidencia que un 19% de la población que ha abortado provienen de los niveles A/B y 81% de los niveles C y D/E. Por otro lado, de acuerdo al nivel educativo, la tasa mayor se constata en mujeres con educación secundaria (46%), seguida por educación superior (45%), siendo mucho menor en mujeres con educación inicial o primaria (9%). Entre los métodos utilizados para realizarse un aborto, el 69% de la población acudió a un profesional de la salud para realizarse un aborto quirúrgico (aborto médico); del 31% que no acudió a un profesional de salud, el 53% se realizó un aborto con pastillas. Además, se evidenció que las que tuvieron un aborto quirúrgico requirieron internamiento en un centro de salud (49%) y sólo la quinta parte de las que tomaron la pastilla, fueron internadas (17%).

Consecuencias en el cerebro de una madre tras haber abortado

López- Moratalla (2012) refiere que existen dos mecanismos básicos en el cerebro maternal de mamíferos. El primero consiste en eliminar las consecuencias del estrés, para lo cual se suprime el cortisol y de esta manera se evita dañar el desarrollo de los órganos del hijo. El segundo, predispone a la madre al cuidado del hijo y esto se debe a que la progesterona del cerebro sintetiza la oxitocina, desarrollando el cerebro social de la madre. Es decir, se vuelve cognitivamente maternal y emocional, creando un fuerte vínculo de apego entre madre e hijo. Esta relación durante y después del embarazo genera intensas cargas emocionales, siendo la experiencia de la maternidad la única que modifica la memoria emocional, el hipocampo. En cuanto a las sensaciones corporales, éstas son evaluadas como positivas o negativas por la corteza insular que, junto con el complejo amigdalino, interactúa para percibir externa e internamente una situación y calificándola como premio o castigo.

En relación al embarazo en una mujer, la autora sostiene que, por ser un proceso biológico natural, es evaluado por el organismo de forma positiva, mientras que su interrupción espontánea o violenta es evaluado como un proceso biológico negativo. Ambas experiencias son registradas en el cerebro de la mujer, como positivo en el primer caso o negativo y además traumático, en el segundo caso, afectando el estado mental de la mujer y padeciendo ésta trastornos o desequilibrios psíquicos, todas ellas manifestaciones de las marcas que han dejado las experiencias evaluadas como negativas. Cabe resaltar que el impacto y el desenlace precipitado dependerá de cada persona, de su predisposición innata al trauma, de la exposición a factores estresantes, de su nivel de resiliencia, etc.

Para tomar la decisión de realizarse un aborto inducido, la mujer utilizará un mecanismo de defensa, que puede ser:

Mecanismo primitivo, que es la negación del hijo gestado, indicando que es un conjunto de células.

Mecanismo maduro de anticipación de la racionalización de la valoración, que permite preguntarse si es madre de un hijo vivo o muerto.

Sumado a ello, estarán sus creencias religiosas y, culturales, pero sobre todo la fuerte presión social, que genera un miedo al futuro, y consiguientemente, un fuerte conflicto interior en la mujer, que tendrá que tomar una decisión que pone en juego lo más profundo de su ser.

En referencia a los efectos del aborto en la salud mental, la autora afirma que se han encontrado tres aproximaciones científicas que permiten identificar la relación causal entre aborto inducido y problemas psiquiátricos. La primera aproximación trata sobre los testimonios de mujeres que buscaron ayuda tras haber abortado o tras una intervención terapéutica que tuvieron por algún problema emocional, y que, tras algún tiempo de terapia, se detectó que estaba relacionada con el aborto. La segunda aproximación se basa en la aparición de correlaciones estadísticas entre aborto y trastornos psiquiátricos que surgieron a partir del año 2003. Éstas muestran que el aborto incrementa el riesgo —entre moderado a muy alto— de aparición de trastornos psiquiátricos de conductas adictivas e ideación suicida, siendo las correlaciones más altas en aquellas que abortaron voluntariamente. Por lo tanto, no hay evidencia científica de que el aborto inducido aporte a una adecuada evolución de la salud mental, al contrario, existen asociaciones negativas que evidencian que la mujer que aborta voluntariamente tiene un 81% más de riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Además, se demuestra que un 10% de los problemas de salud mental están relacionados al aborto, manifestando síntomas más duraderos y en mayor porcentaje en aquellos en los que fue inducido. Finalmente, de acuerdo a la tercera aproximación, la neurociencia refiere que durante el embarazo se genera un vínculo de apego emocional y cognitivo entre madre e hijo que los protege del estrés. Con el aborto, este vínculo se rompe de manera violenta, siendo este aspecto, y no tanto un aspecto social, el que añade en mayor o menor intensidad problemas en la salud mental de la madre ya que, debido a la acción de los estrógenos, ésta es más propensa a sufrir de estrés post traumático que el varón. Además, esto se podría ver reforzado por una predisposición genética o por experiencias de abuso o maltrato en la infancia, que pueden conducir a la persona a desarrollar ansiedad, problemas

conductuales o emocionales. Todos estos factores generan cambios permanentes en la estructura del ADN de la persona, es decir, el cerebro queda marcado por las huellas del estrés sufrido, lo cual facilita una respuesta traumática a un nuevo evento estresante. Esto se evidencia en los estudios de neuroimagen, que han mostrado cómo el estrés post traumático que sufren las mujeres que han abortado voluntariamente altera las áreas cerebrales que regulan las emociones negativas y de la memoria emocional. Es decir, se observa en estos casos una disminución del hipocampo, de la memoria episódica y un aumento de recuerdos relacionados con el trauma.

Para Millán (2015), la relación entre madre y feto humano refleja una relación biológica- ontológica que para Buber (1923) es el establecimiento de un elemento natural que determina el primer lazo social, o una relación dialógica que permite una modificación en el pensamiento de la madre. Este pensamiento, en palabras de López- Moratalla (2012), pasa de una visión individual a una social o el surgimiento del cerebro social de la madre, surgiendo un vínculo de apego materno-filial a nivel afectivo-emocional. Este vínculo de apego y la relacionalidad en la persona humana son vividas recíprocamente y se distingue de otros seres vivos o especies. Estas características que se inician desde la concepción permanecerán en todas las etapas del desarrollo del hombre hasta su muerte.

2.2.2 Aproximación psicológica

En este apartado se ha desarrollado parte del pensamiento de Viktor Frankl con su propuesta de logoterapia y la psicología cognitiva conductual de Albert Ellis y Aaron Beck.

Logoterapia y análisis existencial.

Frankl (1979) refiere que la existencia del ser humano se centra en el desafío que tiene para encontrar un sentido a su vida. A esto le llamó *voluntad de sentido*. Esta voluntad de sentido es hallada en una de las dimensiones del ser humano: la dimensión espiritual. Esta dimensión, que es uno de los aportes de la logoterapia de Viktor Frankl, ha permitido reconocer que el hombre, además de ser una unidad biológica, psicológica y social, también es espiritual, la cual difiere de un concepto religioso. El autor refiere que esta dimensión es el área más íntima y genuina del ser humano y por ello, no puede ser alterada. Desde esta esencia el hombre se comunica con Dios y con los demás, siendo la dimensión donde se encuentra el ser de la persona y en ella guarda la capacidad de usar su libertad para actuar con responsabilidad y junto con los valores le permite encontrar un sentido a su existencia.

La logoterapia, explica el autor, es una terapia que ayuda al hombre a encontrar el sentido de su existencia, basándose en la “voluntad de sentido” es decir la motivación por luchar para encontrar un sentido, para vivir por sus metas o motivaciones con las que se identifica, como intereses primordiales del ser, en contraposición a Freud, que consideraba como intereses primordiales la satisfacción de los impulsos e instintos. El hombre descubre el sentido de su vida porque existe, no es algo inventado por él. El ser humano es el único ser que tiene la capacidad de darle un sentido a su vida, respondiendo a las preguntas de su existencia, contemplando y meditando las experiencias para sacar algún aprendizaje, aceptar y cargar su cruz. Frankl, a través de la logoterapia, permitía que la persona humana sea capaz de ver que la vida esperaba algo de ella, aunque ésta no espere nada de la vida, tomando en cuenta por ejemplo el sufrir con orgullo y morir con dignidad. Esto lo pudo observar mayormente en las personas creyentes o religiosas, que entienden que todo sacrificio esconde un sentido, lo que les permitía vivir mejor su sufrimiento.

Sin embargo, lo que pone en peligro a la voluntad de sentido, indica el autor, es la frustración existencial (neurosis noógena), que se encuentra en el núcleo espiritual de la personalidad, no de la psicología de la existencia humana. Es decir, no es una enfermedad mental, sino una angustia del espíritu, por lo que la frustración existencial no debe ser tratada con medicación ni como un problema psiquiátrico, sino con logoterapia, ya que ésta le permite la búsqueda de sentido, profundizar en su dimensión espiritual y afrontar con sinceridad humana su consistencia psíquica-espiritual. Para Frankl es importante que el hombre encuentre la necesidad de tener una misión por cumplir o sienta que está cumpliendo con un deber, lo que le permite fortalecer su salud mental.

Vacío existencial. El autor expone que, durante el siglo XX, a causa de la expansión de la civilización, el ser humano pierde el sentido de lo que busca, de su existencia y experimenta por tanto un vacío existencial. Actualmente, el hombre ha diluido sus tradiciones a causa de la vida moderna, las cuales le permitían sopesar sus conductas según lo establecido por la sociedad. Por ello, el ser humano, sin instintos ni tradiciones que le indiquen como actuar adecuadamente, ha perdido la capacidad de reconocer sus deseos, los ha suprimido, los ignora, asumiendo una postura conformista (hacer lo que otros hacen) o una postura totalitarista (hacer lo que le indican). Este vacío existencial se manifiesta como tedio, aburrimiento, hastío y puede presentarse de forma escondida, compensándose esta falta con la voluntad de poder, de placer o ambas. Para evitar una recaída, es necesario dotar de sentido el vacío existencial.

Sentido de la vida.: Frankl (1979) refiere que el sentido de la vida es diferente para cada persona humana, ya que ésta es única y, por ende, su sentido de vida también. Es decir, para cada persona está reservada una misión específica que tendrá que cumplir, y este sentido se manifiesta en concreto en un momento específico de su vida, que es cuando la persona tendrá que llevar a cabo la misión que le corresponde asumir.

Esencia de la existencia. Es la toma de consciencia que hace el hombre acerca de las responsabilidades personales que debe asumir, partiendo del ¿por qué hacerlo?, ¿de qué trata?, ¿ante quién se siente responsable? Es aquí donde la persona toma la decisión de ante quién responde con su existencia: ante la sociedad, ante su conciencia o ante Dios. Cabe resaltar que el ser humano no encuentra el sentido a la vida dentro de sí, sino en el mundo, entregándose a una causa o a una persona amada, olvidándose de sí mismo. lo que significa que éste se vuelve más humano y perfecciona sus capacidades. Esto es lo que el autor llamó *auto-trascendencia de la existencia*, diferenciándola de la autorrealización, que es más bien el resultado y no un fin de la propia trascendencia del hombre. La realización de una acción, el acoger las donaciones de la existencia (sentido del amor) y el sentido de sufrimiento (aceptación del sufrimiento, capacidad de encontrar un sentido en el dolor) permiten que el ser humano pueda descubrir o realizar el sentido de su vida. Y si es creyente, utilizará su fe para fortalecer sus recursos espirituales (supra sentido).

Asimismo, manifiesta que existen situaciones que producen mucho sufrimiento en la persona humana, y que no está en sus manos poder cambiarlas, pero que siempre podrá escoger con qué actitud afrontar ese sufrimiento. Cuando hacía referencia a los prisioneros en el campo de concentración, refería que para protegerse del dolor y del sufrimiento, muchos tomaban una actitud apática, pero también podían tomar la actitud de adentrarse hacia el interior y desarrollar una vida espiritual profunda que les permitía encontrar una verdadera libertad espiritual y riqueza interior: sólo así eran capaces de apreciar la belleza de la vida aún en las circunstancias miserables en las que vivían, y era este sentido el que los salvaba de caer en la desolación.

Por eso, Frankl (1979) llega a la conclusión de que “Al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas- la elección de la actitud personal que debe adoptar frente al destino- para decidir su propio camino” (p.89).

Es decir, el ser humano, por más que viva una realidad dolorosa o caótica, no puede carecer de sentido, ya que todo lo que acontece tiene un valor espiritual y ningún sufrimiento puede quitarle al hombre la capacidad de encontrar un sentido, ya que el ser humano tiene un valor, y por tanto es un ser digno. Sólo pierde el sentido de su humanidad, o de su

condición humana, cuando lucha contra el sufrimiento, olvida su dignidad moral y se comporta como un ser no digno moralmente, ya que sólo el ser humano va a decidir qué es y cómo contemplar la realidad.

Terapia cognitiva conductual.

Para Lega, Caballo y Ellis (1997), el enfoque de esta terapia establece que el ser humano se perturba emocionalmente frente a un estímulo, porque adquirió un aprendizaje inadecuado sobre él, generando malestares conductuales, cognitivos y emocionales, y sólo la modificación de este aprendizaje o la adquisición de un nuevo aprendizaje sobre ese estímulo permitirá a la persona adquirir una conducta más adaptativa. Dicho de otro modo, la persona no responde al acontecimiento, sino a la idea o representación cognitiva que hace del evento, ya que es la cognición la que media el aprendizaje y la que genera una disfunción a nivel emocional y conductual. Por eso, es necesario registrar y evaluar las cogniciones, y luego tras un cambio de cognición deseable, se logra una modificación en las emociones y en la conducta. Para ello, es necesario realizar una intervención integrativa entre ambas.

Además, los autores refieren que el enfoque explica que dentro de la cognición existen esquemas cognitivos que son formadas por las estructuras y contenido cognitivo. Las distorsiones cognitivas y las deficiencias cognitivas explican el porqué del funcionamiento desadaptativo del sujeto y cómo puede reducir sus síntomas cambiando su forma de pensar y para ello es necesario una serie de intervenciones que contengan la práctica de nuevas conductas que refuercen el nuevo pensamiento adquirido.

Entre las cogniciones, prosiguen los autores, existen aquellas que son más accesibles a la conciencia humana llamados “pensamientos automáticos” y aquellas cogniciones que son menos accesibles a la conciencia debido a que son más profundas, estas son los “esquemas”, suposiciones subyacentes o ideas irracionales nucleares.

Con respecto a los esquemas, manifiestan que son creencias, actitudes, o conceptos inflexibles (reglas) que se forman a partir de experiencias tempranas, desarrollándose como conceptos duraderos, formando la base para la selección, discriminación, evaluación y codificación de los estímulos, categorizando, evaluando, juzgando las experiencias y distorsionando las situaciones reales. Dicho de otro modo, los esquemas son filtros perceptivos que permiten evaluar y juzgar la experiencia presente a través del aprendizaje

almacenado. Cuando estos no encajan, el esquema buscará nueva información, ya sea distorsionándola o en algunos casos cambiando el esquema. Es decir, los esquemas muestran una percepción reducida de la experiencia, la condicionan y la distorsionan. El sujeto probablemente desconozca estos esquemas, no pudiendo acceder a ellos directamente, pero si observa el producto del procesamiento de la información es posible que la persona humana pueda inferir en qué consisten.

Los autores, basándose en algunos psicólogos cognitivos y sociales (por ejemplo, Epstein, 1994; Nisbett y Wilson, 1977, entre otros), han referido dos sistemas cognitivos diferentes: automático (pensamiento rápido, no consciente) y procesamiento consciente (que parte de la experiencia consciente y conlleva un concepto más elaborado). El primero es el resultado de un aprendizaje anterior cuya respuesta a los nuevos estímulos son habituales e inflexibles, mientras que el segundo es un procedimiento más lento, consciente y premeditado, que utiliza sólo una parte de la información y por ello es muy flexible y se adapta a la nueva información. La información obtenida de ambos procesos permanece en la memoria y por lo tanto es posible que no se pueda acceder completamente a ella de forma consciente. Cuando la experiencia es intensa, repetitiva o se tiene consciencia de ella, genera una asociación inconsciente que influye en la respuesta emocional. Asimismo, existen conocimientos accesibles situacionales y verbales que se almacenan por separado. El primero se da en forma automática, por asociación entre estímulos ambientales y características de recuerdos almacenados en la memoria, por lo cual, frente a eventos aversivos, la persona no puede acceder a esta información subyacente, pero sí a la representación o resultado de esta experiencia que se manifiesta en la respuesta automática a través de sus pensamientos, emociones o conductas, pudiendo hacer inferencias sobre ellas. El segundo, es adquirido de manera consciente, por lo que permite ser cuestionado o debatido deliberadamente.

Ellis (1988), basándose en muchas filosofías y teorías psicológicas, llega al supuesto de que las personas se perturban emocionalmente por muchas causas externas e internas, pero es probable que la causa mayor de estas perturbaciones emocionales y conductuales sean las ideas de grandiosidad y perfeccionismo de sus deseos o preferencias convertidas en exigencias. Cuando la persona ha obtenido aquello que desea y percibe que puede perderlo, tiende a desarrollar sentimientos de preocupación y tristeza, entre otros, lo cual le lleva a luchar por tener más de lo que quiere y rechazar o evitar aquello que no quiere o que pone en riesgo lo que desea. Sin embargo, cuando la persona obtiene esa preferencia y la convierte

en exigencia rígida y endiosada, se generan sentimientos disfuncionales como rabia, depresión, pánico, etc. y, por lo tanto, conductas disfuncionales como retraimiento, procrastinación, adicción o compulsión.

Asimismo, para Ellis (1988), el ser humano en su naturaleza tiende a ser sugestionable y crédulo, lo que le hace aceptar y mantener pensamientos absolutistas, generando exigencias dogmáticas sobre sí, los demás y la vida, sin importar si son ilógicos, poco realistas o si le causan daño. Es decir, todas las personas tienen una tendencia biológica a crear pensamientos distorsionados, rígidos, catastróficos o tienden a la “no soportantitis”, generando problemas emocionales o conductuales. De esta forma, las personas se autoevalúan a través de sus conductas, es decir el valor de su ser equivale al tipo de conducta o a la consecuencia de esta. Todos ellos son resultados de las exigencias implícitas. Así, las personas creen que sus ideas, creencias y valoraciones son objetivas, cuando realmente son definiciones subjetivas, generándose fuertes perturbaciones. Con sus exigencias absolutistas de condena se imponen ideas distorsionadas sobre sí, los demás y la vida. Sin embargo, estas exigencias absolutistas pueden ser erradicadas con un cambio filosófico profundo.

Ellis (2000) supone que, así como la persona es capaz de crear y mantener pensamientos y conductas disfuncionales, también es capaz de elegir cambiarlos por otros más saludables y lógicos, si es que es enseñado a hacerlo. Esto es posible, por ejemplo, evitando generar una autoestima condicionada, y promoviendo en su lugar una autoaceptación incondicional independiente de sus logros o fracasos. Esta autoaceptación es diferente de la autoestima, que no ayuda a la persona a aceptarse de forma saludable, ya que condiciona su estima o valía personal a los logros o metas alcanzadas, trayendo como consecuencia el desprecio a sí mismo cuando no son logradas, lo cual genera pensamientos de autocondena y ansiedad. Sólo aceptándose a sí mismo incondicionalmente, la persona puede aprender a aceptar también a los demás y a la vida.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), Lega et al., (1997) refieren que el conjunto de pensamientos, ideas e hipótesis que el ser humano concibe y afirma sin verificación y que además no tienen consistencia ni en su lógica ni en la realidad son absolutistas y dramáticas, generan emociones perturbadoras y obstaculizan el logro de objetivos. Estas son denominadas por Beck *Distorsiones cognitivas* y por Ellis *Creencias irracionales*.

Distorsiones cognitivas. son formas distorsionadas de percibir la realidad, afirmando que fueron instauradas en las personas a partir de experiencias negativas en edades tempranas

y vuelven a desencadenarse en el presente por situaciones o estímulos activadores (Beck, et al., 1979).

Burns (1980) realiza una adaptación de estas distorsiones, citándolas de la siguiente manera:

Pensamiento todo o nada: Tener pensamientos dicotómicos o extremistas (bueno, malo), sin intermedios.

Generalización excesiva: Partir de una experiencia negativa para indicar que todos los acontecimientos siguientes serán iguales.

Filtro mental o abstracción selectiva: Considerar un solo hecho negativo por encima de todos los demás.

Descalificación de lo positivo: No tomar en cuenta los aspectos favorables o valorarlos en poca medida.

Conclusión precipitada o inferencia arbitraria: Pensar anticipadamente que un hecho concluirá mal. Entre ellas están la lectura del pensamiento y la anticipación negativa de los hechos.

Magnificación o minimización: Dar importancia excesiva a un hecho desafortunado o restar importancia a un hecho importante.

Razonamiento emocional: Concebir la realidad a través de las emociones negativas.

Los Deberías: Tener pensamientos exigentes absolutos y rígidos.

Etiquetación: Evaluar de forma global a la persona por sus conductas negativas

Personalización: Asumir la responsabilidad de la consecuencia negativas de un hecho como suyo.

Creencias irracionales. Lega et al., (1997) refieren que éstas son manifestadas en términos de “debería” y “tengo que”, exigencias absolutistas acerca de sí mismo, los demás y la vida. Estas creencias se pueden resumir en tres áreas principales:

Aprobación: “debo ser amado y aceptado”, “debe tratarme muy bien”, generando sentimientos de ira y conductas pasivo –agresivas o violentas

Perfección: “debo actuar bien/ perfectamente”, “debo ser competente”, causando sentimientos de depresión, ansiedad y culpa.

Comodidad: “debo tener una vida como yo quiero”, “debo tener una vida fácil/cómoda”, produciendo sentimientos de lástima de sí y problemas de autodisciplina.

De esta clasificación, además, se desprenden tres conclusiones irracionales nucleares:

1. *Tremendismo*: Tendencia a magnificar lo negativo de una situación, llegando a una conclusión exageradamente catastrófica.
2. *Baja tolerancia a la frustración*: Llamada “no – soportantitis”, que califica un evento como no soportable e insufrible.
3. *Condenación*: Tendencia a evaluar a la persona como consecuencia de una conducta o también a evaluar la vida por los acontecimientos.

Ellis (1994) refiere que la persona, al darse cuenta de cómo está pensando y de la libertad que se tiene para decidir cambiar su manera de pensar por una más saludable, será más consciente de su responsabilidad para controlar su destino emocional. Para ello, es necesario interiorizar algunos valores racionales:

Autointerés e interés social. Mantener un interés saludable hacia sí mismo y hacia los demás, ya que el ser humano vive en sociedad, por lo que es necesario que frente a los demás ponga en uso sus valores éticos ya que es ahí donde participa en la creación del tipo de sociedad en la que quiere vivir. Buscar el interés sano en uno mismo y el interés social son racionales, porque al buscar tener una actitud saludable y ética, se contribuye a la construcción de un mundo mejor para sí mismo.

Autodirección vs dependencia. La autodirección implica que el sujeto asuma con responsabilidad su propia vida, actuando de manera autónoma en sus decisiones, cooperando simultáneamente con los demás, pero no exigiendo ni dependiendo del apoyo de los demás.

Flexibilidad vs rigidez. La flexibilidad evita tener pensamientos rígidos acerca de sí, de los demás y de la vida, teniendo en su lugar un pensamiento o visión más flexible y más tolerante.

Aceptar las incertidumbres vs certezas absolutas. Aceptar que no tienen el control de su futuro o circunstancias, ya que la vida tiene momentos inciertos.

Interés vital absorbente vs falta de objetivos. Dedicar parte de su tiempo a realizar una actividad ajena a sí mismos, ya sea creativa o de compromiso humano. Implica estar vitalmente ocupados o proponerse metas para que la persona encuentre un propósito en su vida.

Pensamiento científico vs. mágico. El pensamiento científico permite a la persona ver las creencias como hipótesis que tienen que ser comprobadas y no tomadas como verdades. El ser más racional permitirá saber regular sus emociones y conductas, evaluar las consecuencias y de este modo evitar que vuelva a la emoción perturbada.

Asumir riesgos vs. control absoluto. Asumir riesgos, incluso cuando pueda haber posibilidades de fracasar, en lugar de quedarse con la idea de control o de horror al futuro.

Humanismo a largo plazo vs a corto plazo. Buscar la felicidad y satisfacción a largo plazo le permitirá desarrollar una mejor tolerancia a la frustración, a educarse en hacer esfuerzos, a aceptar el dolor o incomodidad para obtener un bien mayor, en vez de la búsqueda de recompensas inmediatas o compulsivas, evaluando la ventaja y desventaja que podría tener a corto y largo plazo. Esto permite a la persona desarrollarse plenamente y vivir una existencia placentera.

Finalmente, se concluye que, para los autores cognitivos, no son los acontecimientos los que generan perturbación en la persona humana, sino que es ella quien se perturba a sí misma a través de sus pensamientos irracionales, los cuales le producen malestar a nivel emocional y conductual. Es importante resaltar que las personas tienen esos pensamientos porque aprendieron a pensar de ese modo, interpretando irracionalmente los hechos. Por eso, la terapia cognitiva propone no juzgar a la persona, pero sí sus actos, ya que el ser humano es falible. Educar o enseñar a la persona a “pensar bien”, de manera lógica, racional o científica, distinguiendo o diferenciando las exigencias de los deseos, permitirá que juzgue sus pensamientos y desarrolle una aceptación incondicional de sí, de los demás y de la vida.

Consecuencias psicológicas del aborto.

Reardon (2018), en un análisis realizado a estudios tanto en contra como a favor del aborto, refiere que ambas posturas afirman que existe una relación entre aborto y salud mental, refiriendo que el aborto no mejora ni aporta a la salud mental de la persona. Estos datos coinciden con los de Sullins (2016). Por otro lado, el Instituto IRMA (2017) y Coleman (2017) concuerdan que el aborto genera un impacto negativo en la salud psicológica de las

mujeres, ya que después de un aborto buscan ayuda profesional psicológica, por presentar síntomas de ansiedad y depresión por la experiencia del aborto, entre ellas: sentimientos de pérdida, preocupaciones existenciales, disminución en la calidad de vida, sentimientos para acabar con su vida, culpa, odio a sí mismas, adicciones, conductas autodestructivas, pensamientos y/o tendencias suicidas, (teniendo algunos casos que ser medicados) y a nivel social, tienden a aislarse y sentirse solas, tienen problemas con las personas con las que conviven, interrumpen sus estudios y/o trabajo, disminuyen su rendimiento académico, se separan de su pareja o continúan con ella pero de forma conflictiva. Asimismo, Gómez & Zapata (2012) refieren que, tras un aborto, la persona puede sufrir alguna afectación psicológica, lo cual dependerá de variables como: “características de personalidad, estilos de afrontamiento, circunstancias socio-familiares, traumas previos, creencias sobre el momento de inicio de la vida, diferencias culturales” (p.1). Hernández, Aznar & Echevarría (2017) coinciden con lo mencionado anteriormente, ya que existen malestares post abortos, entre ellos: baja autoestima, ensoñamiento, arrepentimiento, culpa, remordimiento, inseguridad, miedo y visitas religiosas o a psicoterapeutas, describiendo el acto del aborto como traumático. Los autores concluyen que en el aborto existen dos víctimas: el hijo (que muere) y la madre (quien tiene que vivir con sufrimiento por el recuerdo del aborto).

Síndrome Post aborto.

Vincent Rue (1981) fue el primero en atribuir el término de Síndrome Post aborto (SPA) a la serie de síntomas que padecía una mujer tras haber abortado. Sin embargo, el síndrome post aborto (SPA) no es del todo aceptado por algunos autores, que refieren que es un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) o que es parte de algún problema psicológico precedente al aborto, por lo cual Gómez & Zapata (2005) realizaron un estudio en una muestra de 10 mujeres que fueron diagnosticadas con SPA durante tres años a fin de verificar si estas mujeres cumplían con los criterios diagnósticos del CIE 10 y DSM IV. El resultado mostró que el SPA tiene síntomas del TEPT, pero además síntomas específicos en relación al aborto que necesitan ser abordados, tales como: sueños y pesadillas, sentimientos intensos de culpa y necesidad de reparar el acto, los cuales surgen de manera constante en relación al aborto, además de presentar síntomas depresivos y ansiosos asociados a la misma. Estos se pueden clasificar en tres síntomas básicos: re-experimentación del aborto, evitación de los estímulos asociados y embotamiento, y activación persistente.

Estos síntomas surgen como respuesta natural al acontecimiento estresante del aborto y precisamente por guardar relación con el TEPT, se sugiere poder catalogarlo como Trastorno por Estrés Post Aborto (TEPA) (Gómez & Zapata, 2012).

A continuación, se presentan los cuadros referidos por los autores

Tabla 1

Relación entre tiempo de gestación y aparición de síntomas del síndrome post aborto

| Tabla 1 | Tiempos del síndrome postaborto | | |
|----------------|--|-------------------------------|--------------------------------|
| Caso | Tiempo de gestación en meses | Tiempo de latencia del cuadro | Tiempo de evolución del cuadro |
| 1 | 3-4 | Inmediato | 3 años |
| 2 | 2 | Inmediato | 5 meses |
| 3 | 2 - 3 | Primer mes | 11 años |
| 4 | 2 | De más de 6 meses a 1 año | 12 años |
| 5 | 2 | De más de 6 meses a 1 año | 3 años |
| 6 | ? | Primer mes | 15 años |
| 7 | 2 | Primer mes | 3 años |
| 8 | 2,5 | Inmediato | 3 años |
| 9 | 2,5 | Inmediato | 2 años |
| 10 | 4 | Inmediato | 23 años |

Fuente: Gómez y Zapata (2012).

Tabla 2

Frecuencia de síntomas de Síndrome post aborto en relación a los criterios diagnósticos de DSMIV y CIE 10 asociados a Trastorno de estrés post traumático

| Frecuencia con que las pacientes con SPA cumplen los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE 10 para el TEPT y presentan otros síntomas significativos (n=10) | |
|--|-----|
| | % |
| Criterios diagnósticos de TEPT | |
| A. Exposición a situación o acontecimiento estresante excepcionalmente amenazador o catastrófico. | 100 |
| B. Re experimentación persistente del acontecimiento | 100 |
| C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general | 100 |
| D. Síntomas persistentes de aumento de la activación | 100 |
| Otros síntomas significativos | |
| Sentimientos de culpa | 100 |
| Necesidad de reparar | 90 |
| Ensueños y pesadillas | 90 |
| Trastornos psicósomáticos (cefaleas, algias, cansancio) | 70 |
| Otros trastornos conductuales importantes | 70 |
| Dependencias farmacológicas, drogas, alcohol, ludopatía | 50 |
| Trastornos de la sexualidad | 50 |
| Ideas de suicidio | 40 |

Fuente: Gómez y Zapata (2012).

Factores que inciden en la toma de decisión del aborto.

Salomón (2005) realizó un estudio en el Instituto Especializado Materno Perinatal de Lima con una muestra de 117 mujeres de entre 15 y 45 años con antecedente de aborto provocado acontecido de uno a cinco años atrás, para determinar los factores que influyen en estas mujeres a la hora de tomar la decisión de abortar. Las mujeres que abortaron a los dos meses de gestación fueron influenciadas por el factor familia, pareja y económico, mientras que aquellas que abortaron a los tres meses de gestación fueron influenciadas por los factores futuro personal y reproductivo. Entre los factores más influyentes se encontraron el de la familia (temor a los padres), pareja (relación corta o eventual, relación no saludable, abandono de pareja) y económico (falta de trabajo o problemas económicos).

Hernández et al. (2017), realizaron un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico, con entrevistas semiestructuradas a 09 mujeres que se habían realizado un aborto voluntario, en las cuales coincidían que el aborto había sido visto como “un tema de utilidad social”, donde cada una de las participantes veía el aborto como una solución para lograr su proyecto de vida y no se viera obstruido por un embarazo. Además, esta idea es reforzada por movimientos feministas con discursos sobre el derecho de la mujer por encima de los no nacidos y que rechazan o no reconocen el estatuto ontológico del embrión humano. Por otro lado, los autores hacen referencia a un sistema mercantilizado y presiones sociales que llevan a una mujer a abortar, a través de indicaciones médicas, o soluciones inmediatas sin tomar en cuenta la inestabilidad emocional por la que pasa en ese momento la mujer antes de abortar y que el apoyo emocional por parte de una persona cercana podría hacer que la mujer tome una decisión pro-vida. Finalmente, a través de los argumentos de las participantes que abortaron voluntariamente, se obtuvieron cinco indicadores: utilitarismo (06 participantes), feminismo (04 participantes), personalismo (01 participante), presiones sociales (05 participantes), mercantilización (03 participantes).

Tabla 3.

Frecuencia de argumentos pre – aborto en la muestra

| Indicador | Definición del indicador | Frecuencia |
|---------------------------|--|----------------------------|
| Utilitarismo | Justifican el aborto desde argumentos eminentemente pragmáticos | T1, T3, T5, T6, T6, T8, T9 |
| Feminismo | Anteponen el derecho de autodeterminación de las madres al derecho a la vida de los no nacidos | T2, T3, T6, T7 |
| Personalismo | Testimonios pro vida que defienden una dignidad ontológica del ser dada por la ley natural | T2 |
| Presiones sociales | Manifiestan haber sufrido presiones externas en pro del aborto | T1, T2, T4, T8, T9 |
| Mercantilización | Muestran que tras el aborto se esconden intereses económicos | T2, T5, T8 |

Fuente: Hernández, Aznar y Echevarría (2017).

2.2.3 Aproximación antropológica

Persona humana y dignidad.

Vilarroig (2015) caracteriza la vida humana como digna, dicho en otras palabras, inviolable, indisponible, sagrada. Es decir, la dignidad humana tiene valor *per sé*, por lo que no puede ser suprimida. Asimismo, el autor toma como referencia por un lado la definición de persona humana de Spaemann (2008), quien define a la persona humana como ser digno, es decir valioso, que no tiene precio, un ser incondicional y, por otro lado, la definición de dignidad ontológica de Seifert (2012), quien refiere que esta reside en el propio ser de la persona, o dicho en otras palabras: todo ser humano es digno por el hecho de ser un ser humano. Por esa razón, la persona humana no puede considerar a otra persona humana como objeto de valor ni otorgarle un valor bajo la medida de su percepción, utilidad, etc. ya que, de ser así, la persona humana no sería valorada por su ser, sino que ésta sería reducida a un objeto cuyo valor parte de la percepción de otro ser humano. Por ello, refiere que la persona humana, por ser un ser digno, debe ser respetado, cuidado, protegido, curado, etc.

Asimismo, hace referencia a la dignidad moral en relación a la conducta de la persona humana y son estas conductas las que hacen más digna moralmente a una persona o menos digna o indigna moralmente.

Principios de la dignidad ontológica:

Todo ser humano es igual en dignidad.

Nadie puede otorgar ni suprimir esta dignidad de la persona.

Esta dignidad no es susceptible de incremento o disminución.

Principios de la dignidad moral:

El ser humano se va haciendo más o menos digno, según sus actos.

La dignidad moral, al menos en su *ratio cognoscendi*, depende del reconocimiento de los otros.

Esta dignidad es susceptible de incremento o disminución.

La dignidad moral y la dignidad ontológica guardan una estrecha relación, ya que, una persona humana actúa más dignamente (dignidad moral) en cuanto más se ajuste a su dignidad ontológica.

El sentido de la dimensión espiritual

Para dar un sentido a la vida, algunos autores han descrito la importancia de una dimensión espiritual – religiosa en el ser humano. Entre ellos: Giussani, Ratzinger y Juan Pablo II.

Luigi Giussani

Giussani (1987) desarrolla su temática sobre el sentido religioso, que es el que despierta en el hombre preguntas acerca del sentido de las cosas, de su existencia, y es la expresión de la razón “en su naturaleza profunda, en un interrogante último”. La experiencia del sentido religioso es una experiencia personal, en donde el hombre indaga sobre su propia existencia y la confronta con ideas propias o de otros pensadores, sólo así podrá emitir un juicio certero y no caer en prejuicios. Pero, ¿de dónde surge este criterio para que el hombre juzgue su experiencia? Giussani refiere que este criterio surge en el interior del hombre y se llama experiencia elemental, la cual le permitirá juzgar sus experiencias interiores o exteriores comparándolos con los deseos más profundos de su ser o dicho de otro modo con su *deseo original*.

Para el autor, este conjunto de exigencias originarias en el hombre le permiten confrontar su propia existencia, comparando su experiencia con todo lo que acontece, y que le permitirán afirmarse a sí mismo. Sin embargo, el hombre con afán de afirmarse a sí mismo permanece en una postura anarquista frente a la realidad “la de hacerse a sí mismo”, olvidándose de donde viene y a donde va. Sin embargo, sólo el hombre que hace uso de su razón, que tiene una apertura a la realidad, la acepta y la afirma en su totalidad y no precisamente la mide, es aquel que acepta que la realidad y su existencia le ha sido dada por Otro externo a él, Otro que él no posee, pero de quien sí depende. Sólo así el hombre puede vivir su verdadera naturaleza, que es la de un ser religioso, la de vivir su relación con este Otro a través de la realidad, el cual responde a la estructura original del hombre” y a sus exigencias y últimas preguntas.

La certeza del encuentro con el Otro, prosigue el autor, es una certeza razonable que recoge verdades morales. Para alcanzar la certeza en las relaciones hay un método que es la intuición, el partir de signos para poder llegar a percibir la realidad, ya que un pequeño signo aparentemente insignificante permite al hombre crear una hipótesis. La inteligencia del hombre, “único sentido razonable”, es capaz de intuir los indicios que llegan a un mismo punto, porque intuye el sentido del conjunto de los signos, esto es “certeza moral”, que no

es otra cosa que la certeza existencial. Juzgando la experiencia con todo su ser, el hombre puede llegar a la conclusión de si lo que está viviendo o con lo que se está relacionando corresponde a las exigencias más profundas de su ser. Esto es llamado por el autor “experiencia elemental”.

En cuanto a la fe, Giussani (1987) refiere que es un método de certeza moral, ya que la fe es adherirse con certeza a la afirmación de Otro, ya que la persona ha verificado que a quien sigue sabe lo que dice, por lo cual asume en sí la certeza del otro como suya, concluyendo que “existe una correspondencia entre lo que se desea y lo que se ha encontrado”.

Con respecto a la moralidad, el autor refiere que, esta surge en el hombre de manera espontánea como actitud propia que, si no se trabaja de forma continua, puede alterarse o corromperse y que sólo se puede llegar a la virtud verdadera a través del amor hacia su propio destino. Sólo esto puede persuadir al hombre de hacer el trabajo de buscar la verdad, ya que éste está hecho para vivir esta verdad, la cual es el resultado de la correspondencia entre la conciencia y la realidad. Para ello, es necesario que la persona humana esté atento a esta realidad.

El autor explica que, al contemplar la realidad y verse en acción, el hombre experimenta que está hecho de dos realidades, que son materia y espíritu (cuerpo y alma), las cuales son diferentes, pero cuyas características son irreductibles entre sí. Esto refiere que en el ser del hombre existe algo no mortal, es decir, inmortal. Esta realidad espiritual tiene un factor religioso como aspecto fundamental que representa la naturaleza del yo, y surgen preguntas en referencia a la existencia, el dolor, la muerte, el sentido de la vida y la realidad. Este sentido permanece dentro de la persona humana como emociones *inevitables, inteligentes, dramáticas*, constantes y que mueven al hombre a buscar una respuesta que responda a estas exigencias, una respuesta que corresponda a la razón y no deje lugar a la duda y que llegue al fondo de la verdad. El hombre ha intentado responder a estas preguntas intentando dominarlas bajo un *equilibrio racional* o distrayéndose de ellas. Sin embargo, las preguntas permanecen.

Para el autor, la persona humana no deja de asombrarse de todo lo que recibe, incluyendo su propia existencia y la de todas las cosas, porque ve que toda ella no puede ser creada por él ni por otro hombre, sino por una presencia más grande que se impone a través de la misma realidad. Esto permanece en *el origen de la conciencia humana*, de tal modo que el que se niegue a ello, dice el autor, permanece atrofiado. El hombre intuye que la

consistencia de su yo se constituye en un Tú que lo hace, un Tú cuya presencia es desconocida, pero mayor que la realidad del hombre. Ese Tú es Dios, que es más yo que el hombre mismo y aquello por lo que el hombre es. La presencia de este Dios que engendra al hombre constantemente no puede ser negada, porque mientras más ahonda el hombre en sí mismo, más toma conciencia de Él, de este Dios que lo hace, que lo posee, viviendo más su condición de hombre.

El autor refiere que la experiencia religiosa es el encuentro que tiene el hombre con Dios a través de la realidad, y que ésta se da cuando pone atención a la realidad y se desapega de sus prejuicios. Sólo así podrá hacer experiencia del encuentro y obtener respuestas a las preguntas más inquietantes de su humanidad.

Sin embargo, refiere el autor, la sociedad moderna censura la humanidad del hombre, quitándole ciertas heridas que eviten encontrar un sentido real a lo que viven, haciéndoles vivir en un estado aparente. La cultura nihilista ha sucumbido al hombre en una actitud cínica, acabando con la certeza, la búsqueda de la verdad, la justicia y el amor, reduciendo, de este modo, todo a un mero concepto de funcionamiento biológico. La conciencia del yo permite al hombre percibir el bien y el mal como una voz interior que no puede ser suprimida. Esta conciencia obliga a juzgar las cosas como buenas o malas, según correspondan o no al sentido de la vida y a su humanidad original.

Entonces, ¿por qué al ser humano le cuesta tanto reconocer esta presencia tan obvia e inexorable? Giussani (1987) responderá que es porque existe una separación entre su razón y su voluntad, lo cual genera una *experiencia de riesgo*. Es decir, cuando algo afecta a la existencia de la persona, esta experimenta una separación irracional, una separación entre su razón y su voluntad, esta voluntad que puede ser afectividad o energía de adhesión al ser. Esta experiencia del riesgo se puede definir como *miedo de afirmar el ser* y no basta la fuerza de voluntad del hombre para poder vencer este miedo, se necesita de una compañía de un grupo de personas que permitan al hombre *superar esta experiencia de riesgo*. Este grupo de personas es lo que el autor llama *dimensión comunitaria*.

Por consiguiente, para el autor, el problema del hombre no es tanto reconocer a Dios, que es visible en la realidad, sino la voluntad para adherirse a aquello que responde sus preguntas más profundas y da sentido a su existencia, y sólo puede hacerle frente si permanece dentro de una comunidad que le guíe hacia este encuentro. El sentido de su vida se resume en la búsqueda de Dios, en entrar en Él, porque sólo Él hace la vida más verdadera. De lo contrario, el hombre vivirá en una vida sin significados que descubrir. Por eso, la razón

no es quien mide la realidad, no da respuesta al significado de todo, no puede pretender ser Dios, porque sólo Él da las respuestas que ni siquiera la razón puede dar. La razón, por tanto, es apertura a la realidad.

Giussani (1987) reconoce el misterio de Dios como fuente de sentido y luz que sólo el hombre, haciendo uso adecuado de su libertad, sería capaz de reconocer. La curiosidad del hombre debe ser una apertura llena *de afirmación positiva*, ya que este no busca algo que no puede encontrar o que sabe que será perjudicial para sí, sino que busca porque sabe que existe y que es bueno para él, porque parte de una hipótesis positiva.

Para el autor, cuando el hombre atraviesa momentos difíciles en su vida, muchas veces grita desesperadamente en vez de aceptar la posibilidad de ayuda de Otro. En tanto el hombre sea capaz de profundizar el misterio de Dios, haciéndolo no sólo palpable en la realidad, sino cercana a él o comprensible, será capaz de entrar en una relación íntima con Dios, y llamarle *padre*, profundizando el misterio de *la revelación de forma comprensible para él*, reconociendo que habita en lo más profundo de su ser, en su intimidad y le permite descubrir el sentido de la vida que Él le ha dado. De este modo, para el hombre es posible reconocer que sólo Dios salva y también desear ser digno de ser salvado en todo momento.

Joseph Ratzinger

Por su parte, Ratzinger (1985), en su informe para la fe, refiere que la fe es el bien más alto y preciso dado al hombre. Sin embargo, el escepticismo que habita en el mundo ha generado que no se crea en una Verdad absoluta que la Iglesia católica defiende, dando lugar a herejías, como las llama el autor, que son una de las raíces que generan crisis en el mundo: una crisis moral. Esta crisis en el mundo moderno surge en países desarrollados y se extiende a todo el mundo como un “imperialismo cultural” que ha generado que hablar de moral o ética católica pueda resultar contradictorio, aunque no imposible, tal como refiere el autor. Esta situación ha sido normalizada y aceptada por la sociedad actual, incluyendo a los llamados moralistas católicos.

Entre estas ideas normalizadas, está el tema de la sexualidad, ya que el autor hace mención a la existencia de una ruptura entre la sexualidad y el matrimonio indisoluble, convirtiendo la sexualidad en algo independiente y frágil, sin puntos de referencia, sin consistencia, en un problema y al mismo tiempo en un *poder omnipresente*. Una vez lograda esta ruptura con el matrimonio, la sexualidad también se separa de la procreación, dando lugar a una manipulación biológica de la procreación sin sexualidad. Es decir, la sexualidad,

al desligarse del matrimonio y la procreación, va perdiendo su verdadero significado, lo que hace que no sea vivida o compartida dignamente, sino posicionándose en el deseo satisfecho, justificándose en la obtención de placer instintivo en todas las formas, convirtiéndola en derecho de la persona para ser feliz, viendo como amenaza todo aquello que se oponga al cumplimiento de este derecho, como es el caso de la procreación. Por eso, como solución al problema de la procreación, se promueve el aborto inducido y gratuito como un derecho.

Ratzinger (1985) también refiere que es inaceptable que se tome a la razón como base para construir la moral, ya que esta vuelve al hombre cristiano o no cristiano un ser relativista en cuanto a su moral, convirtiéndola en una moral con nuevas normas, desligada de la moral católica, en la que existen acciones que no podrán ser justificadas por ninguna razón, ya que en sí mismas contienen un rechazo por parte de Dios y la negación del bien verdadero del hombre. Por eso, el Magisterio de la Iglesia Católica defiende su postura en cuanto que existen temas morales inamovibles, porque lo contrario destruiría el vínculo entre el ser y el bien, como en la sociedad actual, donde los deberes morales ya no yacen en la revelación divina. Hoy, estos deberes se justifican en su finalidad y consecuencias y son llamados “consecuencialismo” o “moral de los fines”, de tal modo que cada hombre puede hacer una valoración individual de la proporción entre el bien y el mal. De este modo, si es necesario se justifica el mal, y más específicamente la violencia, con tal de edificar una sociedad socialista que libere al hombre de su condición de hijo de Dios, de la dependencia de su creador, para volverlo un ser absoluto, capaz de controlar su propio destino.

Con respecto a la ley moral natural, Ratzinger (2007) refiere que el hombre atraviesa un tiempo de “desarrollo en la capacidad humana en cuanto a las reglas y las estructuras de la materia y el dominio del hombre sobre su naturaleza” (p.1). Si bien el progreso permite grandes beneficios, también trae con él consecuencias que afectan al mundo. A estas consecuencias también se suma la incapacidad de ver “la razón creadora” que es de donde proviene la fuente de la racionalidad del hombre. Esta razón humana, que es cada vez más exaltada por el ser humano, toma menos en cuenta la *lex naturalis* o ley moral natural.

El ser humano, prosigue el autor, ha dejado de lado este concepto, reemplazándolo por un concepto empírico de la naturaleza, más que metafísico, generando así confusión en el mensaje moral. Pero, ¿cuál es esta ley natural? Esta ley, que es accesible para el hombre porque está en el corazón de cada uno, puede resumirse en su primer y generalizado principio: “hacer el bien y evitar el mal”, surgiendo de ella otros principios particulares que ayudarán al hombre a poder hacer uso adecuado de su juicio ético correspondiente a derechos

fundamentales y deberes éticos que debe cumplir. Entre estos principios está el respeto por la vida humana desde su origen hasta su fin natural, reconociendo que la vida no se la ha dado el hombre a sí mismo, sino que la ha recibido como don de Dios, y por eso tiene la responsabilidad de cuidar aquello que le ha sido dado.

Finalmente, el autor recalca que la ley natural permite al hombre actuar de acuerdo a los valores verdaderos de su naturaleza humana, que es la de vivir dignamente, buscando el bien, desarrollando no sólo un crecimiento en cuanto a su conciencia moral, sino la de “vivir libre y respetado en su dignidad”, que está siendo sustituida por postulados positivistas en el ámbito de la ética y la filosofía.

Juan Pablo II

Juan Pablo II (1995) desarrolla su temática sobre el aborto, el cual describe como la destrucción de una vida humana y argumentando que se opone a la virtud de justicia y al precepto divino de “no matarás”. Su acción se ha ido incrementando a partir del S. XX, en parte, por la difusión masiva de los medios de comunicación, los cuales muestran el aborto, la anticoncepción y la esterilización como parte de una cultura progresista y libre para el hombre.

Para el autor, la causa de los crímenes contra la vida humana puede tener una base económica, psicológica, médica, etc. pero el problema más grave es cuando los delitos hacia la vida son promovidos desde el plano social, cultural y político como derechos humanos. De esta forma, el Estado deja de ser “la casa común” que vela por el bien de todos, incluyendo la vida de los más débiles, para convertirse en un “Estado tirano” que dispone de la vida de estos a partir de una base utilitarista, donde no se respetan ni se reconocen sus derechos ni su dignidad humana. El delito de la eliminación de la vida, ya sea en su etapa de inicio o terminal, es mostrado como un gesto altruista y solidario, que no es otra cosa que una libertad individualista que no toma en cuenta la libertad de los débiles, sino la de los más fuertes. La libertad individualista es una libertad vacía que se aleja de su verdadero sentido: vivir una dimensión relacional, ya que la libertad sólo puede ser vivida en solidaridad, en servicio al otro. Sólo así se vive una libertad digna que fortalece los vínculos entre los hombres, creando valores comunes de referencia para vivir en comunidad. De este modo, una libertad individualista creará valores relativos que serán negociables (incluyendo la vida humana), ya que dependerán del voto o decisión del más fuerte.

Para el autor, el legalizar el aborto como otras acciones que amenacen la vida, no es más que una violación al derecho fundamental de la persona humana, basándose en el abuso de poder, lo que trae como consecuencia una pérdida de la verdadera libertad. Esta pérdida de libertad verdadera es producto de la pérdida del sentido de Dios y de la persona humana que hoy en día experimenta el hombre moderno, influenciado por la sociedad en la que vive, ya que cuando el hombre pierde el sentido de Dios, pierde el sentido también de sí mismo y olvida su naturaleza, que es la de un ser digno: la de hijo de Dios. El hombre olvida que la vida se le es dada por Otro, que ésta es realidad sagrada y confiada a su responsabilidad, atribuyéndose erróneamente la vida como propiedad suya, la cual puede manipular o dominar según su parecer, sustituyendo el valor del ser por el valor del tener.

Por eso, el autor refiere que la sociedad moderna ha utilizado un término ambiguo para el aborto, llamándolo “interrupción del embarazo”, intentando a través de este término disminuir su gravedad. Sin embargo, por más que se intenten cambiar los conceptos, el aborto inducido es “la eliminación deliberada y directa como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va de la concepción al nacimiento” (p. 48). Por eso, aunque muchas veces la mujer sea responsable de ello, también es víctima de presiones sociales, familiares, etc. Por su parte, también son responsables los profesionales y legisladores que promueven y aprueban este acto contra la vida en su origen. Por su parte, la Iglesia se ha manifestado como defensora y promotora del respeto por la vida humana desde su concepción, defendiendo los derechos que se le deben reconocer al no nacido como persona.

Finalmente, Juan Pablo II (1995) se dirige a las mujeres que han abortado voluntariamente para expresarles que, si se arrepienten sinceramente, pueden encontrar el perdón de Dios, la paz y el soporte de una comunidad. Asimismo, las invita a participar en la defensa de la vida a partir de su testimonio y permitir así que otros individuos se abran a la vida y estén en comunión, ya que hay un valor sagrado y religioso que no sólo está en los creyentes, sino en la vida de todo hombre, que pertenece a la conciencia humana, que puede ser comprendida a través de la razón y que afecta a toda la humanidad. Por eso, por más que el hombre busque no escuchar la voz de Dios, ésta seguirá resonando “en la conciencia de cada hombre” (p. 20). Por ello, frente a Dios, el hombre es capaz de reconocer su pecado y es a partir de ahí que el hombre “puede empezar un nuevo camino de amor, de acogida y de servicio a la vida humana” (p.20), ya que el respeto a la vida humana es la base de la sociedad. Por ello, construir una sociedad que respete la vida humana es convertirla en una

sociedad justa y digna. Sólo a partir del derecho a la vida se construyen los demás derechos para el hombre.

2.2.4 Aproximación bioética

Estatuto biológico del embrión humano.

La ciencia genética, biológica, celular y embriología afirman que la vida humana inicia en la concepción. El Estatuto biológico del embrión refiere por qué un embrión es un ser humano:

Tiene estructuras y funciones propias que se organizan entre sí de forma dinámica, tanto en el tiempo como en relación con la materia y entorno (unidad biológica autónoma).

Proviene de dos células humanas reproductoras (masculina y femenina), las cuales, al unirse, conforman un nuevo sujeto proveniente de la misma especie humana con carga genética propia, la que participa en la construcción del organismo del nuevo sujeto.

Contiene 23 pares de cromosomas, los cuales corresponden a la especie humana, ya que es la única que contiene tal cantidad.

El embrión proviene de dos seres humanos, por lo cual es también un ser humano digno que merece ser respetado. Debe considerarse que, durante su desarrollo, el ser humano sufre diferentes cambios a nivel morfológico, más no un cambio en su naturaleza. Por ello, es considerado un ser humano por su constitución. (Monge, 1995; Arango, 2016 & Aznar, 2017).

Por otra parte, algunos autores refieren que la identidad de todo ser humano es dada por una identidad biológica, la cual se obtiene por los gametos paterno y materno, lo que lo diferencia o lo identifica como especie. (Millán, 2015).

Para López-Moratalla, Santiago & Herranz (2011), la persona humana existe desde que tiene un cuerpo humano y ese cuerpo existe desde la concepción, desde que es un cigoto, y aunque ese cuerpo cambie de acuerdo a las diferentes etapas de desarrollo, seguirá siendo la misma persona humana, ya que ese cuerpo humano mantiene su identidad corporal. Asimismo, refieren que los progenitores humanos conciben otra vida humana, otro cuerpo humano, lo que supone un dilema resuelto científicamente. Sin embargo, el dilema aún no resuelto es ¿qué hace humano al cuerpo humano? Para ello, los investigadores plantean que el ser humano *no tiene un cuerpo*, sino que *es* un cuerpo. Es decir, el cuerpo humano muestra que hay una persona humana que tiene un nombre propio y que cambia en las diferentes

etapas de su vida sin dejar de ser quien es. Cada persona humana tiene una biografía personal que se desarrolla en el tiempo a través de diferentes experiencias o relaciones con otros hombres y cuyo objetivo es alcanzar la plenitud como ser humano. La fusión de ambas (vida físico–biológica y autobiográfica) es inherente a la persona humana desde su origen. Sin embargo, existen enfoques que conceptualizan a la persona humana exclusivamente desde una perspectiva biológica, lo cual que carece de una relevancia ética.

Embrión humano: Estatuto Jurídico.

La legislación peruana en su Constitución Política Art. 1 y 2 considera como fin supremo de la sociedad y del Estado la defensa de la persona y su dignidad desde su concepción, considerándola sujeto de derecho. Por eso, penaliza todo acto que dañe la vida de la persona, incluyendo el aborto (Código Penal, Art. 114 – 120, 124 A).

Por su parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 3, R.L. 13282), la Declaración Americana de los Derechos Humanos (art 1, R.L. 13282), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 6, D.L. 22128) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (art. 4, D.L. 2223) refieren que toda persona humana tiene derecho a la vida desde la concepción y que este derecho es inherente a ella, por lo cual se promueve el respeto y la protección de la misma. Además, la Declaración Universal de los Derechos del Niño (Principio 4, R.) y la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 6) refieren el derecho del niño a la vida, a la protección, a su cuidado y atención tanto de él como de la madre durante el periodo prenatal y postnatal.

Estatuto ontológico del embrión humano.

Para Monge (1995), el estatuto ontológico guarda relación con el estatuto biológico del embrión, ya que para hablar del reconocimiento de ser hombre es necesario hablar desde su composición biológica, la misma que se inicia desde la concepción del nuevo ser. El hombre es hombre desde el inicio de su vida hasta su fin, desde su fase de cigoto hasta la adultez, no existiendo una fase en la que se encuentre algo no humano. La fase de desarrollo del ser humano pasa por un cambio a nivel morfológico, mas no por un cambio de especie o naturaleza. Por ende, el cigoto humano tiene una identidad y esencia que es la misma que tiene en la fase adulta, que pertenece a la misma especie humana, pero que al mismo tiempo lo diferencia de otro ser humano debido a las características propias e irrepetibles de cada persona humana. El ser humano es una unidad de cuerpo (constitución biológica) y alma. El

alma es la forma sustancial del cuerpo; por ende, todo cuerpo humano tiene un alma humana espiritual y toda alma humana espiritual yace en un cuerpo humano. El alma constituye la esencia e individualidad de cada hombre desde el inicio hasta el fin de su vida. Por eso, si la vida humana inicia desde la concepción, inicia con la formación de un cuerpo y alma, a través del siguiente proceso:

- a. Los gametos humanos por separado son denominados *potencia pasiva* remota para limitar su propio acto, es decir no tienen alma, pero tiene *virtus formativa* proveniente de los padres.
- b. Los gametos humanos unidos, justo antes de dar origen al genoma, son potencia pasiva próxima del alma humana.
- c. El cigoto humano, en el momento de concepción, tiene un cuerpo, una constitución biológica propia del ser humano con capacidad de formarse en el tiempo en un adulto, con características morfológicas, fisiológicas y psicológicas, que se encuentran establecidas desde la concepción, por lo tanto, tiene ya un alma humana o un acto; es decir la potencia pasiva, le ha comunicado el ser y la forma de hombre.
- d. Tras el análisis del genoma de un cigoto, se observa la constitución, estructura y proyecto activo, que no sólo se da en cuanto a sus funciones vegetativas, sino también en la capacidad de generar órganos que desarrollarán funciones sensitivas futuras. Sin embargo, no se puede dar razón de las actividades incorpóreas, como las funciones intelectuales y espirituales futuras del sujeto. Es decir, si toda alma yace en un cuerpo, y aunque el cuerpo aún no pone en manifiesto las actividades propias del alma humana intelectual y espiritual, el alma puede guiar el desarrollo corporal en el futuro, tal como sucede en una persona humana adulta en estado vegetativo o coma que no puede hacer uso de sus capacidades cognoscitivas y volitivas.

Principios de bioética.

Para fines de este estudio, se analizará el aborto desde dos posturas bioéticas: principialista y personalista

Bioética principialista:

Basada en cuatro principios, descritos por Beauchamp y Childress (Siurana, 2010).

Autonomía: Capacidad que tiene el individuo para actuar libremente tras una deliberación o un plan auto escogido o premeditado. Para decir que una persona actúa

con autonomía, se dice que: actúa intencionadamente, con comprensión y sin ninguna influencia o control que determinen el acto.

No maleficencia: Obligación de no causar daño ni físico, ni mental de manera intencionada a otra persona. Entre ellas: No matar, no incapacitar, no causar sufrimiento, no ofender, no privar de algún bien, etc.

Beneficencia: Incluye la acción de hacer el bien, eliminar el daño o prevenir el daño, ya que su finalidad es buscar el bien de otros. Existen dos tipos: beneficencia positiva (requiere de la previsión de beneficios) y utilidad (balance entre beneficios y daños).

Justicia: Igualdad de oportunidades y cuidados que deberían recibir los miembros de una sociedad.

Bioética personalista:

Se centra en la persona humana, y toma como referencia los aportes de: Kierkegaard, Maritain, Mounier, Marcel, Wojtyla, etc. Es representada por Ellio Sgreccia, considerado el padre de la bioética personalista, quien define a la persona humana desde un plano relacional, social y comunitario (como ser libre, trascendente, digno, moral, con capacidad de amar y racional), ya que cuenta con capacidades para tomar decisiones, y son estos aspectos los que lo diferencian de un objeto. Por ello, defiende la dignidad ontológica del ser humano en toda etapa de su vida, desde su origen (concepción), hasta su muerte (Hernández, Aznar & Echevarría, 2017). Cuenta con cuatro principios:

Principio de defensa de la vida física: La vida de una persona humana es dada a través de un cuerpo, por ende, la vida corpórea es un valor fundamental de toda persona humana.

Principio de totalidad o principio terapéutico: El organismo de una persona humana es una totalidad, por ello, es permitido intervenir una parte del cuerpo para sanar la totalidad del mismo, siempre y cuando exista un consentimiento informado por parte de la persona tratante, haya esperanza de éxito y que la intervención sea necesaria para curar la totalidad del organismo.

Principio de libertad y responsabilidad: La persona es libre para elegir, pero esa libertad tiene que tender a la búsqueda del bien tanto de uno mismo como de los demás. Por eso, es necesario que toda libertad humana asuma una responsabilidad humana hacia los otros, el mundo, la vida humana y otros seres vivos.

Principio de sociabilidad y subsidiariedad: La persona humana, por ser un ser social inserto en una sociedad, es el centro de una sociedad, por lo que debe recibir todo el bien por parte de la sociedad y al mismo tiempo ser respetado por hacer el bien. Esto daría como resultado una sociedad solidaria que busca ayudar a aquellos que no pueden ayudarse a sí mismos, o que no tienen posibilidades de buscar lo necesario para sí. (García, 2013)

2.3 Definición conceptual de las variables:

Aborto: Es la eliminación de la vida de un ser humano antes de su nacimiento (Lejeune, 1986 y Juan Pablo II, 1995). Finalización del proceso de gestación antes del nacimiento (Comité de Bioética de España, 2014).

Aborto consentido o provocado: Poner fin a la gestación de forma intencionada o voluntaria (Gómez & Zapata, 2005; Juan Pablo II, 1995 y Lejeune, 1986).

Síndrome post aborto: Conjunto de síntomas psicológicos que surgen como respuesta natural al acontecimiento estresante del aborto (Gómez & Zapata, 2012).

Persona humana: Ser humano único en su especie, dotado de cualidades racionales superiores a cualquier otro ser vivo, y cuya dignidad le es dada a partir de su existencia por el sólo hecho de ser un ser humano (Villarroya, 2015; Burgos, 2015). Tiene una estructura tripartita formada por cuerpo, psique y espíritu, que se corresponden entre sí, siendo el espíritu lo que le permite trascender y desarrolla su identidad en base a sus relaciones interpersonales, llegando a la plenitud en una relación con un ser trascendente: Dios (Burgos, 2015).

Capítulo III

Método

3.1 Diseño

La presente investigación es un estudio de caso, de enfoque cualitativo y de alcance descriptivo, ya que pretende describir la experiencia de ser madre tras haberse realizado un aborto consentido y ser analizado a través del diseño de análisis de contenido (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

3.2 Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Dado el caso, la muestra estuvo a disposición del investigador y conformada por dos mujeres que se sometieron a un aborto inducido y que decidieron participar de manera voluntaria. Dentro de los criterios de inclusión, se consideraron mujeres mayores de 18 años de edad que se hubieran sometido a un aborto consentido, asimismo, que hubieran recibido acompañamiento post aborto y que desearan participar libre y voluntariamente.

3.3 Medición

Para la medición del estudio se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada, cuyo instrumento utilizado fue la guía de entrevista. Esta constó de siete preguntas que permitieron recolectar los datos asociados a la experiencia de haber perdido a un hijo a través de un aborto inducido y fue dirigida a mujeres que se habían realizado dicha práctica.

Para determinar la evidencia de validez basada en el contenido, se utilizó el método de criterio de siete jueces, el cual fue cuantificado mediante V de Aiken y sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95% para evaluar la claridad y la pertinencia de las preguntas formuladas en el instrumento (Escrura, 1988).

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

En donde:

S = sumatoria o valor asignado por el juez.

N= número de jueces.

C= número de valores de la prueba.

La calificación obtenida por los jueces fue aprobatoria tanto en claridad como en coherencia, obteniendo una significancia estadística de $p < .05$, obteniendo la validez del instrumento (Escurra, 1988).

Tabla 4 (Ver anexo A)

Tabla 5

Resultado de validez de contenido de la guía de entrevista Experiencia de ser madre después un aborto consentido: una perspectiva bioética

| Claridad | Coherencia | IC | Validez de contenido V de Aiken |
|----------|------------|-----|---------------------------------|
| 0.96 | 0.99 | 95% | 0.98 |

Fuente: elaboración propia. (2020).

3.4 Procedimiento

En primer lugar, se contactó a una psicóloga de un centro de apoyo a mujeres que han abortado y que brinda acompañamiento para su recuperación. A través de ella, se contactó vía telefónica a algunas mujeres que deseaban participar voluntariamente en este estudio. Seguidamente, se les informó acerca del objetivo de la investigación. Una vez aceptada su participación en la entrevista, se acordó un horario y lugar para ello. Cabe resaltar que, inicialmente fueron cuatro las mujeres que decidieron participar en este estudio de caso, de las cuales tres desistieron. Sin embargo, una de las tres, a partir de un encuentro con una mujer conocida que había abortado, decidió volver a participar. Por tanto, este estudio contó finalmente con dos participantes.

La entrevista inició con la lectura y explicación del estudio, entregándose el consentimiento informado (anexo B), el cual da fe de la participación voluntaria y anónima.

La información fue obtenida mediante grabación de voz, bajo autorización de las participantes. Esta grabación ha sido conservada sólo por el investigador bajo total confidencialidad para fines del presente estudio.

Finalmente, se depuró y organizó el contenido para su respectivo análisis.

3.5 Análisis de datos

En primer lugar, las entrevistas fueron transcritas en un procesador de texto.

En segundo lugar, se realizó el análisis de los datos para su codificación y categorización, mediante el análisis de contenido (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). En tercer lugar, se realizó el análisis de contenido por dimensiones. Finalmente, se procedió a la interpretación de los resultados obtenidos (Ricoeur, 2006).

3.6 Aspectos éticos

El tema de investigación es un tema controversial y delicado, que podría ocasionar en las participantes el revivir la experiencia y generar sentimientos que afecten su estado emocional. Es por ello que se realizó la entrevista con sumo respeto, tratando de no incidir en preguntas que no guarden relación con el tema investigado.

La presente investigación tuvo en cuenta los cinco principios éticos:

- a. Confidencialidad de los datos, salvaguardando la identidad de las personas participantes y de los datos obtenidos, siendo estos protegidos y no divulgados. Asimismo, se les dio indicación y explicación de la finalidad del estudio, de la información recogida y del acceso restringido, siendo el investigador-tesista el único responsable del manejo de la información.
- b. Respeto a la Privacidad: Se respetó el tiempo y circunstancias ofrecidas por las participantes y la cantidad de información que decidieron brindar y de la información que desearon compartir.
- c. No discriminación y libre participación: Toda persona que cumplió con los criterios de inclusión tuvo derecho a participar del estudio, evitándose las formas de inducción coercitiva.
- d. Consentimiento informado brindado a las participantes de la investigación, las cuales recibieron información relevante sobre su participación y la finalidad del estudio.

e. Respeto por la calidad de la investigación, para lo cual se contó con la autorización por parte de las participantes del uso de los resultados y se les informó del proceso de la investigación.

Por su parte, el estudio tiene validez científica, ya que el marco teórico fue validado con información actualizada (UCSS, 2015).

3.6.1 Código de ética del psicólogo

- Art. 16: El psicólogo, como ciudadano, debe respetar las normas éticas y jurídicas de la comunidad social en la que se desenvuelve.
- Art. 17: Como psicoterapeuta, el psicólogo debe formarse de manera idónea para lograr que su actividad como tal se realice en condiciones óptimas, en beneficio del cliente.
- Art. 24: El psicólogo mantiene el secreto profesional en la preservación y ordenamiento final de los informes confidenciales.
- Art. 25 y 26: Los materiales clínicos u otros materiales de casos se pueden usar en la enseñanza y publicaciones, pero sin revelar la identidad de las personas involucradas, la cual sólo se publica después de haber obtenido el permiso explícito.
- Art. 42: El psicólogo evita realizar el mal uso de la confianza que se le ha depositado.
- Art. 44: El psicólogo informa previamente al usuario acerca del proceso de intervención, incluyendo el registro de la entrevista a través de una grabadora o el uso de la información para fines científicos.
- Art. 79 al 87: las actividades orientadas a la investigación deben resaltar la importancia de informar al participante acerca del estudio, la libre participación, la confidencialidad y el anonimato.

(Colegio de Psicólogos del Perú, 1995)

Capítulo IV

Resultados

Se presenta el análisis de las entrevistas en tres partes: análisis descriptivo; análisis interpretativo, y análisis final (Hernández, Fernández & Baptista, 2014; Ricoeur, 2006)

4.1 Análisis descriptivo

Se presenta una descripción sociodemográfica de las participantes.

Participante 1: 35 años, maestría, soltera (actualmente sin hijos). Dos abortos inducidos al primer mes de gestación: el primero a los 22 años y el segundo a los 26.

Participante 2: 33 años, universitaria, soltera (actualmente sin hijos). Un aborto inducido con pastillas a las seis semanas de gestación, a los 25 años de edad.

A continuación, se muestra el análisis descriptivo de la entrevista realizada a ambas participantes.

Pregunta 1: ¿Qué pensabas o creías del aborto antes de realizártelo?

Participante 1: “sabía que estaba mal, porque tengo y he crecido bajo ciertos principios”, “tenía mucho miedo enfrentar todo, estaba recién estudiando, una condición económica complicada”, “sobre mi pesaba muchas responsabilidades y esperanzas”, “sentía mucha presión de hacerlos quedar mal”, “una de las razones que me impulsó, el tema de alcanzar objetivos funcionales, laborales y creyendo que con un hijo eso se truncaba”.

Participante 2: “yo sabía que el aborto no era una solución ni un buen camino”, “quizá no era tan consciente de las secuelas...”, “yo no debía abortar, pero dadas las circunstancias en ese momento dadas las circunstancias con él, dada el tipo de relación y dada la situación emocional en la que estaba no tenía otra salida”, “no era una posibilidad para mi ser mamá, y menos de un hijo de una persona que no me quería”.

Pregunta 2: ¿Qué piensas/crees ahora acerca del aborto?

Participante 1: “no es que se acabó el problema con la muerte de un bebé, no, tú vas a ser madre hasta el fin de tu vida”, “madre voy a ser hasta el final de mi vida”.

Participante 2: “aparte de matar una vida, te estás dañando a ti misma”, “soy consciente de la vida que tuve en mis manos”, “no era una bolsita de algo, era una vida, era

mi hijo, es mi hijo”, “no es alguien que no nació y que no existió, no, es mi hijo”, “es mi primer hijo, entonces para mí sí es grave abortar”.

Pregunta 3: ¿Qué aspectos positivos y negativos rescatarías sobre tu experiencia en relación al aborto?

Participante 1: Negativos: “los aspectos negativos, las consecuencias que obtuve después de haber cometido esto, es un vacío existencial increíble, ningún objetivo profesional o laboral o de estudios pudo cubrir este vacío, que finalmente fue lo que me hizo cometer, pensando que iba truncar mi vida y que iba a defraudar a las personas que me rodeaban, que me querían”, “el tema de cargar con esta angustia, con esta depresión, con estas cosas que te hacen recordar cada momento, situaciones, música, olores, es todo lo que te trae recuerdos”. *Positivos:* “gracias a Dios, a la fe, esto fue sanando con el tiempo, conocí en el camino gente que me ayudó con estos síntomas que son ciertas, que son ciertos, que uno vive desde que se levanta hasta que se acuesta”, “pude encontrar en una agrupación que me sostuvo, me ayudó a sanar estas heridas”, “ha cicatrizado la herida, pero de hecho que el recuerdo siempre va a estar”, “haber conseguido el perdón del ser divino y sobre todo el perdonarme, porque si no me perdonaba no hubiera podido avanzar”.

Participante 2: Negativos: “mi culpa era muy grande hacia mí, yo era la que no me podía perdonar por lo que había hecho”, “me sentía la peor mujer de todas las mujeres y la más imperdonable de todas, era muy mala conmigo”. *Positivos:* “permitirme encontrar perdón, eso fue una de las cosas más importantes que yo he podido encontrar”, “me he permitido darme cuenta del error y perdonarme de ello y ser consciente que tengo una vida después de ello y no condenarme para siempre”.

Pregunta 4: Algunas mujeres que se han sometido a un aborto, refieren que sus vidas cambiaron, ¿tu vida cambió? ¿de qué forma (fisiológico, mental, conductual, laboral, emocional, social)?

Participante 1: Emocional: “antes de someterme a estos eventos, era una persona con objetivos, con confianza en mí misma, que veía la vida de una manera más positiva, después de ahí mi vida cambió totalmente, fueron muchos miedos, mucho temor, mucha incertidumbre ante el futuro, ante las cosas que iban a pasar”, “no confiaba en mí, desconfiaba del resto de las personas, vivía siempre con una alerta, y simplemente estaba en un modo automático”, trataba de no verme atractiva, porque no me sentía digna”, “estaba muy muy sensible, me afectaba mucho, emocionalmente me deprimía, me sentía inútil, que

no valía”, “de mucha rabia, y sentía hasta envidia de las personas que me rodeaban, muchas amigas mías se casaban y tenían hijos,”. *Cognitiva*: “había cosas que me recordaba el evento: música, canciones que estuvieron presentes en el momento”, “veía un niño y podía pensar que edad tendría, ya tendría sus ojos, tendría su cabello”, “poder pensar e imaginar, que mis hijos tendrían la edad de tal o de uno de mis sobrinos”, " yo veía todo negro a mi alrededor, nada tenía sentido”, “creía que todo iba a ser malo, nada iba a salir positivamente”. *Conductual*: “era muy amorosa antes de esto, después de eso un poco retrechera, como que sentía un cierto rechazo por no abrir nuevamente la herida”, “yo acudí a comer a llenar esos vacíos comiendo”. *Social*: “terminamos separándonos cada uno llevó el dolor de diferente manera y no pudimos continuar, el dolor que yo sentía era muy grande, el rencor que sentía hacia él, porque de alguna manera fue un cómplice”, “mi relación con esta persona, con el tiempo se tornó enfermiza y finalmente pude salir de esto”, “con mi pareja sí había cuadros de, irritabilidad muy fuerte llegué con la rabia que guardaba dentro, a golpearlo, porque sentía de alguna manera que él era culpable de las cosas que me había pasado”. *Fisiológico*: “no podía conciliar el sueño fácilmente”, “subí de peso”. *Laboral*: “trataba de llenar mis vacíos con temas académicos, y en el trabajo, no me llegaba a concentrar bien, iba como solamente en plan de cumplir”.

Participante 2: Emocional: “tenía mucha ansiedad, “después de que sucedió el aborto, yo tenía una dependencia afectiva, un apego emocional muy fuerte con este chico.”, “mi autoestima, mi inseguridad, fue mucho después cuando me permito abrirme y empezar a sanar y me di cuenta de todo el dolor que tenía adentro”, “era increíble todo el dolor que tenía dentro, y todo eso obviamente afectó mi lado emocional, mi amor propio, mi autocuidado”, “a veces me sentía triste de la nada”. *Cognitiva*: “miedo a quedarme sola, a no merecer que alguien verdaderamente me quiera, me valore”. *Conductual*: “sí, mi vida cambió en los primeros años, como a los cuatro o cinco años siguientes, comía para ocultar el dolor, para ocultar la herida”, “consumía alcohol y fumaba cigarrillo también desde antes del aborto y quizá se incrementó un poco más después”, “tenía mucho desorden alimenticio”. *Social*: “vivía con mi tío, cada uno hacía su vida” (madre en el extranjero, padre fallecido), “después de que sucedió el aborto, seguí viendo a esta persona, no fue algo que pude cortar de raíz, desde ahí yo tenía una dependencia afectiva, un apego emocional muy fuerte con este chico”. *Fisiológico*: “afectó mi alimentación, mi estado de ánimo era súper voluble”. “pesaba como 30 kl más que ahora”. *Laboral*: “en mi trabajo sí era responsable, ayudaba,

hacía mi chamba bien, etc., en parte en la universidad, pero en todos los demás aspectos de mi vida estaba hecha un desastre”.

Pregunta 5: ¿Qué beneficios has obtenido con la terapia psicológica o el tratamiento que has hecho, post aborto? Por ejemplo, algunas personas hablan de perdonar, defensora de la vida, mejorar las relaciones con los demás, crecimiento personal, espiritual. En tu caso, ¿qué beneficios has obtenido tú?

Participante 1: “conocerme a mí misma, conocer mis faltantes que provocaron incluso una relación de codependencia”, “perdonarme, restablecer objetivos de vida, de motivación y a creer en mí misma”, “amar y abandonarme definitivamente a la voluntad del Señor”, “defender la vida es una de las cosas que más me preocupa ahora y poder hacer conocer que esto es real, que este síndrome o síntomas después de esto, existen en diferentes medidas”, “no es un tema de particular o de personas, eso lo vivimos muchas personas, yo también llevé el tema de acompañamiento espiritual y también participé de un retiro de mujeres que hemos cometido esto y fue realmente desgarrador, desgarrador porque vi mi realidad y la realidad de otras personas, de otras mujeres que al igual que yo han sufrido muchísimo”, “el dolor que llevamos dentro, si no lo tratas no lo tratas, simplemente va creciendo con los años, y es mucho más doloroso”, “el desarrollo nuevamente de mi autoestima que lo había perdido, nuevamente la confianza en mí, y las ganas de vivir, porque las había perdido”.

Participante 2: “yo creo mi cercanía a Dios en ese tiempo lo que me permitió ir sanando”, “compartir mi testimonio también que compartí en algún momento a un grupo de jovencitas, fue muy fuerte para mí pero fue muy sanador”, “bueno en ese taller tuve la oportunidad de verme y ver que todavía necesitaba sanar y pude hacerlo”, “había hecho las paces con mi bebé”, “dar testimonio”, “lo psicológico fue la primera piedrita, porque en la terapia psicológico, no recuerdo haber tocado el tema del aborto, más fue por un tema del apego y todas esas cosas, pero sí fue la persona que me sugirió que busque desarrollar mi vida espiritual y fue quizá una de las mejores sugerencias que he podido tener”, “siento eso” empezar a servir en pro de la vida”, no sé si a todas les tocará esta situación”.

Pregunta 6: Tú eres creyente por lo que me has comentado, ¿en cuánto te ha ayudado tu fe?

Participante 1: “yo creo que en un 100%, si no fuera por la fe, simplemente estaría perdida definitivamente”, “que haya podido salir de esto ha sido mi fe”, “creer que es Dios el que me sostiene, el que me levanta, el que me cura, me renueva y que me limpia, el que

me saca del fondo”, “lo que me pasó a mí, era inclusive cuando ya estaba recibiendo el tratamiento”, “yo con mi primer bebé yo ya estaba recibiendo tratamiento, supuestamente estaba curando las heridas, pero mi pareja no me ayudaba, no me ayudaba y tampoco entendía el tema de vivir un noviazgo en castidad, entonces yo quería seguir cambiando, pero no sentía el apoyo de la otra persona, y de hecho que somos débiles no, entonces para mí era muy fácil volver a caer y fue así que pasó el segundo evento y fue pues, con eso fue el derrumbe total”, “yo creo que el acompañamiento, de hecho, que como es un tema espiritual, ha sido como la base para abrir mis ojos, yo creo que más que le hubiese faltado, el complemento a esto es la ayuda de un terapeuta, de un psicólogo”, “gracias a Dios estuve con una psicóloga, primero el acompañamiento espiritual, después ya pasé con el tema psicológico”, “he recibido ayuda tanto profesional, como también bastante apoyo espiritual.”.

Participante 2: “90% espiritual 10% psicológico”, “en todo, sin Dios en mi camino, no podría haber pasado nada, “todas estas situaciones se han ido dando desde que yo dije “ok, aquí estoy, este mi dolor y lo pongo ante ti”, “la culpa era por lo que había hecho, la situación de haber abortado, la culpa la tenía hacía mí, más que hacía los demás, y eso me dolía mucho, mucho, mucho, mucho, era como una carga, una mochila que yo sentía todo ese dolor, entonces era que cuando empezaron a llegar estas situaciones para mí fue liberándome de a pocos, no fue como que ya te sacas la mochila, no, para mí fue situación tras situación, no fue de la noche a la mañana”.

Pregunta 7: Si alguien te comenta que quiere abortar, ¿qué le dirías acerca de esa decisión?

Participante 1: “de hecho que ya he tenido un papel protagónico, ya no de ocultarme o quedarme callada, ante este tipo de situaciones trato de hablar (...) no abiertamente porque de hecho que es un tema muy íntimo”, “un grupo de ayuda pidiendo que hable con ella, y le contara mi experiencia. De hecho, que esta situación a nadie le gusta contarle porque es algo muy privado, muy íntimo y lo que hizo fue comunicarme con ella sin conocerla sin saber, era muy niña. Tendría pues 16 años, estaba en el colegio, y le expliqué las consecuencias si iba a cometerlo, ella estaba muy asustada terminó de hacerse algunas pruebas, felizmente no había sido ningún embarazo, solamente fue un retraso”, “no es la solución hacia ningún problema”, “lo que se vive después es un tormento, sobre todo si no se exterioriza.”, “esto es como una bomba de tiempo que explota a través de algún tipo de enfermedad, a través de algún tipo de situación que te hace caer”.

Participante 2: “yo creo que no hay casualidad en esta vida, una amiga me confiesa, (ni siquiera sabe nada de mi vida pasada, porque la conozco de hace un año atrás, somos amigas en proceso...) ella había abortado, yo ya me había dado cuenta (...) y le dije mira, no es casualidad que me estés contando a mí porque yo también he pasado exactamente por lo mismo hace muchos años atrás y todas estas situaciones y estas ganas de dejarlo todo, de que no duermes, de que duermes tres horas, de que te sientes mal, de que estás saliendo mucho a bailar, que estás consumiendo alcohol, que estás fumando mucho cigarrillo, todo esto es a raíz de lo que has hecho, has abortado”, “quizá ella ahora no sé da cuenta, pero que la culpa, que en algún momento saldrá, es la que la tiene así, la tiene mal y que en algún momento va a necesitar sanar eso”, “no hay forma de que yo en este momento, una amiga conocida venga y yo le diga: está bien, hazlo. ¡No!, ¡No hay forma!, de alguna otra forma con mi historia con mi testimonio puedo hacer o que se dé cuenta, o que quizá lo piense dos veces”, “necesitará sanar heridas”, “no sólo es evitar que una vida nazca, sino que también traerá secuelas, dolor, culpa”, “no te va a permitir estar feliz, tranquila, no vas a tener una vida emocional estable”, “de una u otra manera va a impactar lo que has hecho, tarde o temprano”, “decir las consecuencias del aborto”, “no quedarme callada” (de manera discreta).

4.2 Análisis interpretativo

Esta etapa está conformada por el análisis en tres niveles, cada uno de ellos corresponde a los niveles de profundización del análisis interpretativo.

En primer lugar, el análisis fenomenológico textual de las razones iniciales que aducen las entrevistadas. En segundo lugar, el análisis fenomenológico social acerca de las motivaciones socio culturales de las entrevistadas. En tercer lugar, el análisis psicológico acerca de las verdaderas convicciones y razones de las entrevistadas.

Pregunta 1: ¿Qué pensabas o creías del aborto antes de realizártelo?

Nivel 1: análisis fenomenológico textual: Ambas personas refieren lo mismo con respecto al aborto, que es un acto que contradice sus valores morales, pero a pesar de eso lo realizan, ya que sienten temor. Sin embargo, sus temores no cambian sus principios morales, sino que los transgrede.

Nivel 2: análisis fenomenológico social: Se verifica que existen principios morales internos en cada una de las participantes, y existen a nivel externo presiones familiares y

económicas que se yuxtaponen a estos principios; Es decir, son fuertemente influenciadas por una cultura social que toma como prioridad las realizaciones profesionales, laborales y/o económicas, por encima de la vida humana, los valores y principios morales.

Nivel 3: análisis psicológico: El pensamiento o creencia anticipatoria y catastrófica acerca de su futuro profesional o de su vida personal, ha generado un temor irracional frente al embarazo, llevando a las mujeres a cometer un acto como el aborto que se opone a su conducta moral y principios éticos.

Beck, Rush, Shaw & Emery (1979), Ellis (1988, 1994), Lega, Caballo & Ellis (1997) refieren que los pensamientos influyen en las emociones y éstas en las conductas, por lo cual es lógico que, si ambas mujeres tuvieron pensamientos distorsionados frente a la idea de tener un hijo, hayan generado una fuerte carga emocional o un miedo irracional que les llevó a realizarse un aborto voluntario. Siguiendo la clasificación de Burns (1980), en el diálogo se advirtieron tres tipos de distorsiones cognitivas, que guardan relación con el aborto: *inferencia arbitraria o anticipación negativa*, consistente en creer, sin tener pruebas, que su vida familiar o profesional se truncaría a causa del embarazo; *magnificación o minimización*, que consiste en ver el embarazo de forma catastrófica y angustiante y minimizan el aborto y sus consecuencias; y *deberías*, que son exigencias rígidas y absolutistas acerca de sí mismas y de lo que esperaban sus familiares de ellas y que el embarazo pondría en riesgo.

Estas distorsiones cognitivas pueden ser resumidas por Ellis, ya sea como tremendismo o como baja tolerancia a la frustración (Lega et al.,1997) y muestran por qué para las participantes de este estudio el ser madre soltera no era una opción, ya que sus deseos profesionales y familiares se convirtieron en lo que llama Ellis (1988) exigencias absolutistas, la cuales tenían que ser cumplida, poniendo el valor de la persona por el nivel de logro alcanzado. Dicho de otro modo, mientras más logros tenga, más valiosa es una persona. Estas ideas subjetivas que se mantienen como valoraciones objetivas pueden reforzar la idea de que ser madre trunca el futuro personal y familiar de la mujer y con ello la valoración de su persona. Todos estos pensamientos son fruto de fuertes presiones sociales, que refieren que el aborto es la solución para alcanzar los objetivos propuestos, lo cual puede verse citado por Salomón (2005), Hernández (2017), Juan Pablo II (1995) y Ratzinger (1985), quienes además refieren que al momento de abortar no se toma en cuenta la estabilidad emocional de las mujeres, llevándolas a no hacer un uso adecuado de su libertad, ya que esta, como refiere Frankl (1979) viene acompañada de un acto de responsabilidad.

Pregunta 2: ¿Qué piensas/crees ahora acerca del aborto?

Nivel 1: análisis fenomenológico textual: Se evidencia una nueva concepción sobre la maternidad y el aborto, tras haber abortado voluntariamente, refiriendo que el aborto es acabar con la vida de un hijo:

Nivel 2: análisis fenomenológico social: Hay un reconocimiento de su maternidad a pesar de haber abortado, es decir, se identifican como madre más allá de que su hijo no haya nacido. Esto parte de que la maternidad es inherente en la mujer, por lo tanto, es correspondiente a su naturaleza femenina.

Nivel 3: análisis psicológico: Debido a su naturaleza o conciencia maternal la mujer reconoce que a pesar de que su hijo no nació, existió. Es decir, en la conciencia maternal de la mujer el no nacido existió, por eso, no puede olvidar el acto cometido hacia su hijo no nacido.

En cuanto a la maternidad, la mujer desarrolla una conciencia de la existencia de su hijo, la cual no surge desde el nacimiento de éste, sino desde que es gestado. Esa conciencia de su existencia permanece en la mujer aún después de haber abortado y esto puede ser explicado biológicamente por López- Moratalla (2012), quien refiere que toda gestante desarrolla un vínculo maternal de apego a su hijo. Esto se debe a que la oxitocina vuelve el cerebro más emocional y cognitivamente maternal, grabando en el mismo los mensajes interactivos que se dan entre ella y su hijo, incluso antes de que llegue a anidarse. Cuando se interrumpe el embarazo de forma violenta o espontánea, se rompe abruptamente este vínculo de apego entre la madre y su niño, quedando almacenado en el cerebro como un recuerdo traumático que puede generar daños en la salud psíquica de la madre. Otro aporte que complementa lo antes mencionado, es la explicación antropológica dada por Millán (2015), basándose en la ontología de Buber (1923), donde refiere que existe una relación biológica-ontológica entre madre gestante e hijo, donde se establece un primer lazo social.

Documentos como el estatuto biológico del embrión referidos por Monge (1995), Arango (2016) y Aznar (2017) muestran que el ser humano existe desde que tiene un cuerpo y que este se forma desde la concepción por dos gametos humanos masculino y femenino como refiere Millan (2015). Por tanto, en palabras de López Moratalla et al. (2011), el ser humano es un cuerpo, no tiene un cuerpo. Otro aporte es el estatuto ontológico del embrión, que guarda relación con el estatuto biológico, en el cual Monge (1995) toma en consideración que todo cuerpo humano tiene un alma espiritual por lo que, si el alma está unida al cuerpo, también está desde el inicio de la vida humana, y es esta alma espiritual la

que constituye la esencia e identidad de la persona humana, y que además guía el desarrollo corporal.

Pregunta 3: ¿Qué aspectos positivos y negativos rescatarías sobre tu experiencia en relación al aborto?

Nivel 1: análisis fenomenológico textual: Se constata que si bien la decisión principal de realizarse un aborto era una solución a corto plazo (como no aplazar sus logros profesionales, como lo cita el primer caso), tras haber abortado voluntariamente la mujer sufre un impacto negativo a nivel mental y emocional.

Nivel 2: análisis fenomenológico social: La espiritualidad y la religión le han permitido ir superando las cargas emocionales causadas por el aborto inducido, pudiendo conseguir el perdón y alivio a sus síntomas emocionales.

Nivel 3: análisis psicológico: Existe un sufrimiento psicológico, existencial causado por una maternidad truncada. Sin embargo, a pesar de ello, encuentran la paz a través del perdón de Dios y el auto perdón.

Puede observarse que, frente a una situación como el aborto, el ser humano sufre, porque reconoce que no ha actuado de acuerdo a la ley natural. Esta ley natural, descrita por Ratzinger (1985), surge en lo más íntimo del hombre como imperativo ético que se resume en “hacer el bien y evitar el mal”. Esta conciencia moral puede encontrarse en la dimensión espiritual o noética que propone Frankl (1979), la cual permite a la persona entrar en relación con otras personas y con Dios. Esta área refiere a la esencia espiritual genuina y está compuesta por valores morales que tiran de la persona humana para poder elegir libremente cómo actuar frente a cada situación. Agregado a esto, podríamos tomar los argumentos de Giussani (1987) y Juan Pablo II (1995) sobre el valor sagrado y religioso que existe en la conciencia de todo hombre, ya sea creyente o no, y que además es percibido por su razón.

Pregunta 4: Algunas mujeres que se han sometido a un aborto, refieren que sus vidas cambiaron. ¿Tu vida cambió? ¿De qué forma? (fisiológico, mental, conductual, laboral, emocional, social)

Nivel 1: análisis fenomenológico textual: Refieren que, tras haberse realizado un aborto inducido, adquirieron conductas que afectaban su bienestar tanto físico como emocional, estas conductas fueron adquiridas para contrastar el acto realizado.

Nivel 2: análisis fenomenológico social: Frente a la conducta del aborto, se ve afectada su dignidad como mujer y una pérdida del sentido hacia la vida, la cual se ve reflejada en todos los aspectos de su persona.

Nivel 3: análisis psicológico: Tras el aborto, la mujer reconoce que ha roto el vínculo con su propio hijo y que además es un acto irreversible, e irreparable.

Tras el aborto voluntario existe evidencia que la mujer sufre un impacto en su salud mental, debido al vínculo materno-filial roto de manera violenta. Las conexiones que existen entre la experiencia del aborto y el dolor emocional que padece y perdura son también fundamentadas por autores como López-Moratalla (2012), quien explica que esto no es causado por un problema social, sino que se debe a que el cerebro de la mujer que aborta interpreta la experiencia como un acto negativo, haciéndola más propensa a desencadenar trastornos psiquiátricos, más aún si ha tenido antecedentes traumáticos o sea vulnerable de acuerdo a algún marcador biológico. Asimismo, refiere que los estudios de neuroimagen de mujeres que han abortado voluntariamente evidencian alteración en las áreas cerebrales que regulan las emociones negativas y de la memoria emocional. Otros autores como Reardon (2018), IRMA (2017), Coleman (2017), Hernández, Aznar y Echevarría (2017), Sullins (2016), Gómez y Zapata (2012), Perderson (2008) y Ferguson (2006) también coinciden en que el aborto inducido no aporta a una adecuada evolución de la salud mental, sino que incrementa en un 81% las probabilidades de riesgo en la salud mental de la mujer, siendo la causa del 10% del total de los problemas de salud mental, con síntomas más duraderos y más altos que en los casos de aborto espontáneo. Por su parte, el conjunto de síntomas que padece una mujer que ha abortado fue identificado por Rue (1981), quién acuñó el término de síndrome post aborto. Por su parte, Gómez y Zapata (2005) refieren que este término no se ha incluido en el manual de clasificación de enfermedades mentales, ya que se considera como parte de los síntomas correspondientes al trastorno por estrés post-traumático (TEPT). Los autores difieren de este término, ya que consideran que una mujer que ha abortado voluntariamente no presenta únicamente síntomas asociados al TEPT (depresión y ansiedad por el recuerdo del aborto, activación persistente, embotamiento, etc.) sino también otros propios del aborto como pesadillas o sueños, sentimiento de culpa y necesidad de reparar el acto.

Pregunta 5: ¿Qué beneficios has obtenido con la terapia psicológica o el tratamiento que has hecho, post aborto? Por ejemplo, algunas personas hablan de perdonar, defensora de la vida,

mejorar las relaciones con los demás, crecimiento personal, espiritual. En tu caso. ¿Qué beneficios has obtenido tú?

Nivel 1: análisis fenomenológico textual: Se identifican beneficios de la terapia y la importancia de un acompañamiento psicológico, pero sobre todo espiritual que les permitió restablecerse de las secuelas del aborto inducido.

Nivel 2: análisis fenomenológico social: Se evidencia un deseo de transmitir su experiencia a otras personas, ya que siendo defensoras de la vida perciben que pueden compensar su sufrimiento.

Nivel 3: análisis psicológico: gracias a la terapia y acompañamiento que han recibido, han desarrollado la capacidad y actitud de poder dar a conocer el aborto y sus secuelas. De esta forma han decidido vivir su sufrimiento frente al acto cometido, y así reconocen que promover la vida y ayudar a prevenir un aborto les permite ayudar a otra mujer a evitar el sufrimiento que deja el aborto inducido, encontrando así un sentido a su sufrimiento.

Una intervención psicológica post aborto es eficaz cuando conlleva un acompañamiento espiritual o aborda la dimensión espiritual de la persona, ya que le permite ahondar en su existencia y encontrar un sentido a lo que ha vivido el cual, como refiere Frankl (1979), puede ser vivido a través de tres valores: creación, experiencia y actitud. Esta última surge a partir de la capacidad o decisión interior que tiene la persona humana para aceptar las circunstancias de su ser y de su existencia. En cuanto a este sentido no es abstracto, sino que se encuentra en lo concreto, en situaciones determinadas que experimenta cada persona humana. Además, este sentido de vida es único e irrepetible, debido a la singularidad insustituible que posee cada ser humano con toda su libertad espiritual, la cual le permitirá decidir de qué forma o con qué actitud afrontar las circunstancias que le toca vivir, y de esta actitud que la persona elija dependerá el tipo de persona que quiere ser. Esta capacidad de dar un sentido a su vida parte de sus valores y sobre todo de su dignidad como persona, tal como menciona Vilarroig (2015), Seifert (2012) y Spaeman (2008). Cuando se encuentra un sentido a las dificultades dolorosas o adversas, la persona crece espiritualmente más allá del dolor. Por su parte, el realizar acciones que sean ajenas a uno mismo permite encontrar un propósito en la vida, sobre todo si estas acciones tienen un fin humanista, lo cual es sustentado por Ellis (1994) dentro de sus valores racionales. Asimismo, Coleman (2017) refiere que mujeres que abortaron encontraron un sentido frente a su dolor del aborto al volverse promotoras de vida y prevenir que otras personas lo hagan. Esto puede ser una

respuesta a la propuesta de Juan Pablo II (1995) al dirigirse a las mujeres que se habían sometido a un aborto inducido para invitarles a defender la vida a través de su testimonio para que otras personas también se abran a la vida, tal como se puede observar en el testimonio de las dos participantes.

Pregunta 6: Tú eres creyente por lo que me has comentado. ¿En cuánto te ha ayudado tu fe?

Nivel 1: análisis fenomenológico textual: Se muestra que la fe ha sido un punto fundamental para la recuperación de un proceso post aborto en ambas mujeres, y que incluso su aporte es mayor que el de una intervención psicológica.

Nivel 2: análisis fenomenológico social: Frente a la situación post aborto, ambas se percibieron vulnerables y solas, tomando en cuenta que en ambos casos no informaron, a sus familias, que se sometieron a un aborto. El primer caso refirió que su pareja no le ayudó a superar la pérdida y en ambos casos tampoco mencionaron haber recibido apoyo de alguna persona cercana. Sin embargo, a pesar de haberse alejado de la práctica religiosa, se observa que en la fe encontraron el apoyo que necesitaban.

Nivel 3: análisis psicológico: El dolor que les dejó el haber abortado voluntariamente difícilmente les permitía sanar en profundidad y tiempo. Sin embargo, es en la fe donde encuentran la base para poder ir restaurándose poco a poco del dolor y la culpa que sentían interiormente como una carga pesada. Frente a Dios encuentran las exigencias más profundas de su ser, por eso son capaces de reconocer el perdón del que no se sentían merecedoras, pero que a su vez necesitaban, y que les permitió recuperarse del dolor y encontrar un sentido a su vida.

Existe un sentido religioso percibido en la dimensión espiritual, en el cual ambas mujeres han reconocido la presencia de Otro Ser más grande que las constituye, que las perdona y en cuya presencia experimentada a través de la realidad, pueden encontrar respuestas de su propia humanidad herida, tal como lo refiere Giussani (1987), encontrando en su fe la base para su restauración. Esta fe, como lo describe Ratzinger (1985), es el bien más alto y preciso que recibe el hombre, yace en lo más profundo de su ser, en su silencio interior y permite al ser humano entrar en una relación con Dios, siendo en esta relación donde el hombre encuentra su autenticidad. La voz de Dios, según Juan Pablo II (1995) y Giussani (1987), permanece en la conciencia del hombre y es a partir de esta voz donde el hombre puede juzgar sus actos. Es decir, esta conciencia permite al hombre percibir la diferencia entre el bien y el mal, aunque la sociedad actual intente suprimir esta voz a través de una libertad individualista difundida y enaltecida. El amor de Dios restablece esa cercanía

entre Él y el hombre, de modo que este es capaz de percibir esta cercanía en lo más profundo de su conciencia. Por eso, cuando una persona se aleja de Dios, permite que la conversión y el arrepentimiento sean mucho más profundos. En el caso de estas mujeres, buscaron el perdón de Dios porque sabían que este perdón existe y que es bueno para ellas. Giussani (1987) lo afirma al referir que el hombre se arriesga a buscar algo que sabe que existe y que es bueno para él, ya que nadie se arriesga, por lo contrario. Sólo esa cercanía con Dios les hace entrar en una relación con un padre que las ama y salva y las invita a responder a esta salvación a través de la reparación de sus actos.

Pregunta 7: Si alguien te comenta que quiere abortar, ¿Qué le dirías acerca de esa decisión?

Nivel 1: análisis fenomenológico textual: A partir de sus experiencias, han desarrollado una percepción negativa hacia el aborto, indicando que sus secuelas impactan de manera muy dolorosa y dañina en la vida de la mujer y que este dolor permanece de manera prolongada, recuperándose en un largo tiempo.

Nivel 2: análisis fenomenológico social: La actitud que toman actualmente frente al aborto, no parte de una postura moral, sino desde su experiencia, de tal modo les es posible identificar la relación causa efecto entre aborto y conducta (estilo de vida, culpar a los demás, etc.) en una mujer que ha abortado.

Nivel 3: análisis psicológico: A través de sus experiencias, ambas mujeres asumen la labor de dar a conocer su testimonio, ya que les permite poder liberarse de la culpa a pesar de la resistencia inicial que sentían al compartir su experiencia. Asimismo, han desarrollado una actitud compasiva que les permite, no sólo reconocer a otras mujeres que pasan por la misma situación, sino desarrollar una preocupación activa por la vida tanto del bebé como de la madre que ha abortado o que podría abortar, ya que se perciben en parte, responsables de ambas vidas.

Frankl (1979) refiere que, frente a situaciones que no pueden cambiarse, la persona humana asume un nuevo reto “cambiarse a sí mismo”, y esto es a partir de un cambio de actitud frente a aquello que le causa sufrimiento y no puede ser cambiado. Existe un área en la persona que no puede ser modificada ni alterada, que es su dimensión espiritual, la dimensión auténtica, donde está el ser de la persona, el lado “no enfermo de la persona”, que es donde está enraizada su dignidad. Esta dignidad está adherida al hombre, como refiere Seifert (2012). Es en la dimensión espiritual donde el hombre encuentra un sentido, donde el ser humano encuentra una plena libertad interior y elige con qué actitud afrontar las

situaciones, libre y responsable de sus actos. Libre, como dice Giussani (1987), para incluso adherirse a Dios o no o de qué forma relacionarse con Él, ya que el ser humano intuye signos en la realidad que le permiten juzgar su experiencia y ver qué tanto corresponde a su razón, a la verdad, es decir a las exigencias más profundas de su ser.

4.3 Análisis final

De los resultados obtenidos, se distinguen dos dimensiones de análisis:

Dimensión 1: hecho como tal y la conciencia de la mujer sobre sí misma.

Lo que llevó a ambas mujeres a abortar fue que sostenían una creencia distorsionada de sí mismas como “poco capaces” de afrontar adecuadamente las exigencias o presiones sociales, temiendo ser rechazadas y no encajar dentro de un status social. Sin embargo, tras el aborto, fueron conscientes de que son madres para siempre de un hijo que no dejaron nacer. Esto generó una crisis existencial en ambas mujeres, viéndose afectada su dignidad y el sentido de sus vidas. Este sentido y su conciencia de dignidad es restaurado a partir de la fe.

Dimensión 2: proceso de restauración.

Si bien la aplicación conjunta de la intervención psicológica, y el acompañamiento espiritual ha permitido que ambas mujeres puedan dar un sentido a su sufrimiento causado por el aborto, se evidencia que el acompañamiento espiritual ha tenido mayor eficacia en la recuperación de la mujer (más de un 90%). En la fe encontraron el apoyo que necesitaban para sobreponerse y reconocen que en Dios encuentran las respuestas a las exigencias más profundas de su ser, entre ellas el perdón y sentido de sus vidas, desarrollando una actitud compasiva que les permite identificar y comprender a otras mujeres que pasan por una situación similar, comprometiéndose con la promoción de la vida y la concientización sobre el aborto y sus secuelas.

Capítulo V:

Discusión, conclusiones y recomendaciones

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo comprender el significado de ser madre a partir de la narración de experiencias después de haberse sometido a un aborto consentido, a través de la entrevista a dos mujeres que se realizaron dicha práctica, para ello era necesario describir las características esenciales de la experiencia de ser madre después de la pérdida de un hijo por aborto consentido y conocer, en el proceso de restauración de la madre que se ha sometido a un aborto consentido, la alternativa de la dimensión espiritual.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede afirmar que, si bien no hay estudios que manifiesten la relación de tipos de pensamientos distorsionados asociados al aborto, los investigadores cognitivos como Beck, Rush, Shaw & Emery (1979), Ellis (1988, 1994), Lega, Caballo & Ellis (1997) afirman que todo pensamiento distorsionado genera una perturbación emocional, la cual desencadena una conducta perturbadora o disfuncional, en este caso la del aborto.

Por otra parte, la sociedad moderna refiere que el aborto es una solución y se promueve como derecho en el plano social y político, dando a la mujer el poder de decidir el “interrumpir su embarazo”, término utilizado actualmente para el aborto por la OMS (1994) y OPS (2010) justificando su acto, como refiere Ratzinger (1985), bajo una moral de los fines, como un acto solidario hacia la mujer, dándole poder sobre la vida de los demás, incluidos los más débiles. Sin embargo, existe un reconocimiento de la vida del hombre desde su concepción, la cual se encuentra en los estatutos biológico y ontológico referidos por Monge (1995), Arango (2016), Aznar (2017), Millan (2015) y López Moratalla et al. (2011) y además ésta se encuentra protegida por derechos legales contenidos en la Constitución Política del Perú y la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Además, el Código Penal del Perú penaliza todo acto que atente contra la vida o dignidad de la persona desde su concepción. Es decir, aunque el Estado reconoce la vida humana desde la concepción, y formula leyes para la protección de la misma, el Ministerio de Salud adopta y elabora guías en donde se incluyen términos como *interrupción voluntaria* del embarazo propuesta por la Organización mundial de la salud [OMS] (1994) y sirven de manual para su práctica, como la *Guía técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto*

en el artículo 119 del código penal (2016) y el *Protocolo de manejo de casos de interrupción legal del embarazo* (2007). Por su parte, la OMS ha publicado guías de práctica clínica para la realización de un aborto seguro, en las cuales se promueve una consejería antes de realizarse un aborto y en la fase post aborto consideran cuidados hacia la salud física de la mujer. Además, propone algunos ejemplos para que los prestadores sepan en que situaciones pueden aplicar estos principios, siendo uno de ellos la no insistencia de la autorización de los padres en caso de realizar un aborto a una adolescente. (OMS, 2014).

Además, se puede observar que el aborto propuesto como solución inmediata es fruto de una moral utilitarista, como la refieren Ratzinger (1985) y Juan Pablo II (1995), ya que busca confundir al ser humano en cuanto a la moral. Sin embargo, existe una ley natural en el interior del hombre que permite diferenciar lo bueno de lo malo. Estos autores, junto a Ratzinger (1985) y Giussani (1987), coinciden que esta ley natural es percibida por la razón y que se encuentra en una dimensión espiritual del hombre, a la cual también hace referencia Frankl (1979).

Sin embargo, existen estudios que establecen que el aborto favorece la salud mental, entre ellos Biggs (2018), cuyo estudio además refiere que el negar el aborto afecta a la salud mental de la mujer. Este estudio longitudinal de cinco años en una muestra de 1000 mujeres a través de una encuesta telefónica puede ser contrastado con el realizado por Sullins (2016), estudio longitudinal de 13 años de seguimiento a una muestra de 8005 mujeres, teniendo acceso a sus historiales de embarazo y salud mental, concluyendo que las mujeres que abortan voluntariamente tienen un 45% más de probabilidades de desarrollar trastornos mentales (entre ellas consumo de sustancias psicoactivas). El tamaño de muestra y los años de seguimiento a estas mujeres determinan que muchas de ellas pasan por años de negación de algún malestar asociado al aborto, cuyos síntomas comienzan a desencadenarse después de muchos años, según refiere Reardon (2018). Por otro lado, Munk – Olsen et al. (2015) afirma que las mujeres que abortaron tuvieron una menor tasa de reincidencia de citas psiquiátricas en comparación a aquellas que tuvieron un parto. Sin embargo, este estudio excluyó la tasa de muertes de mujeres antes del final de los 12 meses de seguimiento (incluida las de suicidio), incluyó a mujeres que tuvieron un aborto y parto en ambos grupos y, sobre todo, no consideró los antecedentes de salud mental de las participantes, por lo que su estudio estaría sesgado. Existen estudios como los de Reardon (2018), IRMA (2017), Coleman (2017), Hernández, Aznar y Echevarría (2017), Sullins (2016), Gómez y Zapata (2012), López- Moratalla (2012), Perderson (2008) y Ferguson (2006) que han evidenciado una asociación entre aborto inducido y salud mental en la mujer e incluso en su pareja. Otros

autores como Rue (1981) y Gómez & Zapata (2005) refieren la existencia de un *síndrome post-aborto* o *trastorno de estrés post-aborto*. Sin embargo, ante esto es necesario preguntarse por qué el malestar psicológico que padece una mujer tras ser sometida a un aborto inducido no es considerado por la OMS ni el APA como criterio diagnóstico dentro de los manuales de intervención en salud mental (CIE 10, DSM V). Además, en el *Manual de práctica clínica para la realización de un aborto seguro* (OMS, 2014) no se evidencia un seguimiento, acompañamiento o intervención psicológica en las fases pre y post aborto.

Por su parte, PROMSEX patrocinó un estudio al Instituto de Opinión Pública [IOP – PUCP] (2018) en el que se revela que de las mujeres peruanas que abortan, el 69% acude a un profesional de salud, de las cuales el 49% requirió internamiento en un centro de salud. Este dato es importante, ya que en el Perú la práctica del aborto está penalizada, pero los datos muestran que se realiza ilegalmente por profesionales y que su práctica pone en riesgo también la salud física de la mujer.

La bioética principialista y personalista permite también dar aportes sobre el aborto como un acto no ético. En el caso de la bioética principialista se puede ver que no hay autonomía en la mujer que aborta, ya que no es libre si se le atribuye que hubo presión y experimentó una fuerte carga emocional que no le permitió ser autónoma en su decisión. En el caso de los principios de no maleficencia y justicia, se puede ver que en un aborto hay un daño causado al niño que no se dejó nacer, ya que sus derechos fueron violentados, afectando también la estabilidad de la madre, que sufre un fuerte impacto. Además, se puede añadir que el principio de autonomía no aplica al niño no nacido, ya que la continuidad de su vida ha sido decidida por otro, por lo que tampoco aquí hay un acto de justicia. Aunque el aborto sea justificado por movimientos pro-aborto como un acto regido por el principio de beneficencia, porque se pretende buscar un bien para la mujer gestante acabando con la vida de su hijo no nacido, realmente no lo es, ya que los resultados finales muestran que es la madre quien sufre el daño emocional producto del acto cometido, por lo descrito, se puede concluir que el acto del aborto incumple los principios defendidos por la bioética principialista. Desde otra perspectiva, la bioética personalista de Sgreccia provee también de fundamentos para analizar el tema del aborto. En ella se aprecia que este acto va contra la defensa de la vida física, ya que toda vida humana yace en un cuerpo y el aborto sería acabar con esta vida, por lo cual tampoco se podría admitir que el aborto cumple con el principio terapéutico, ya que éste sólo encuentra justificado la afectación de una parte del cuerpo, para salvar su totalidad. En cuanto al principio de libertad y responsabilidad, en el aborto hay un uso de la libertad individual de la madre que afecta a otra persona humana, por lo que no es

una libertad solidaria, que es la que debería elegirse, de acuerdo a Juan Pablo II (1995). Una libertad solidaria va acompañada de un acto de responsabilidad y sus consecuencias no deben afectar a los demás, tal como refieren Frankl (1979) y Ellis (1994). En cuanto al último principio de sociabilidad y subsidiariedad, debe considerarse que el no nacido es un ser humano perteneciente a la sociedad desde su concepción, por lo que es sujeto de derecho, entre ellos a la vida y a tener una familia, por lo que su ser merece respeto y cuidado de parte de la sociedad, sobre todo por ser más vulnerable en sus derechos. Proteger estos derechos es lo que convierte en solidaria a una sociedad (Juan Pablo II, 1995). Por lo tanto, estos principios tampoco se respetan en el acto del aborto.

No existen estudios que contemplen la dimensión espiritual de la persona que se somete a un aborto. Sin embargo, se pueden ver los aportes de autores como Ratzinger (1985), Giussani (1987) y Juan Pablo II (1995), que consideran que existe una dimensión espiritual en la cual el ser humano es capaz de reconocer la presencia de Dios como una presencia que les permite ponerse cara a cara con su humanidad y por ende juzgar sus actos como buenos o malos. De este modo, al tomar conciencia de su fragilidad humana, el ser humano reconoce que sólo frente a la presencia de Dios se restituye su dignidad herida que busca ser sanada.

Tomando en cuenta lo mencionado, se puede evidenciar que frente al dolor que les ha dejado la experiencia del aborto, las participantes del presente estudio han encontrado un sentido a su sufrimiento, volviéndose promotoras de vida, previniendo abortos o dando soporte a mujeres que sufren las consecuencias del mismo. Esto coincide con lo propuesto por autores como Coleman (2017), Ellis (1994), Juan Pablo II (1995) y Frankl (1979), que afirman que encontrar un sentido al sufrimiento les permite poder sobrellevarlo de manera saludable, sobre todo si este propósito se basa en un fin humano, restableciendo su dignidad moral a la cual hacen mención Vilarroig (2015), Seifert (2012) y Spaeman (2008).

Algunos estudios como el de Coleman (2017) revelan que algunas mujeres se vuelven promotoras de vida tras un aborto inducido, pero no describe qué hace que una mujer tome esa decisión tras el aborto. Frankl (1979) refiere que es la actitud la que hace que el ser humano adopte una postura de apertura frente al sufrimiento, que es la de encontrarle un sentido. Es Giussani (1987) quien profundiza en esta idea y refiere que esa actitud de apertura parte de un juicio que ha hecho la persona a partir de su experiencia. En el caso de estas mujeres, esta es la experiencia de su fe. Es decir, la experiencia de la fe permite encontrar un sentido a su vida, en este caso a su sufrimiento, convirtiéndolas en promotoras de vida.

Conclusiones

Dimensión 1. Después del aborto, la mujer reconoce que hay un significado de maternidad de un hijo que no dejó nacer, generando en ella una fuerte crisis existencial.

1. Existen pensamientos anticipatorios, catastrofistas y absolutistas que influyen en la mujer que intenta abortar. Estos pensamientos son considerados como pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas que generan un fuerte impacto emocional que culmina en un acto contrario a su naturaleza humana y contrario a su conducta moral y ética, como es el aborto.
2. La sociedad moderna ha influenciado en la creación de nuevos pensamientos que parten de la valoración de la persona por la obtención de logros, sin tomar en cuenta la dignidad ontológica del ser humano.
3. Existe una relación biológico–ontológica entre la madre y el hijo durante su gestación. Esta relación es intuita por la conciencia de la madre que ha abortado y que intenta suprimir y olvidar, pero que permanece, ya que reconoce que lo que ha gestado es una vida humana.
4. Existen tanto el estatuto ontológico como el estatuto biológico del embrión humano, que sustentan que la vida humana empieza en la concepción. Por su parte, la legislación peruana protege los derechos de la persona humana desde su concepción. Sin embargo, Organismos como la Organización mundial de la salud y Organización Panamericana de la Salud han elaborado un manual para profesionales de la salud para realizar un aborto incluyendo a menores de edad y sin autorización de sus padres.
5. Existe una dimensión espiritual en todo ser humano, en la cual se puede encontrar la conciencia moral para buscar hacer el bien y evitar hacer el mal. Esta es conocida como ley natural, y es percibida por el hombre a través de su razón.
6. El aborto no es seguro ni a nivel físico, ni psicológico y afecta a los niveles existenciales de la mujer, que difícilmente puede recuperarse de la idea de haber acabado con la vida de su hijo, por lo que legalizar el aborto no mejoraría la situación de la mujer.

7. Las mujeres que han abortado reconocen que son madres de un hijo al que no dejaron nacer, y han llegado a esta conciencia cuando han descubierto su dimensión espiritual.

Dimensión 2: Existe una dimensión espiritual religiosa en el ser humano, en donde se puede encontrar un sentido a su vida y ser restaurado de las crisis existenciales como las que deja el cometer un aborto.

1. El aborto inducido genera fuertes daños en la mujer, tanto en su salud (biológica y psíquica) como en su dimensión espiritual, los cuales ponen en riesgo su sentido existencial y su dignidad como persona.

2. Las organizaciones de la salud, como la OMS, no consideran al ser humano en su totalidad ya que dejan de lado su dimensión espiritual, promoviendo el aborto como una práctica dentro de los manuales de atención de salud y considerando sólo la atención física. Esto genera una ambigüedad ya que promueve un acto ilícito que daña las vidas del niño gestado y de la madre.

3. Se observa una restauración en la persona que ha abortado voluntariamente cuando se toma en cuenta su dimensión espiritual y encuentra un sentido al dolor que le ha dejado el aborto, poniéndose al servicio de la vida.

4. Existe un sentido religioso en cada persona humana, en la que esta reconoce una presencia mayor a ella, con la que se relaciona a través de la realidad y en la que se puede reconocer como un ser digno. A través de la fe, estas mujeres entraron en relación directa con Dios, reconociéndose como seres dignos, tras las heridas del aborto.

5. Ambas mujeres han experimentado las secuelas de un aborto inducido y su restauración a través de la fe, han juzgado ambas experiencias, optando por rechazar el aborto y adherirse a la fe y es a partir de su experiencia que buscan ayudar a otras mujeres que pasan por la misma situación.

Recomendaciones

1. Promover la defensa de la vida partiendo desde el reconocimiento del valor de la persona humana como ser digno desde el inicio hasta el fin de su vida de forma natural, permitiendo que se reconozca que la vida está por encima de cualquier logro y por tanto todo acto a favor de ella dignifica moralmente a la persona, informando sobre los efectos no sólo físicos y psicológicos del aborto, sino también existenciales, partiendo desde un plano espiritual.
2. Contar con lugares de referencia para las personas que toman la decisión de abortar donde les ayuden a racionalizar sus temores, debatiéndolos desde un plano objetivo y real, y no sobre sus ideas anticipatorias. Para ello, el personal de estos establecimientos debe estar capacitado para dar un soporte adecuado a las mujeres.
3. Promover tempranamente (en instituciones educativas, centros de salud, etc.) en las gestantes la conciencia de relación con el hijo gestado, ya que sólo de esa manera se le permitirá vivir más acorde a su naturaleza humana.
4. Revisar y modificar las guías de prácticas clínicas para los establecimientos de salud para que favorezcan la vida humana desde sus inicios tomando como referencia los documentos legales como la Constitución Política y científicos como los estatutos del embrión, que promueven el respeto y cuidado de la vida desde su concepción. Crear un manual de salud sexual y reproductiva para la prevención de abortos y para la restauración post aborto, partiendo de un enfoque bioético.
5. Plantear a las instituciones del Estado la formación de profesionales sobre educación sexual, partiendo de un enfoque integrador de la persona, en donde se ahonde en la finalidad de la sexualidad humana digna, respetando su fin unitivo y creativo. Desarrollar programas de intervención tanto en la prevención del aborto como en el proceso de restauración, tomando en cuenta la dimensión espiritual de la persona.
6. Incluir un término que defina los síntomas propios del post-aborto dentro de los manuales de clasificación de enfermedades mentales (CIE 10 y DSM V), ya que permitiría no sólo diferenciarlo del trastorno de estrés post traumático, sino que al registrarse se podrían obtener datos estadísticos que muestren que el síndrome post-aborto o el trastorno por estrés post aborto es una realidad que debe ser abordada.
7. Considerar la dimensión espiritual durante el proceso de restauración psicológica en la mujer que ha abortado voluntariamente. Para ello, es necesario que el profesional pueda formarse en esta área o llevar su intervención a la par de una persona que realice el

acompañamiento espiritual o considerar la derivación de ser necesario a otro profesional que tenga experiencia en abordar estos temas.

Referencias

- Arango, P. (2016). *Estatuto del embrión humano*. Escritos; 24(53): 307 – 318. DOI: <http://dx.doi.org/10.18566/escr.v24n53.a04>
- Aznar, J. (2017). *Estatuto biológico del embrión humano*. Observatorio de Bioética. Universidad Católica de Valencia. Recuperado de <https://www.observatoriobioetica.org/2017/04/estatuto-biologico-del-embrión-humano-3/15982>
- BBC Mundo. (26 de mayo de 2018). *¿Cuál fue el primer país del mundo en legalizar el aborto y por qué lo hizo?* Recuperado de <http://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-44259569>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Editorial Desclee de brouwer.
- Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. (2017). *Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study*. JAMA Psychiatry; 74(2):169-178 doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3478
- Burgos, JM. (2015). *El personalismo ontológico moderno II. Claves antropológicas*. QUIEN: 2:7 - 32
- Burns, D. (1980). *Sentirse bien*. España: Ediciones Paidós.
- Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano (1995). Lima: Colegio de Psicólogos del Perú.
- Coleman, P., Boswell, K., Etzkorn, K., Turnwald, R. (2017). *Women Who Suffered Emotionally from Abortion: A Qualitative Synthesis of Their Experiences*. Journal of American Physicians and Surgeons, Vol. 22, pp. 113 – 118. Recuperado de <http://www.jpands.org/vol22no4/coleman.pdf>
- Comisión de Constitución y Reglamento (2015). *Dictamen recaído en el Proyecto de Ley 3839/2014-IC, que propone la despenalización del aborto en los casos de embarazo por violación sexual, inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentidas*. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/5D8A148B7299CF2205257FD3005C9F1A/\\$FILE/Constitucion_3839-2014-IC_Archivo.Negativo.Mayoria.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/5D8A148B7299CF2205257FD3005C9F1A/$FILE/Constitucion_3839-2014-IC_Archivo.Negativo.Mayoria.pdf)

- Comité de Bioética de España (04 de abril de 2014). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada*, p. 8
- Constitución Política del Perú. (2019). Ministerio de Justicia y Derechos humanos. Art. 1, art. 2 (1). Ed. 13, pp. 41 – 42
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (art. 4), Adoptada: San José, Costa Rica, 22/11/1969. *Decreto Ley 22231, 11/7/1978*. En vigor para el Perú: 28/07/1978. D.L. 2223
- Convención sobre los Derechos del Niño (art. 6). Adoptada: Lima 20/11/1989. *Resolución Legislativa 25278, 03/08/1990*. En vigor para el Perú: 04/10/1990
- Declaración Americana de los Derechos humanos. (art.1). Adoptada: París 10/12/1948. *Resolución Legislativa 13282, 09/12/1959*
- Declaración Universal de los Derechos humanos. (art. 3). Adoptada: París 10/12/1948. *Resolución Legislativa 13282, 09/12/1959*
- Declaración Universal de los Derechos del Niño. (Principio 4), Adoptada: Nueva York 20/11/1959. *Resolución aprobada por la Asamblea General de la ONU*.
- Ellis, A. (15 de agosto de 1988). *Bases filosóficas de la Terapia Racional – Emotiva conductual (TREC)*. 96ª Convención anual de la American Psychological Association. Georgia. USA.
- Ellis, A. (1994). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona, España: Editorial Espasa.
- Escurre, L. (1988). *Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces*. Pontificia Universidad católica del Perú, pp. 103 – 111
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- García, J. (2013). *Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas*. Cuadernos de Bioética XXIV. (1), pp. 67 - 68
- Giussani, L. (1987). *El sentido religioso*. Madrid, España: Ediciones Encuentro.

- Gómez C, Zapata R. (2005). *Categorización diagnóstica del síndrome post aborto*. Actas Españolas de Psiquiatría, 33 (4), pp. 267 – 272
- Gómez C, Zapata R. (2012). *El síndrome post aborto. Congreso Mundial de las Familias*. Recuperado de <http://congresomundial.es/wp-content/uploads/Carmen-GLCongreso-Mundial-de-las-Familias-El-s%C3%ADndrome-Postaborto-2.pdf>
- Göpel, C. (09 de agosto de 2018). *Senado Argentino rechaza proyecto de despenalización del aborto*. La Tercera, Recuperado de <https://www.latercera.com/mundo/noticia/senado-argentino-rechaza-proyecto-despenalizacion-del-aborto/275127/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc GRAW-HILL/Interamericana Editores.
- Hernández, JM., Aznar, I. y Echevarría, P. (2017). *Hablan las madres. La parte menos contada del aborto voluntario*. Cuadernos de Bioética XXVIII (1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/875/87550119005.pdf>
- Instituto de Rehabilitación de la Mujer y la familia, A.C., IRMA. (2017). *Datos estadísticos sobre la vulnerabilidad de las mujeres al vivir un aborto inducido*. Recuperado de <http://www.irma.org.mx/docs/estadisticas.pdf>
- Juan Pablo II (1995). *Evangelium Vitae*. Recuperado de http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.pdf
- Instituto Nacional Materno Perinatal (2010). Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. p.11.
- Lega, L., Caballo, V., Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo – conductual*. Madrid, España: Editorial Siglo XXI.
- Lejeune, J. (1986). *En el comienzo, la vida. Conferencias inéditas (1968 – 1992)*. Conferencia: concepción y gen –ética [1986]. Fundación Jérôme Lejeune. Madrid, España: Biblioteca de Autores Cristianos.
- López- Moratalla, N. (2012). *¿cómo cambia el cerebro un aborto inducido?* . Cuadernos de bioética XXIII, (2), pp. 567 – 568. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2012/23/78/565.pdf>
- López- Moratalla, N., Santiago, E. y Herranz, G. (2011). *Inicio de la vida de cada ser humano. ¿Qué hace humano el cuerpo del hombre?* . Cuadernos de bioética, vol XXII, (2), pp. 283 – 308, Murcia, España.

- Millán M.A. (2015). “*Non omnis moriar*” (*no moriré del todo*) *ser y vida es Dios*. tesis doctoral Universidad católica de Murcia. Recuperado de <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1261/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Monge, F. (1995). El Estatuto Ontológico del embrión humano en base a los datos biológicos. Cuadernos de Bioética. 1, pp. 10 -22.
- Munk- Olsen, T., Laursen, T.M., Pedersen, C.B., Lidegaard, Ø. y Mortensen, PB. (2011). *Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder*. The New England journal of medicine; 364:332-339. DOI: 10.1056/NEJMoa0905882
- Organización de las Naciones Unidas, ONU. (2017). *Comité de la ONU recomienda a El Salvador legalizar el aborto en ciertos casos*. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2017/03/1374871>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=C493B5C0BC956FC9608579A059D7F62B?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2017). *Comunicado de prensa conjunto de la OMS y el Instituto Guttmacher*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Derogación del aborto terapéutico en Nicaragua: Impacto en salud*. Recuperado de https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-la-mujer-y-salud-sexual-reproductiva&alias=121-derogacion-del-aborto-terapeutico-en-nicaragua-impacto-en-salud&Itemid=235
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 6). Adoptada: Nueva York 16/12/1966. Internacionalmente en vigor desde 23/03/1976. *Decreto Ley 22128, publicado 29/03/1978*. En vigor para el Perú desde 28/07/1978.
- Planned Parenthood (2018). *Expectativas luego de realizar un aborto en una clínica*. Recuperado de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/aborto/abortos-realizados-en-una-clinica/que-puedo-esperar-despues-de-haberme-realizado-un-aborto-en-una->
- Ratzinger, J., discurso del 12 de febrero 2007, *Congreso Internacional sobre la ley moral natural*. Recuperado de http://www.vatican.va/content/benedict-xvi/es/speeches/2007/february/documents/hf_ben-xvi_spe_20070212_pul.html

- Ratzinger, J. (1985). *Informe sobre la fe*. Recuperado de https://mercaba.org/ARTICULOS/I/informe_sobre_la_fe_card_joseph.htm#CAP%C3%8DTULO%20VIII
- Real Academia Española, RAE. (2016). *Diccionario del español jurídico*. Recuperado de <https://dej.rae.es/lema/aborto>
- Reardon D. C. (2018). *The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities*. SAGE open medicine, 6, 2050312118807624. doi:10.1177/2050312118807624
- Ricoeur, P. (2006). *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido*. México D.F.: Editorial Siglo XXI.
- Rue, V. (1981). "Abortion and Family Relations," testimony before the Subcommittee on the Constitution of the US Senate Judiciary Committee, U.S. Senate, 97th Congress, Washington, DC.
- Salomón, L. (2005). *Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado – Instituto especializado materno perinatal*. Perú. tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Sedgh, G.; Bearak, J.; Singh, S.; Bankole, A.; Popinchalk, A.; Ganatra, B. (2016). *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*. The Lancet, vol. (388), pp. 258 – 267. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/fulltext)
- Seifert, J. (2002). *Dignidad humana: dimensiones y fuentes de la persona humana. Actas del III Simposio Internacional fe cristiana y cultura contemporánea Idea Cristiana del hombre*. Universidad de Navarra, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10171/2597>
- Siurana, JC. (2010). *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*. Veritas. 22, pp. 121 - 157
- Sullins, D. P. (2016). *Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: thirteen-year longitudinal evidence from the United States*. SAGE Open Medicine, 4. <https://doi.org/10.1177/2050312116665997>
- Universidad Católica Sedes Sapientiae (2015). *Reglamento de tesis*. Lima.

Vilarroig, J. (2015). *Dignidad personal: aclaraciones conceptuales y fundamentación*. Quien 2, pp. 49-63.

ANEXOS

Anexo A

Tabla 4.

Evaluación de validez de contenido de la guía de entrevista Experiencia de ser madre después un aborto consentido: una perspectiva bioética

| Ítem | Claridad | | | | | | | | Coherencia | | | | | | | |
|-------|----------|----|----|----|----|----|----|-------|------------|----|----|----|----|----|----|-------|
| | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | Total | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | Total |
| 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1.00 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1.00 |
| 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1.00 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1.00 |
| 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 0.96 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1.00 |
| 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 0.93 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1.00 |
| 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1.00 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1.00 |
| 6 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 0.96 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0.96 |
| 7 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 0.89 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0.96 |
| Total | 0.96 | | | | | | | | 0.99 | | | | | | | |

Fuente: elaboración propia. (2020).

Anexo B
Consentimiento Informado

Estimado(a) participante:

- El presente documento, es para invitarle a participar voluntariamente de una investigación en bioética y bioderecho para la elaboración de tesis, con la finalidad de evaluar las consecuencias del aborto a partir de la narración de su experiencia.

En cuanto a su participación esta será a través de una entrevista, la cual será:

- Voluntaria: Puede participar respondiendo a todas las preguntas o negarse a contestar alguna de ellas o retirar por completo su participación sin sanción alguna.

- Anónima y confidencial: Los datos obtenidos no serán reveladas y evitarán mostrar su identificación, dicha información se mantendrá en reserva y serán de uso exclusivo para la investigación, accediendo sólo a ella el asesor de investigación y mi persona.

Su participación es de gran importancia, pues beneficiará y aportará a nuevos estudios y/o proyectos en favor de la vida, ya que los resultados serán publicados en artículos de base científica. Es por ello, que antes de firmar el presente documento, usted tiene derecho a preguntar sobre los puntos que no le hayan sido claros incluyendo el desarrollo ético del estudio.

Desde ya agradezco su participación

Acepto participar voluntariamente en el estudio, según lo descrito líneas arriba.

Firma Participante

Firma Investigador