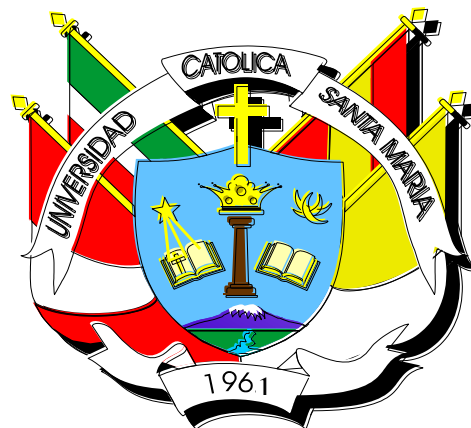


**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
ESCUELA DE POST GRADO**

**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES  
QUE HAN SUFRIDO UN EVENTO TRAUMÁTICO Y LAS QUE  
HAN TENIDO UN ABORTO PROVOCADO. 2007-2008**

**TESIS PRESENTADA POR LA MAGISTER:**

**FANY CIRALENA RAMOS VERA.**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

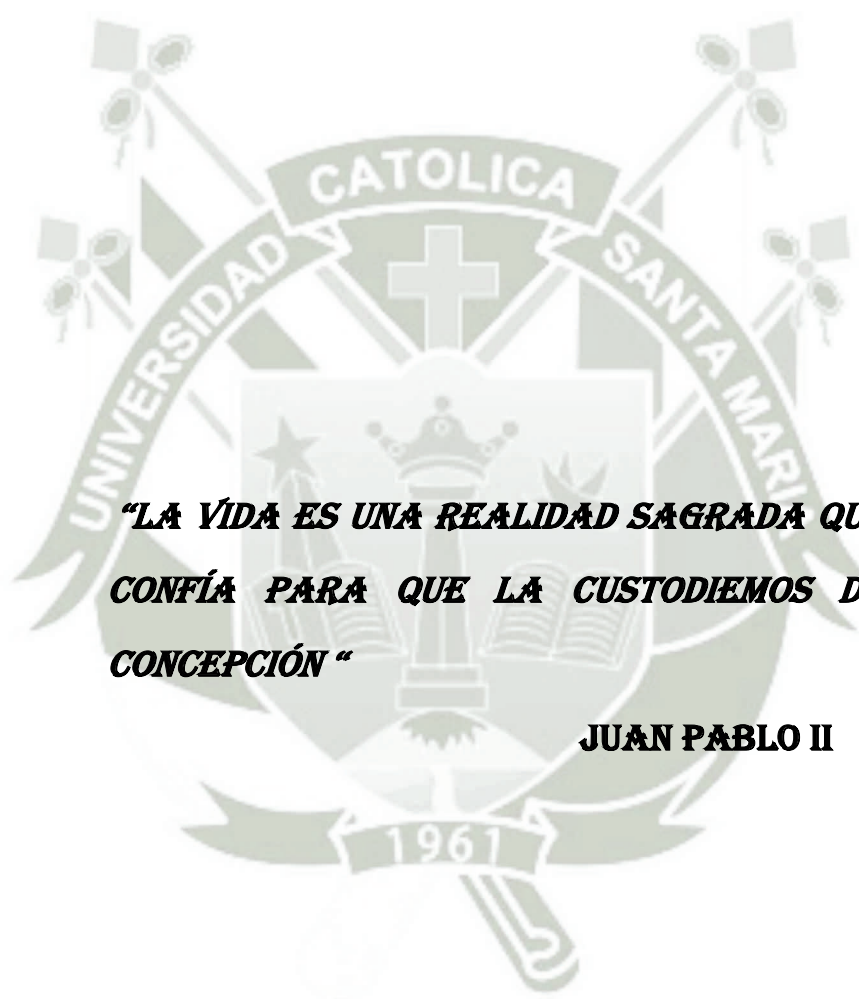
**AREQUIPA-PERU 2009**

## **DEDICATORIA**

**A MIS PADRES ALBERTO Y TERESA, A MIS HERMANOS  
MARIELA, NORKA, MAURICIO Y MERCEDES,  
POR SU EJEMPLO Y AMOR INCONDICIONAL.**

**A MI ESPOSO DANTE, POR SER MÍ GRAN APOYO**

**A MIS HIJOS JOSÉ ALBERTO Y JOSÉ EDUARDO,  
LOS ARTÍFICES DE MI FUERZA.**



***“LA VIDA ES UNA REALIDAD SAGRADA QUE SE NOS  
CONFÍA PARA QUE LA CUSTODIEMOS DESDE SU  
CONCEPCIÓN “***

**JUAN PABLO II**

## INDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>05</b>
<b>SUMMARY. ....</b>	<b>07</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>09</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>34</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>44</b>
<b>SUGERENCIAS.....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo Nro 1: Proyecto de investigación. ....</b>	<b>57</b>
<b>Anexo Nro 2: Propuestas de Intervención.....</b>	<b>108</b>
<b>Anexo Nro 3: Testimonios.....</b>	<b>124</b>
<b>Anexo Nro 4: Matrices. ....</b>	<b>125</b>

## RESUMEN

La presente investigación tuvo el propósito de determinar que el aborto provocado es una situación de estrés por la que pasan aquellas mujeres que se sometieron a este procedimiento voluntariamente y que produce una patología psiquiátrica denominada Trastorno por Estrés Postraumático. Los hallazgos obtenidos han permitido contrastar el marco teórico, en el que se sustenta, cómo es que influye un evento traumático en la salud mental de la mujer que se ha visto expuesta a éste. Los eventos que se han evaluado en el presente trabajo han sido:

1. El terremoto/tsunami en la ciudad de Arequipa, Camaná y Moquegua ocurrido en Junio del año 2001.
2. Violencia física y psicológica en las mujeres que han sido agredidas y denunciaron en las comisarías de la ciudad de Arequipa.
3. Conflicto armado interno (Moqueguanazo) en la ciudad de Moquegua en el año 2008 entre la policía nacional y la población.
4. Aborto provocado (Arequipa), éste último motivo de la investigación, en mujeres que se sometieron voluntariamente a éste procedimiento.
5. Se ha considerado una población de mujeres para el grupo que representa a la población que no ha estado expuesta a ningún evento traumático ni ha tenido un aborto provocado.

La población asignada ha sido de 96 mujeres para cada variable presentada. Para el caso de conflicto armado se ha considerado el total de la población afectada que corresponde a 23 mujeres policías las que fueron secuestradas.

El estudio fue trasversal, descriptivo y observacional. El instrumento de medición ha sido la Escala de Trauma de Davidson (DTS) auto administrada para evaluar Trastorno por Stress Postraumático. Los datos se procesaron mediante los estadísticos de Chi<sup>2</sup> de Pearson y Análisis de Varianza, siendo los resultados con el 99% de confianza, como se menciona a continuación

1. El grupo de edad que ha predominado ha sido de 26 a 44 años, de las mujeres que han estado expuestas a los cuatro eventos.

2. El estado civil, ha tenido un predominio significativo el de casada, en todos los eventos estudiados.
3. La frecuencia del Trastorno por Estrés Postraumático ha sido altamente significativa en los cuatro grupos de estudio, con un Chi cuadrado ( $X^2$ ) de 256.65, presentándose con un nivel bajo (a veces) en el 91.7% para el grupo de desastre natural y 39.1% para el de conflicto armado. En los grupos de violencia y aborto provocado, el nivel de frecuencia del TEPT es regular (se presenta la sintomatología 2 – 3 veces por semana). En el grupo que no ha estado expuesto a un evento traumático ni a aborto provocado no se presenta TEPT.
4. La gravedad del Trastorno por Estrés Postraumático se presenta con diferencias estadísticas significativas al nivel del 1% y con un Chi cuadrado ( $X^2$ ) de 267.06 que traduce una gravedad leve en las mujeres que han estado en el terremoto/tsunami (94.8%) así como en el grupo de violencia(50%) . Se tiene una gravedad moderada en las mujeres que han estado en el conflicto armado (56.5%) y en las que han tenido un aborto provocado (79.2%).
5. En el caso del grupo que no ha estado expuesto a un evento traumático, no ha presentado trastorno por estrés postraumático.

**Palabras claves:**

Trastorno por estrés postraumático, Aborto provocado, Evento traumático, Violencia física y psicológica, Conflicto armado interno, Terremoto/Tsunami, Violencia física y psicológica, Test de Evaluación de Davidson.

## SUMMARY

The present investigation had the purpose of determining that the induced miscarriage is an estrés situation for which those women that underwent this procedure voluntarily happen and that it produces a pathology psychiatric denominated Dysfunction for Estrés Postraumático. The obtained discoveries have allowed to contrast the theoretical mark, in which is sustained, how it is that it influences a traumatic event in the woman's mental health that has been exposed to this. The events that have been evaluated work presently have been:

1. the terremoto/tsunami in the city of Arequipa, Camaná and Moquegua happened in June of the year 2001.
2. physical and psychological violence in the women that have been attacked and they denounced in the police stations of the city of Arequipa.
3. internal armed conflict (Moqueguanazo) in the city of Moquegua in the year 2008 between the national police and the population.
4. induced miscarriage (Arequipa), this last reason of the investigation, in women that underwent this voluntarily procedure.
5. it has been considered a population of women for the group that represents the population that has not been exposed to any traumatic event neither he/she has had an induced miscarriage.

The assigned population has belonged to 96 women for each presented variable. For the case of armed conflict it has been considered the affected population's total that it corresponds 23 women policemen those that were kidnapped.

The study was trasversal, descriptive and observational. The mensuration instrument has been the Scale of Trauma of Davidson (DTS) car administered to evaluate Dysfunction for Stress Postraumático. The data were processed by means of the statistical of Chi<sup>2</sup> of Pearson and Analysis of Variance, being the results with 99% of trust, like he/she mentions himself next

1. the age group that has prevailed has been from 26 to 44 years, of the women that have been exposed to the four events.
2. the civil state, he/she has had a significant prevalence the one of married, in all the studied events.

3. the frequency of the Dysfunction for Estrés Postraumático has been highly significant in the four study groups, with a square Chi (X<sup>2</sup>) of 256.65, being presented with a low level (sometimes) in 91.7% for the group of natural disaster and 39.1% for that of armed conflict. In the groups of violence and induced miscarriage, the level of frequency of the TEPT is to regulate (the sintomatología is presented 2 - 3 times per week). In the group that has not been exposed to a traumatic event neither induced miscarriage TEPT is not presented.
4. the graveness of the Dysfunction for Estrés Postraumático is presented with significant statistical differences at the level of 1% and with a square Chi (X<sup>2</sup>) of 267.06 that he/she translates a light graveness in the women that have been in the terremoto/tsunami (94.8%) as well as in the group of violencia(50%). One has a graveness moderated in the women that have been in the armed conflict (56.5%) and in those that have had an induced miscarriage (79.2%).
5. in the case of the group that has not been exposed to a traumatic event, it has not presented dysfunction for estrés postraumático.

**Key words:**

I overturn for estrés postraumático, Induced miscarriage, traumatic Event, physical and psychological Violence, internal armed Conflict, Terremoto/Tsunami, physical and psychological Violence, Test of Evaluation of Davidson.

## INTRODUCCION

La mujer tiene su misión en distintas dimensiones, como esposa, madre, soltera o consagrada, y tanto mediante los valores que presentan como de sus actitudes y comportamientos cotidianos que entregan, pueden promover personas, grupos y sociedades centrados en la verdad, el amor y el respeto a la vida, personas humanas preparadas para enfrentar los retos del milenio. La necesidad de abordar el tema que se presenta en esta investigación, es precisamente porque compromete a la mujer en todos sus aspectos, dado que tiene que cumplir con sus funciones a pesar de vivir con las secuelas que deja el haber estado expuesta a un evento traumático. Por esta razón se han considerado eventos traumáticos como el terremoto/tsunami, el conflicto armado interno, la violencia física y psicológica así como el aborto provocado como situaciones estresantes que producen trastorno por estrés postraumático (TEPT), las que deben ser estudiadas para establecer estrategias que permitan minimizar o anular los efectos dañinos que producen.

De mi quehacer profesional he guardado muchas experiencias satisfactorias, pero también, de los años de trabajo en contacto directo y permanente con la mujer, con la madre, han quedado preocupaciones por las situaciones por la que está viviendo. Algunos de ellos, son socialmente aceptados como parte de la globalización en la que vivimos y sin saber, consentimos, los efectos dañinos que producen y que llegan a deteriorar realmente la salud de las mujeres que lo han padecido, sin que realmente se conozca la magnitud del problema y las consecuencias que deterioran además de su estado emocional, la relación de pareja, la vivencia con los hijos, la estabilidad familiar y su entorno, el aspecto social.

Consciente de lo complejo y delicado del asunto, lo abordé convencida de que muchos de quienes lean ésta investigación no se identificarán con algunos de mis puntos de vista; de lo que se trata es de adelantar con franqueza y honestidad, un sereno análisis de tan espinoso tema, el aborto provocado, respaldado por mi experiencia profesional en el tema y por atentas reflexiones ético-médicas. Para quienes ejercemos la carrera de salud, en especial la ginecología y la obstetricia, el embarazo indeseado y todos los conflictos que de él se deriva tienen connotaciones

particularmente humanas que nos colocan en la situación de privilegio para analizar con autoridad el tema.

Siendo el aborto la primera causa de morbilidad en nuestros hospitales locales, es difícil de controlar, identificar y registrar por las siguientes causas:

1. No se tiene un registro real de la incidencia y prevalencia de los casos de aborto provocado, todos son clandestinos
2. No existe una valoración médica sistemática de las pacientes, después de haberse practicado el aborto.
3. Las mujeres que han consentido abortar no permiten un seguimiento ni control profesional de su estado físico y psico-emocional.
4. La mujer que ha abortado intencionalmente no desea hablar de lo sucedido.

Considerando pues, el aborto provocado un problema de salud pública, he visto la necesidad de abordarlo para demostrar que es un suceso traumático que puede determinar trastorno por estrés postraumático, dañando la salud mental de las mujeres que se someten a este procedimiento. Dichas manifestaciones han sido conocidas y evaluadas en las mujeres que han aceptado participar de la investigación y acuden a Proyecto Esperanza para su rehabilitación emocional y espiritual. Se han considerado 96 mujeres, como muestra para el estudio.

La provincia de Arequipa está ubicada en la cadena volcánica, lo que expone a la población a movimientos telúricos que en mayor o menor escala alarman a sus habitantes. El último movimiento telúrico y uno de los más violentos que se ha tenido fue el ocurrido el 23 de junio del 2001, en el que se afectaron también la provincia de Camaná y el departamento de Moquegua, lugares en los que la población ha sido evaluada y seleccionada para la muestra de estudio.

Nuestro país se ha visto convulsionado por la violencia terrorista durante los años 1980-2000, afectándose en esta etapa la salud y vida de muchos peruanos que directa e indirectamente sobrevivieron a ése evento. También somos testigos del incremento de violencia que ha alcanzado a la misma población que hace justicia por sus propias

manos. Como es que la Policía Nacional en el cumplimiento de sus funciones de velar por la seguridad de la población, se vé imposibilitada de defenderla, frente al vandalismo y desorden que impera cuando de “reclamar derechos de la población “se trata. Es así que tanto los agresores, como los agredidos y presentes en el conflicto terminan siendo víctimas. En nuestra investigación, se consideró a las 23 policías femeninas que estuvieron secuestradas en el conflicto armado denominado “moqueguanazo” y que presentan trastorno por estrés postraumático. Después de haber estado secuestradas en el conflicto, ha quedado afectado su desempeño laboral y su situación familiar.

La violencia contra la mujer es quizás la más vergonzosa violación de los derechos humanos. No conoce límites geográficos, culturales o de riquezas. Mientras continúe, no podremos afirmar que hemos realmente avanzado hacia la igualdad, el desarrollo y la paz."

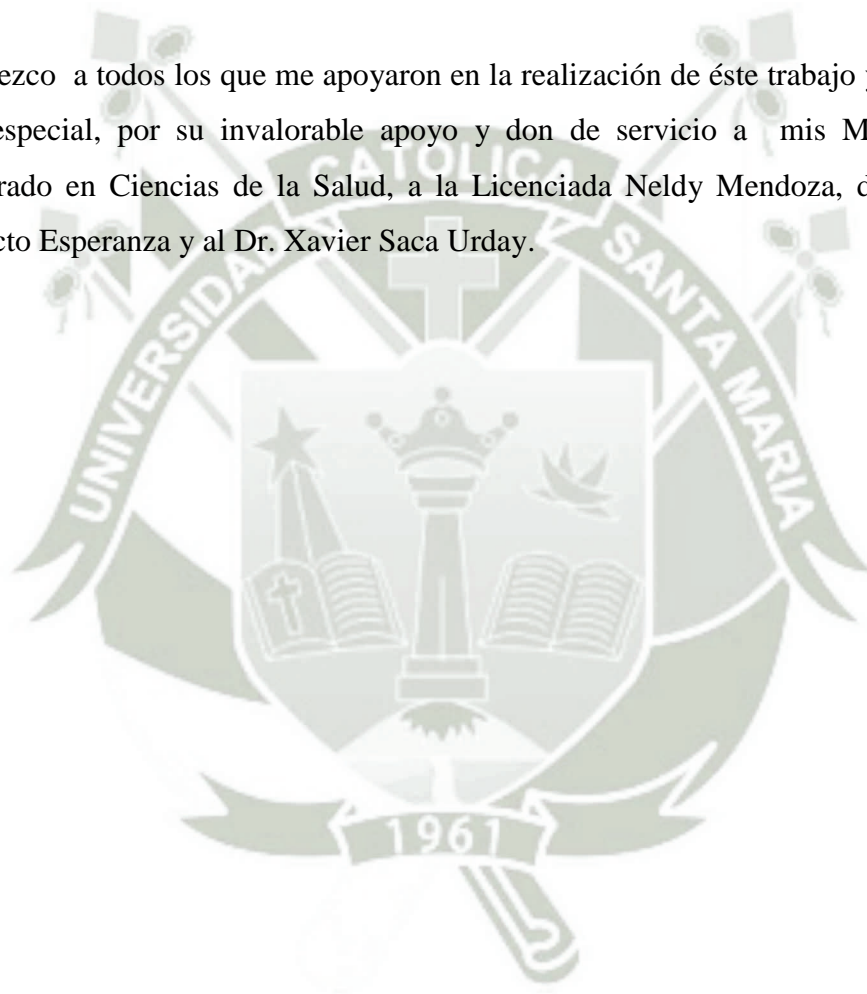
La provincia de Arequipa actualmente ocupa el segundo lugar a nivel nacional de casos de violencia física y psicológica que generalmente denuncian las mujeres al ser agredidas por sus parejas, denuncia que se registran en las áreas de familia, además se ha entrevistado a las mujeres que acuden a la Casa de Refugio Temporal Hogar de Maria y a la Casa de la Mujer completando la muestra de 96 mujeres expuestas a este evento traumático.

El Doctorado en Ciencias de la Salud me ha permitido ampliar grandemente el horizonte social en el que la mujer se desenvuelve y me he dado cuenta de la importancia y la urgente necesidad de una participación multidisciplinaria para abordar el tema del TEPT; me atrevo a asegurar que una de las mejores estrategias para solucionar el problemas social en el que se ha convertido especialmente la violencia y el aborto provocado, es básicamente la información y la educación integral a todo nivel. Por este motivo, esperamos que el presente estudio motive la realización de otros trabajos que permitan profundizar y ampliar resultados para hallar soluciones concretas y efectivas.

En el presente documento describimos resultados en forma sistematizada con las correspondientes tablas y su interpretación así como los materiales y métodos utilizados; en el acápite de conclusiones y .discusión hacemos el comentario que va a permitir sustentar y justificar el trabajo presentado.

Se anexa el Proyecto de la tesis, además de las propuestas de intervención con el objeto de sugerir una alternativa de impacto considerando la persona y la familia como principales actores en la solución a tan grande problema de salud pública.

Agradezco a todos los que me apoyaron en la realización de éste trabajo y en forma muy especial, por su invaluable apoyo y don de servicio a mis Maestros del Doctorado en Ciencias de la Salud, a la Licenciada Neldy Mendoza, directora de Proyecto Esperanza y al Dr. Xavier Saca Urday.





# RESULTADOS.

**TABLA N° 1**

**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LAS MUJERES EN ESTUDIO**

GRUPO DE EDADES	DESASTRE NATURAL		CONFLICTO ARMADO		VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA.		ABORTO PROVOCADO		SIN TEPT.	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
16 – 25	21	21.9	6	26.1	14	14.6	46	50.0	18	18.8
26 – 44	57	59.3	17	73.9	65	67.7	37	36.5	52	54.2
45 - 68	18	18.8	0	0.0	17	17.7	13	13.5	26	27.0
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Fuente: Matriz de sistematización de datos

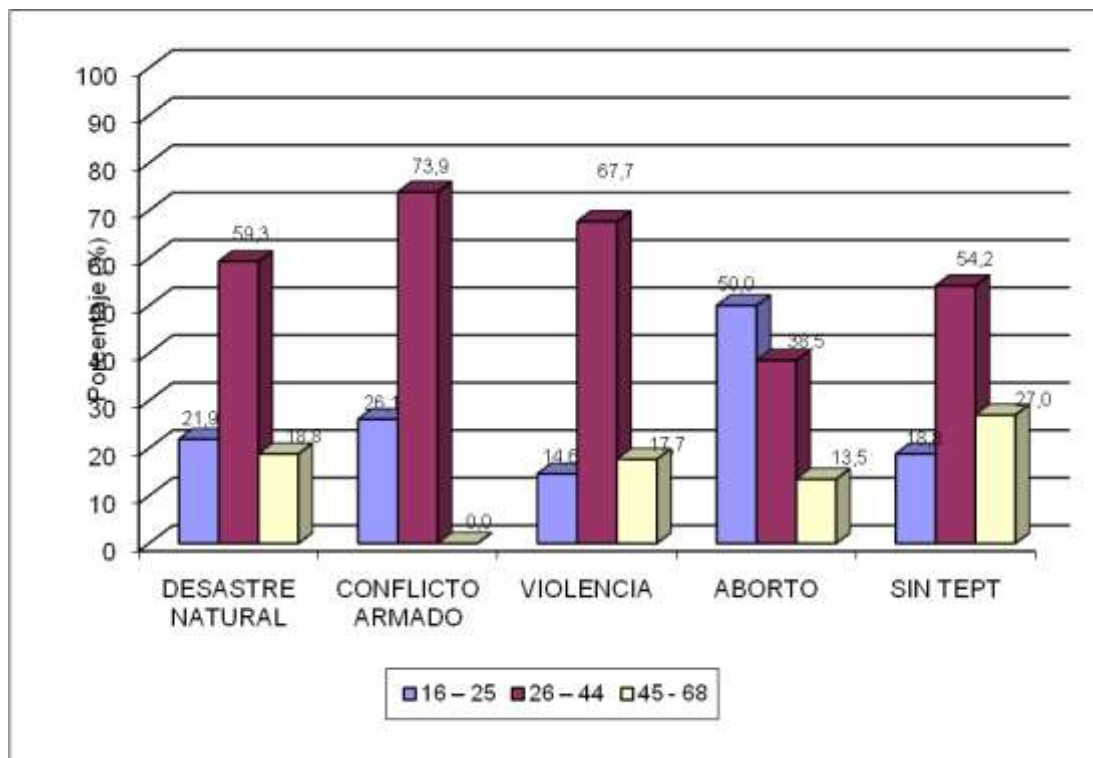
$X^2=43.98$	$P<0.01$
-------------	----------

Según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2=43.98$ ) se aprecia que la edad de las mujeres que estuvieron en los eventos traumáticos presentaron diferencias estadísticas significativas al nivel del 1%. Asimismo se observa que la mayoría de la población en estudio se ubican en el grupo de edad de 26 a 44 años, de las cuales el 59.3% estuvieron expuestas a un desastre natural, el 73.9% fueron parte de un conflicto armado, el 67.7% fueron sometidas a maltrato físico/psicológico y el 36.5% de mujeres entre estas edades se sometieron a un aborto provocado.

El grupo sin trastorno por estrés postraumático tiene la misma característica, por lo que es también el mayor porcentaje (54.2%) que se encuentra entre 26 y 44 años

### GRÁFICO N° 1

#### DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LAS MUJERES EN ESTUDIO



**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL PARA LAS MUJERES EN ESTUDIO.**

ESTADO CIVIL	DESASTRE NATURAL		CONFLICTO ARMADO		VIOLENCIA FÍSICO Y PSICOLOGICA		ABORTO PROVOCADO		SIN TEPT	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Soltera	26	27.2	8	34.8	16	16.7	27	28.1	24	25.0
Casada	63	65.6	15	65.2	46	47.9	55	57.3	32	33.3
Divorciado	1	1.0	0	0.0	9	9.4	8	8.3	4	4.2
Conviviente	5	5.2	0	0.0	25	26.0	6	6.3	29	30.2
Viuda	1	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	7.3
<b>TOTAL</b>	96	100	23	100	96	100	96	100	96	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos

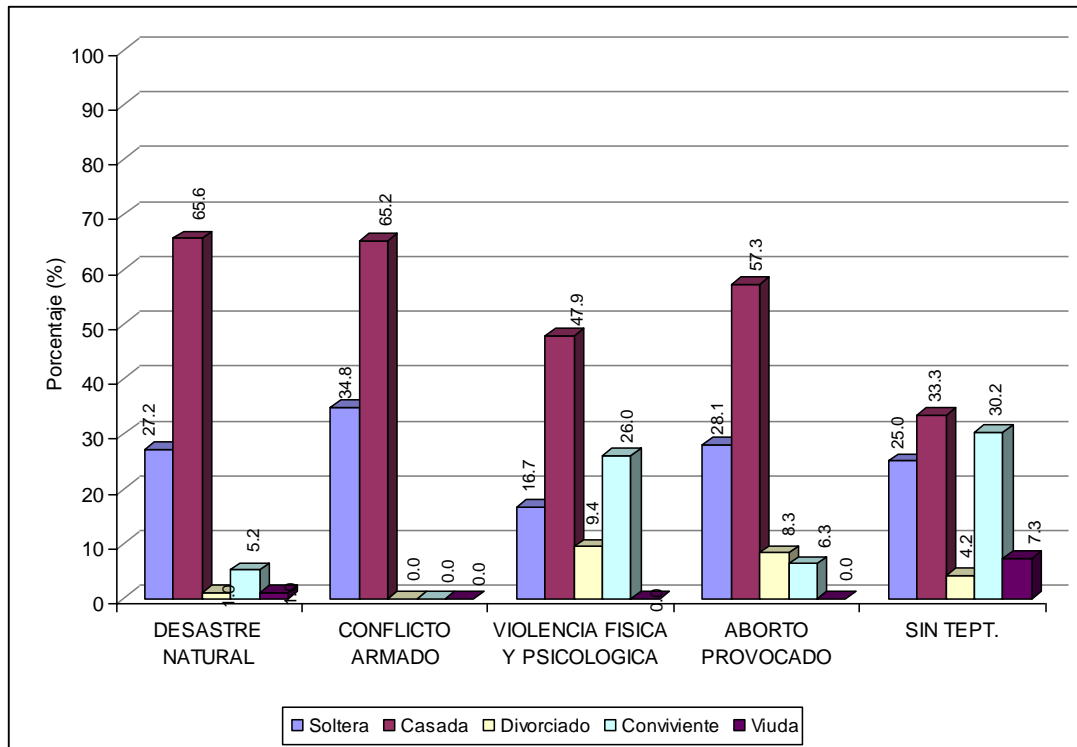
$X^2=77.92$	$P<0.01$
-------------	----------

Según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2=77.92$ ) se aprecia que el estado civil de las mujeres en los eventos postraumáticos presento diferencias estadísticas significativas al nivel del 1%. Asimismo se observa que la mayoría de la población en estudio eran casadas, de las cuales el 65.6% estuvieron expuestas a un desastre natural, el 65.2% fueron parte de un conflicto armado, el 47.9% fueron sometidas a maltrato físico/psicológico y el 57.3% de mujeres con este estado civil se sometieron a un aborto provocado.

El grupo que no estuvo expuesto a un evento traumático, es similar y presentan el 33.3% de su población con el estado civil de casada

**GRÁFICO N° 2**

**DISTRIBUCION DEL ESTADO CIVIL PARA LAS MUJERES EN ESTUDIO.**



**TABLA N° 3**

**FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
SEGÚN EL EVENTO TRAUMÁTICO EN  
LAS MUJERES DEL ESTUDIO.**

NIVEL DE FRECUENCIA	DESASTRE NATURAL		CONFLICTO ARMADO		VIOLENCIA		ABORTO		SIN TEPT	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Nunca (Ninguno)	2	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.1
A veces (Bajo)	88	91.7	9	39.1	40	41.6	10	10.4	94	97.9
2-3 veces (Regular)	6	6.3	6	26.1	47	49.0	67	69.8	0	0.0
4-6 veces (Alto)	0	0.0	7	30.4	9	9.4	19	19.8	0	0.0
A diario (Muy alto)	0	0.0	1	4.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>TOTAL</b>	96	100	23	100	96	100	96	100	96	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos

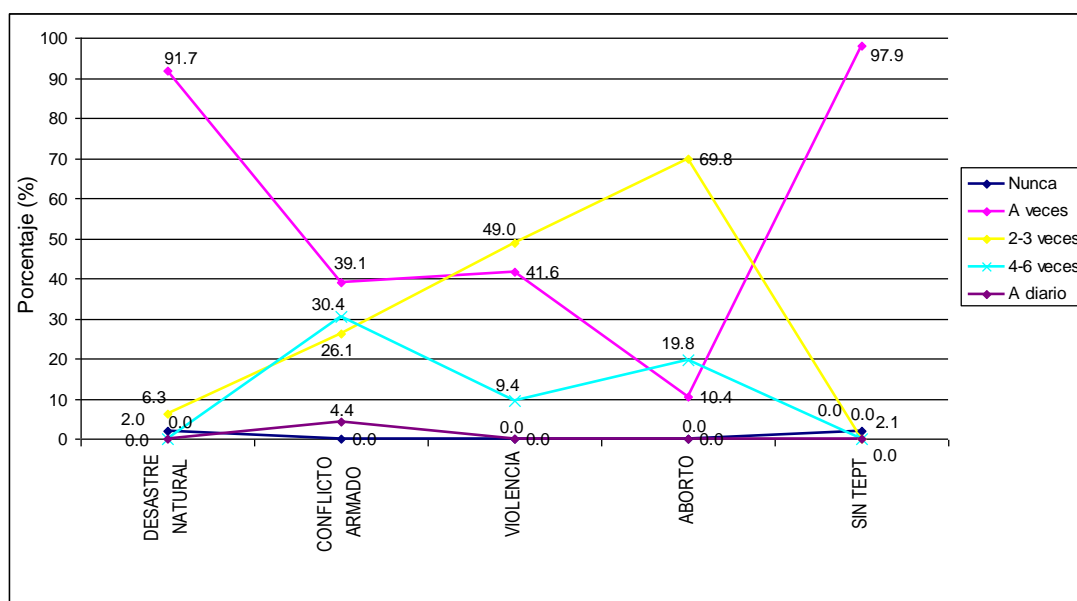
$X^2=256.65$	$P<0.01$
--------------	----------

Según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2=256.65$ ) se aprecia que la frecuencia del trastorno por estrés posttraumático en las mujeres que han estado expuestas a los diversos eventos presentó diferencias estadísticas significativas al nivel del 1%. Asimismo se observa que el 91.7% de las mujeres que estuvieron expuestas a un desastre natural presentaron una frecuencia baja (a veces); de la misma manera se observó éste nivel para el 39.1% de las mujeres que fueron parte de un conflicto armado. En las mujeres que fueron sometidas a maltrato físico/psicológico se halló que el 49.0% de ellas presentan un nivel de frecuencia regular (2 a 3 veces) del TEPT. Con respecto a las mujeres que se sometieron a un aborto provocado el 69.8% de ellas se encuentran ubicadas en la frecuencia regular (2 a 3 veces).

Respecto el grupo que no ha estado expuesto a ningún evento traumático, es el 97.9% de la población que tiene un frecuencia baja de estrés, no presentando TEPT

GRÁFICO N° 3

FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
SEGÚN EL EVENTO TRAUMÁTICO EN  
LAS MUJERES DEL ESTUDIO.



**TABLA N°. 4**

**GRAVEDAD DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN  
EL EVENTO TRAUMÁTICO EN LAS MUJERES DEL ESTUDIO.**

GRAVEDAD	DESASTRE NATURAL		CONFLICTO ARMADO		VIOLENCIA FISICA Y PSICOLOGICA		ABORTO PROVOCADO		SIN TEPT	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Ninguna	2	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.1
Leve.	91	94.8	3	13.0	48	50.0	8	8.3	94	97.9
Moderada	3	3.1	13	56.5	42	43.8	76	79.2	0	0.0
Marcada	0	0.0	7	30.5	6	6.2	12	12.5	0	0.0
<b>TOTAL</b>	96	100	23	100	96	100	96	100	96	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

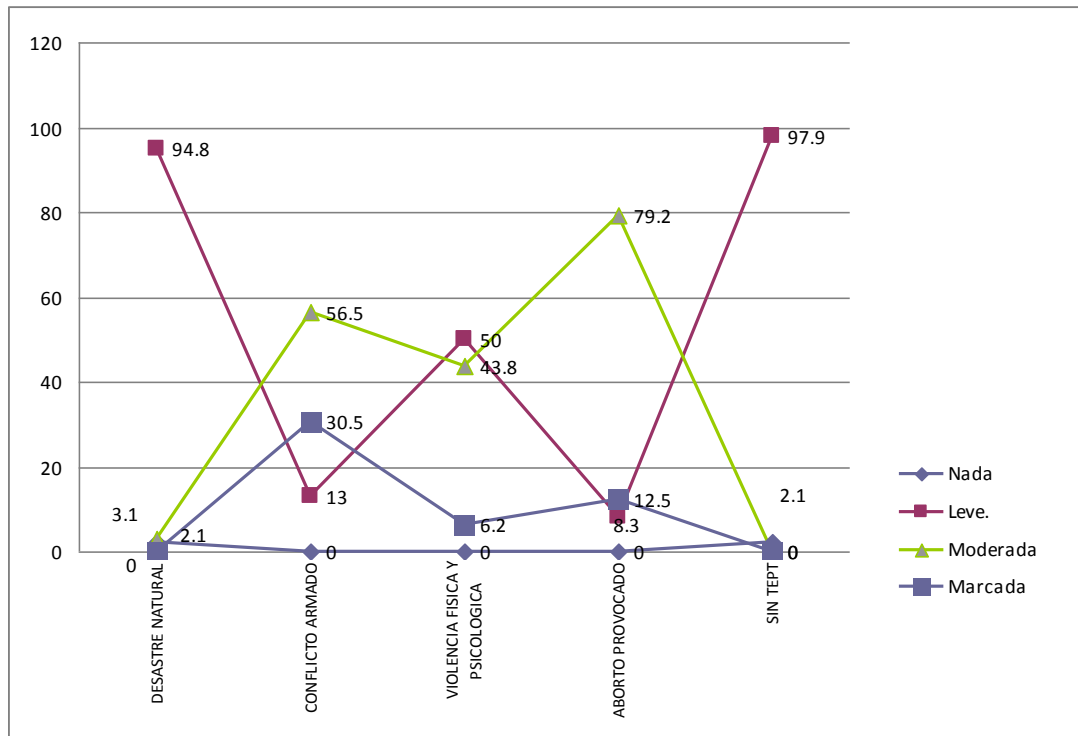
$X^2=267.06$	$P<0.01$
--------------	----------

Según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2=267.06$ ) se aprecia que la gravedad del trastorno por estrés posttraumático en las mujeres de los diversos eventos presento diferencias estadísticas significativas al nivel del 1%. Asimismo se observa que el 94.8% de las mujeres que estuvieron expuestas a un desastre natural presentaron un nivel “leve” de gravedad TEPT; de la misma manera se encontró una gravedad “moderada” de éste trastorno para el 56.5% de las mujeres que fueron parte de un conflicto armado. En las mujeres que fueron sometidas a maltrato físico/psicológico se encontró que el 50.0% y el 43.8% de ellas presentaron gravedad leve y moderada respectivamente de éste cuadro; de las mujeres que fueron sometidas a un aborto provocado fue el 79.2% de ellas que presentaron gravedad “moderada” de TEPT. Es importante indicar que el 12.5% de ellas tuvieron una gravedad marcada.

Respecto el grupo que es no presenta TEPT, fue el 97.9% de la población que tiene un estrés leve

GRÁFICO N.º. 4

**GRAVEDAD DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN  
EL EVENTO TRAUMÁTICO EN  
LAS MUJERES DEL ESTUDIO.**



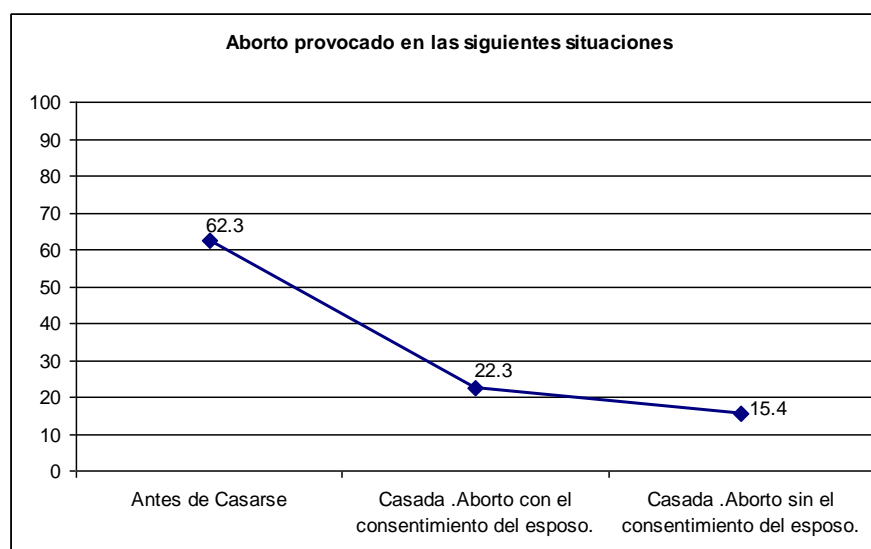
**TABLA NRO 5**

**SITUACIONES QUE SE PRESENTARON RELACIONADAS CON EL CASO DE ABORTO PROVOCADO.**

Aborto provocado en las siguientes situaciones:		Total de participantes.			
		NRO	%	TOTAL	%
Antes de casarse	Hijo de otra pareja.	44	73.3	60	62.3
	Hijo de la pareja con la que se caso. (con consentimiento)	16	26.7		
Casada .Aborto con el consentimiento del esposo.				21	22.3
Casada .Aborto sin el consentimiento del esposo.				15	15.4
<b>TOTAL</b>				<b>96</b>	<b>100</b>

Fuente: Matriz de sistematización.

**GRÁFICO N° 5**



Del total de 96 mujeres expuestas a un aborto provocado es importante el porcentaje de 62.3% de mujeres que han tenido un aborto antes de casarse y mas trascendente aún son los 16 casos (26.7%) en las que el niño abortado es de la misma pareja con la que se casaron.

Del total de casos de aborto provocado, es el 22.3% y el 26.6% (16) en los que la pareja ha participado con conocimiento y consentimiento. Actualmente de éstos, se están tratando 10 casos de varones con TEPT.

**TABLA N° 6**

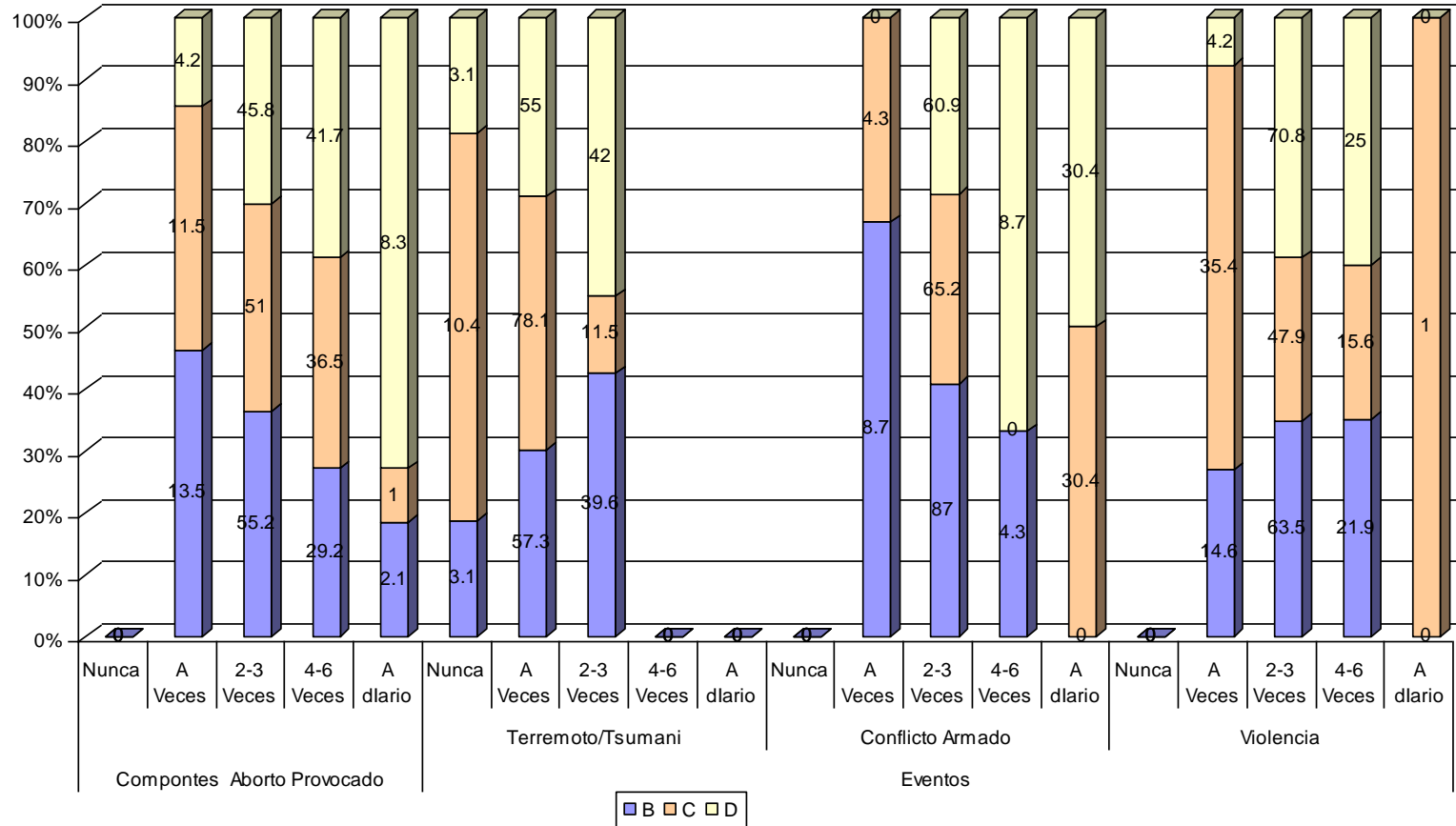
**PORCENTAJES EN LOS NIVEL DE FRECUENCIA DEL TEPT EN LOS COMPONENTES “B” (Reexperimentación persistente) “C” (Evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento) y “D “ (Síntomas persistentes de aumento de la activación arousal ausente antes del trauma) DE LOS DIFERENTES EVENTOS TRAUMÁTICOS.**

NIVEL DE FRECUENCIA	COMPONENTES ABORTO PROVOCADO			EVENTOS TRAUMÁTICOS / COMPONENTES									
				TERREMOTO /TSUNAMI			CONFLICTO ARMADO INTERNO			VIOLENCIA			
	B	C	D	B	C	D	B	C	D	B	C	D	
Nunca (Ninguno)	0	0	0	3.1	10.4	3.1	0.0	0	0	0	0	0	0
A veces (Bajo)	13.5	11.5	4.2	57.3	78.1	55	8.7	4.3	0	14.6	35.4	4.2	
2-3 veces (Regular)	55.2	51.0	45.8	39.6	11.5	42	87.0	65.3	60.9	63.5	47.9	70.8	
4-6 veces (Alto)	29.2	36.5	41.7	0	0	0	4.3	0	8.7	21.9	15.6	25	
A diario (Muy alto)	2.1	1	8.3	0	0	0	0.0	30.4	30.4	0	1.1	0	
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Fuente: Matriz de sistematización

GRÁFICO N° 6

**PORCENTAJES EN LOS NIVEL DE FRECUENCIA DEL TEPT EN LOS COMPONENTES “B” (Reexperimentación persistente) “C” (Evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento) y “D” (Síntomas persistentes de aumento de la activación arousal ausente antes del trauma) DE LOS DIFERENTES EVENTOS TRAUMÁTICOS.**



**Interpretación:**

El componente B, sobre reexperimentación se presenta con mayor frecuencia en un nivel regular (2 – 3 veces) en el evento conflicto armado interno (87%). Además, el evento es reexperimentado a diario en el 2.1% de la población que tuvo aborto provocado, resultando una frecuencia muy alta (a diario). 3.1% de la población no ha presentado ningún tipo de afectación en el evento terremoto y ésta corresponde a la población de Camaná.

Evitación persistente de estímulos asociados con el trauma, corresponde al componente C, y se presenta un nivel bajo (a veces) con mayor frecuencia en el evento terremoto/tsunami con un 78.1%, seguido de un 65.2% correspondiendo a un nivel regular (2.3 veces) en conflicto armado, en este último la frecuencia diaria se presenta en un considerable 30.4%.

D, es el componente sobre persistencia de los síntomas y se presenta en el 70.5% en un nivel de frecuencia regular (2-3 veces por semana) en el evento violencia. En los eventos de aborto provocado como en el de conflicto armado la persistencia en diaria 8.3% y 30.4%, respectivamente, siendo ésta una frecuencia muy alta.

**TABLA N° 7**

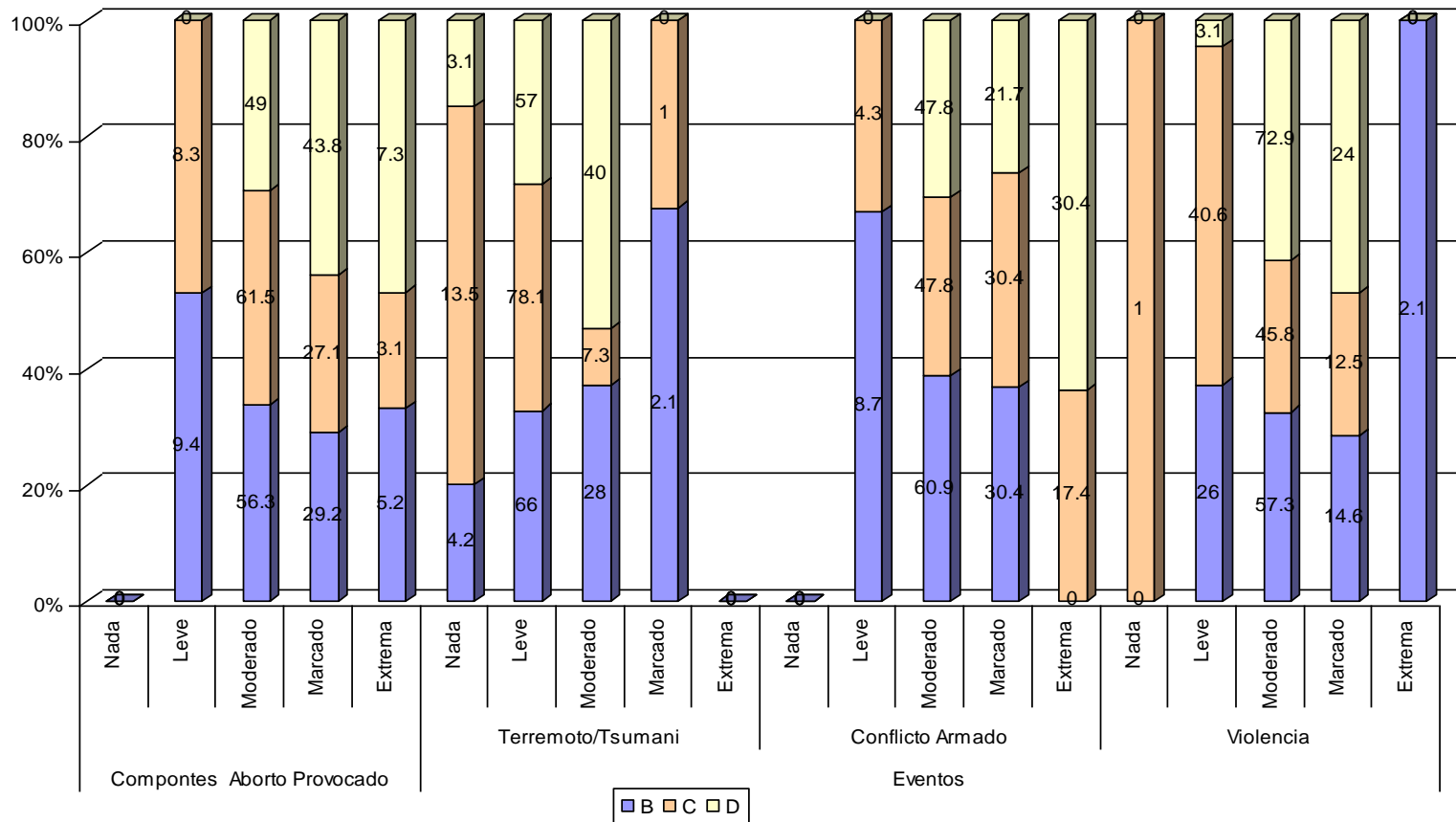
**PORCENTAJES EN LOS NIVEL DE GRAVEDAD DEL TEPT EN LOS COMPONENTES “B” (Reexperimentación persistente) “C” (Evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento) y “D” (Síntomas persistentes de aumento de la activación arousal ausente antes del trauma) DE LOS DIFERENTES EVENTOS TRAUMÁTICOS.**

NIVEL DE GRAVEDAD	COMPONENTES ABORTO PROVOCADO			EVENTOS TRAUMÁTICOS / COMPONENTES								
				TERREMOTO /TSUNAMI			CONFLICTO ARMADO INTERNOS			VIOLENCIA		
	B	C	D	B	C	D	B	C	D	B	C	D
NINGUNA	0	0	0	4.0	13.5	3.0	0	0	0	0	1	0
LEVE	9.4	8.3	0	66	78.1	57	8.7	4.4	0	26	40.6	3.1
MODERADA	56.2	61.5	49	28	7.3	40	60.9	47.8	47.8	57.3	45.8	72.9
MARCADA	29.2	27.1	43.7	2.0	1	0	30.4	30.4	21.7	14.6	12.6	24
EXTREMA	5.2	3.1	7.3	0	0	0	0	17.4	30.5	2.1	0	0
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Matriz de sistematización

## GRÁFICO N° 7

**PORCENTAJES EN LOS NIVEL DE GRAVEDAD DEL TEPT EN LOS COMPONENTES “B” (Reexperimentación persistente) “C” (Evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento) y “D” (Síntomas persistentes de aumento de la activación arousal ausente antes del trauma) DE LOS DIFERENTES EVENTOS TRAUMÁTICOS.**



**Interpretación:**

El nivel de gravedad en el componente “B” (Reexperimentación persistente) es leve en un 66% correspondiendo al evento terremoto, seguido de un nivel moderado de gravedad en el 60.9%, en el caso de conflicto armado. Existe una gravedad extrema de reexperimentación en los eventos de aborto provocado (5.2%) y de violencia (2.1).

La evitación persistente de estímulos, componente “C” (Evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento) se ha presentado en una gravedad leve con el 78.1% para el evento terremoto. Es el 61.5% de casos para la gravedad moderada en los casos de aborto provocado. Existe una gravedad extrema en el 17.4% de los casos en la población que estuvo en conflicto armado.

En el componente “D” (Síntomas persistentes de aumento de la activación arousal ausente antes del trauma) es importante destacar que el 72.9% para el caso de violencia, tiene una gravedad moderada del TEPT, es marcada (43.7%) para el aborto provocado y conflicto armado (47.8%).

Cabe mencionar que tanto el aborto provocado (7.3%) y el conflicto armado interno (30.5%) presentan una gravedad extrema en éste último componente

**TABLA N° 8**  
**NIVEL DE FRECUENCIA Y GRAVEDAD DEL TEPT SEGÚN NUMERO**  
**DE ABORTOS EN LAS MUJERES QUE LO TUVIERON**

NUMERO DE ABORTOS	FRECUENCIA Y GRAVEDAD DEL TEPT					
	Frecuencia Baja	Frecuencia Regular	Frecuencia Alta	Gravedad Leve	Gravedad Moderada	Gravedad Marcada
Un Aborto (74)	12,2	66,2	21,6	9,5	79,7	10,8
Dos Abortos (20)	10	75	15	10	75	15
Tres Abortos (2)	0	100	0	0	50	50

Fuente: Matriz de sistematización de datos

<b>F = FRECUENCIA</b>	<b>P = 0.823 (<math>\geq 0.05</math>) N.S.</b>
<b>G = GRAVEDAD</b>	<b>p = 0.563 (<math>p \geq 0.05</math>) N.S</b>

Se puede observar que el número de abortos de las mujer no agrava el problema de TEPT, ya que no hay diferencia significativa entre el nivel de frecuencia y gravedad encontrado con el numero de abortos que haya tenido la mujer. Solo cabe destacar que se ha presentado un nivel de frecuencia regular (75%) en las que han tenido dos abortos, y una gravedad moderada (79.7%) del TEPT, en las que han tenido solo un aborto.

**GRÁFICO N° 8**

**NIVEL DE FRECUENCIA Y GRAVEDAD DEL TEPT SEGÚN NUMERO DE ABORTOS EN LAS MUJERES QUE LO TUVIERON**

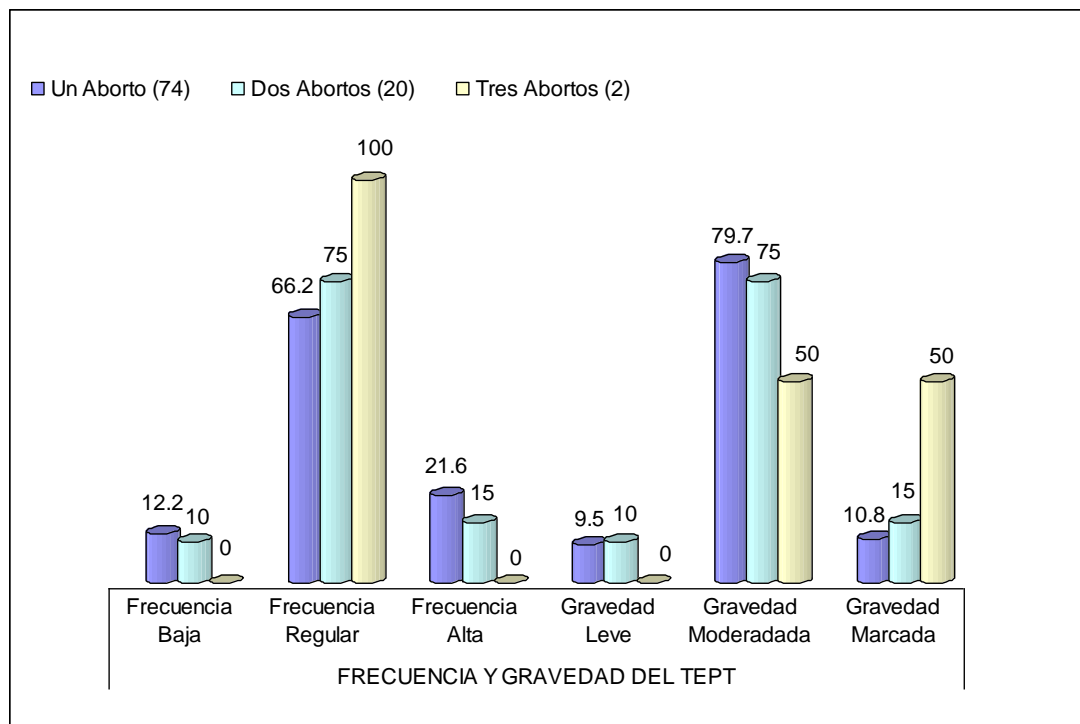


TABLA N° 9

**NIVEL DE FRECUENCIA Y GRAVEDAD DEL TEPT EN LAS MUJERES  
QUE ESTUVIERON EXPUESTAS A UN TERREMOTO-TSUNAMI.**

Lugar del terremoto/tsunami	FRECUENCIA Y GRAVEDAD DEL TEPT					
	Frecuencia Nula	Frecuencia Baja	Frecuencia Regular	Gravedad Ninguna	Gravedad Leve	Gravedad Moderada
Arequipa	0	100	0	0	100	0
Camana	6,3	78,1	15,6	6,3	84,3	9,4
Moquegua	0	100	0	0	100	0

Fuente: Matriz de sistematización de datos

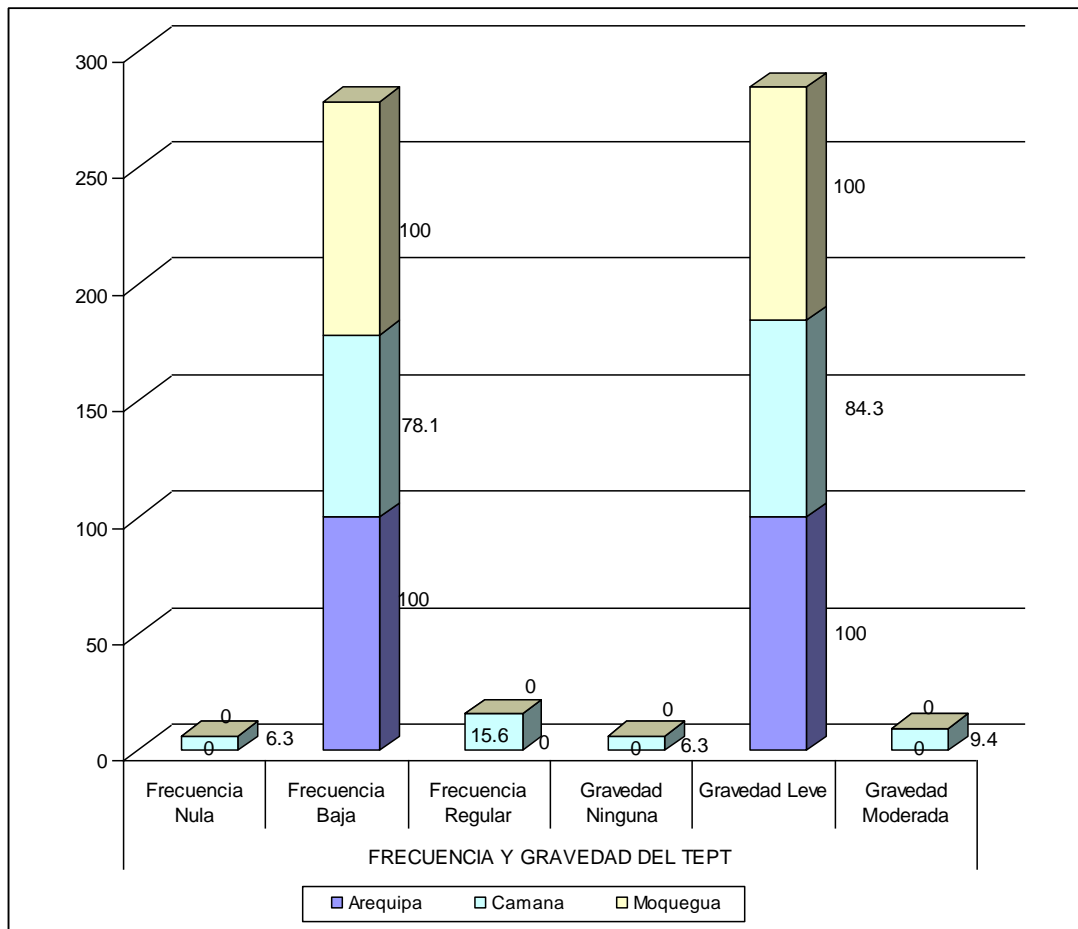
<b>F = FRECUENCIA</b>	$p = 0.004 (p < 0.05) S.S$
<b>G = GRAVEDAD</b>	$p = 0.032 (p < 0.05) S.S$

Respecto la frecuencia y gravedad del TEPT, en las mujeres que han estado expuestas al terremoto/tsunami, se observa que es el 15.6% de la población de Camaná que presenta una frecuencia regular del TEPT y una gravedad regular en el 9.4% de las afectadas.

Arequipa presenta una frecuencia y gravedad baja y leve respectivamente en el 100% de la población, al igual que la población de Moquegua.

GRÁFICO N° 9

**NIVEL DE FRECUENCIA Y GRAVEDAD DEL TEPT EN LAS MUJERES QUE ESTUVIERON EXPUESTAS A UN TERREMOTO-TSUNAMI.**





## DISCUSION

Contribuir en la salud mental de las mujeres, permite desarrollar la autoconfianza, construir un proyecto de vida personal asentado sobre bases de solidaridad mutua y no sobre la postergación personal. Entendemos que realizar una propuesta que tome en cuenta éstos aspectos, implica un fuerte compromiso de las mujeres y de los equipos técnicos en el respeto del saber acerca de sí mismas y de sus necesidades, y de su capacidad para asumir conductas activas de autocuidado. La Escuela de Posgrado de la Universidad Católica Santa María, tiene pues la posibilidad de apostar por todo eso y con el magnifico equipo multidisciplinario con el que cuenta, podría conseguirlo, convirtiéndose en ejemplo de democracia, justicia social y educación integral.

La presente investigación es el primer estudio realizado en la ciudad de Arequipa y a nivel nacional no se han encontrado trabajos que relacionen los tres eventos traumáticos expuestos y el aborto provocado, determinando la presencia del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en la población femenina. Ha sido bastante tedioso encuestar a la población que ha participado en la investigación, ya que independientemente del tiempo que han tenido que disponer para llenar la ficha, se han sentido “utilizados” para la realización del trabajo, ya que con ello, no se ha solucionado su problema, respecto al tema. Seguidamente, presentaremos la discusión correspondiente para cada variable que se ha trabajado:

1. La edad de las mujeres que han estado expuestas a un evento traumático no tiene ninguna relación directa con este, son los factores y circunstancias que la han llevado a pasar por esta situación. La población femenina de la muestra en estudio sea enmarcado en el grupo de edad fértil de 26 – 44 años en mayor porcentaje (59.3%) siendo la menor de 16 años y la mayor de 68 años de edad. El grupo que se ha trabajado en la variable conflicto armado, tiene la particularidad de ser menor de 44 años, en su totalidad, población femenina policial en actividad y asignada a función policial operativa. El promedio de edad del total de casos es de 32.33 años.

2. El estado civil de la población encuestada que predomina es el de casada con un 57.6% (179 mujeres de un total de 311) sin contar con el grupo control.

Es importante destacar que para el caso del evento aborto provocado es el 57.3% tiene el estado civil de casada. No se ha encontrado referencias bibliográficas que relacionen el estado civil de la población expuesta con el suceso traumático, es solo que los índices de embarazos en adolescentes (solteras) es un porcentaje que se esta incrementando considerablemente, se indica que del 99% de deserción escolar el 17 % corresponde a jóvenes que quedan embarazadas.

Otro aspecto importante de analizar es el que se relaciona con violencia. Una situación estable o medianamente estable (casada – conviviente), en nuestra sociedad permite tolerar acciones violentas, dado que el 100% de las denuncias por agresión física son registradas cuando este hecho se ha presentado reiteradamente, como ha sido el caso de las mujeres de nuestro estudio.

3. En la presente investigación se evalúan los aspectos de frecuencia y gravedad en los que el TEPT esta presente en las variables que se han estudiado y que se menciona a continuación:

### **3.1. Desastre natural.**

La salud mental se ha convertido en uno de los aspectos más importantes en el proceso de recuperación de las poblaciones después de un desastre. Sin embargo, no es fácil convencer a los responsables de establecer programas de prevención y preparación para que incluyan planes de atención de salud mental en los organismos encargados de la salud pública. Es la situación que actualmente aqueja a las personas que estuvieron en el terremoto/tsunami. De la población que ha participado, ninguna ha recibido ayuda psicológica.

La experiencia de cada uno es singular y han reaccionado de una manera propia, como se observa en los resultados de la investigación. Son conductas normales ante una situación inesperada de gran impacto producida por una amenaza natural.

En el año 2005 sobre Trastorno de estrés postraumático en los pobladores de la DEHEZA y la Punta de Camaná a los 4 años del desastre natural de junio 2001, se demuestra que el 23.55% de la población expuesta a un evento traumático sufre de TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático). En nuestro trabajo, también se ha demostrado que existe población de la provincia de Arequipa y Camaná, así como del departamento de Moquegua que padecen dicho trastorno por haber estado expuesta a éste desastre natural. Se ha presentado un nivel de frecuencia baja (a veces) en el 91.7% de la población y con una gravedad leve del 94.8%. Es importante destacar que se ha demostrado un nivel moderado de gravedad en el 3.1% de la población, que estuvo expuesta al Tsunami, en la provincia de Camaná.

A pesar de haber sido un desastre natural de gran magnitud, también se ha presentado un 2.1% de las mujeres expuestas que no presentaron ningún nivel de trastorno, ellas, residen en el departamento de Arequipa y están acostumbradas a los movimientos telúricos de la zona estuvieron presentes en el pueblo de Camaná a la hora del suceso, su estado civil es el de soltera.

### **3.2 Conflicto Armado.**

En el presente trabajo se ha demostrado que las 23 policías femeninas que estuvieron secuestradas en el “moqueguanazo” sufren de este trastorno y que se presenta hasta en un 30.5% de la población en niveles de marcada gravedad y hasta en un 4.4% en niveles muy altos de frecuencia. Es uno de los eventos traumáticos que presenta a una población bastante afectada y con secuelas que afectan el desempeño laboral, su vida familiar y hasta su vida conyugal.

Es importante mencionar que éste es uno de los eventos que presenta marcada trascendencia respecto los tres componentes del TEPT., como son el B (reesperimentación persistente), que presenta un nivel regular de alteración tanto en frecuencia (87%) como con una gravedad moderada en el 60.9% de la población.

El componente C (evitación persistente de estímulos asociados al trauma) también presentó un 65.2% de frecuencia regular y hasta el 17.4% de las mujeres presentan

una gravedad extrema. El componente D (aumento de la activación arousal ausente antes del trauma) manifestó la presencia del TEPT con una frecuencia diaria en el 30.4% de la población, siendo este mismo porcentaje afectado con una gravedad extrema (30.4%)

Los resultados de una investigación titulada Estrés Postraumático en víctimas del conflicto armado interno en el departamento de Ayacucho realizado en el año 2007, demuestra que las víctimas directas expuestas al conflicto terrorista presentan mayor nivel de frecuencia (65.8%) y de gravedad (53.9%) de estrés postraumático, que la víctimas indirectas.

Los resultados obtenidos también en nuestra investigación tienen concordancia con el informe presentado por la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR-2003) en la que concluye que las víctimas del conflicto armado interno padecían un conjunto de secuelas, siendo de gran consideración los innumerables daños psicológicos y emocionales que sufre la población a la fecha.

Además de los porcentajes del trastorno por estrés postraumático presentados es importante mencionar que la población policial es un recurso humano que está preparado física y psicológicamente para enfrentar este tipo de riesgos y que a pesar de ello es el grupo que ha presentado niveles elevados de frecuencia y gravedad del TPET como se ha presentado en el evento aborto provocado

### **3.3 Violencia física y psicológica.**

Los efectos de la violencia pueden ser devastadores para la salud reproductiva de la mujer y para otros aspectos de su bienestar físico y mental. Además de causar lesiones, la violencia lleva a que aumente el riesgo a largo plazo de la mujer a desarrollar otros problemas de salud, como dolores crónicos, discapacidad física, uso indebido de drogas y alcohol y depresión. Las mujeres con una historia de maltrato físico o abuso sexual también enfrentan un riesgo mayor de embarazos involuntarios, infecciones de transmisión sexual y resultados adversos del embarazo. Pero las víctimas de la violencia que acuden a los profesionales de salud en busca de asistencia suelen tener necesidades que éstos no reconocen, no investigan y no saben

cómo abordar éste grave problema social, como es el caso de las mujeres que han participado de la investigación.

En el trabajo de investigación presentado se ha demostrado que la violencia afecta la salud mental de la mujer expuesta en un 100% de la población. La frecuencia con que se presenta el TEPT esta en un nivel regular (2-3 veces por semana) afectando al 49% de la población estudiada. Respecto la gravedad con que se presenta el TEPT en ellas, es en un nivel moderado con el 43.8% de las mujeres afectadas. Una gravedad marcada se presenta en el 6.2% de la población, 6 de los cuales han llegado ir al hospital por gravedad del daño físico, 2 tuvieron intento de suicidio.

En relación con los componentes, tanto el B (reexperimentación persistente), C (evitación persistente de estímulos asociados al trauma) y el D (aumento de la activación arousal ausente antes del trauma), se presenta en un nivel de frecuencia regular (2 – 3 veces), afectando al 100% de las mujeres en estudio. La gravedad moderada en cada uno de los componentes también es regular afectando al 58.79% de la población en promedio.

Al entrevistar a la población en estudio se puede indicar que el primer golpe es el inicio de los demás y el deterior de la relación con la pareja afecta también a los hijos, que son las víctimas mas dañadas en todo el conflicto.

Según Echeburúa y cols (1998), las mujeres maltratadas constituyen un grupo poblacional afectado en un 60% de los casos. La tolerancia a ésta situación se explica por razones económicas (dependencia del marido), sociales (opinión) y familiares (protección de los hijos). Es importante aclarar, que en estos momentos la sociedad minimiza el problema y no le da la trascendencia que tiene, ya que la violencia física, psicológica deteriora la relación de pareja y la unión familiar.

Según la Mesa de Concertación de Lucha contrala Pobreza del Gobierno Regional, el año pasado ocupada el cuarto lugar en incidencia de violencia, hoy a Junio del presente año, Arequipa ocupa el segundo lugar en denuncias por maltrato.

Los datos que apoyan los resultados de nuestra investigación indican que:

- La violencia impide el logro de los objetivos de igual desarrollo y paz (Plataforma de acción de Beijing. Conferencia Mundial sobre la mujer 1995).
- Las consecuencias de la violencia son graves, 43% requiere atención médica, 40% causa depresión, tendencia al suicidio y muerte (Población Reports 1999 Center for Health.).

### **3.4 Aborto Provocado.**

No se puede suprimir la vida de un inocente en nombre de la “libertad de elección” porque las personas por nacer son las que sin haber nacido están concebidas en el seno materno y tienen vida desde el momento de la concepción. Las ideologías y la religión no tienen que ver con la prohibición del aborto, lo importante es la defensa de la vida humana.

El abordaje del tema sobre aborto provocado implica cuestiones de fondo como el principio de la vida humana, los derechos sexuales y reproductivos, la justicia social. Esto se refleja en un problema bioético para el equipo de salud por la complejidad de discernir cuándo inicia la vida humana. Es un tema que refleja de manera dramática la injusticia, la vulnerabilidad y la violencia ejercida sobre la mujer desde su entorno y de toda la sociedad, constituye entonces un grave problema de justicia social que tiene un sub registro que impide determinar una línea de base real del problema.

Abordar el tema del aborto provocado no ha sido fácil ni para la investigadora, ni para la población que ha participado voluntariamente siendo un tema delicado y que compromete la intimidad de las mujeres. En todas las entrevistas se ha visto comprometida la parte emocional de la persona.

La Sociedad de Psiquiatría de Rio Grande, Do Sul. Aril 2006. , nos indica que los trastornos psíquicos derivados del aborto se conocen como Síndrome Post Aborto (SPA)-. Algunos de los síntomas más frecuentes son ansiedad, conducta agresiva, pesadillas, pensamientos o actos suicidas, bulimia, anorexia, abuso de drogas y disfunción en las relaciones de pareja, que afectan el 75% de las mujeres que han abortado.

En la región de Arequipa, el aborto es la primer causa de hospitalización, en nuestros hospitales locales, pero como existe un sub registro, los datos no están completos y se confunden con el total de abortos, sin causa definida.

El resultado de nuestra investigación indica que el aborto provocado se puede considerar un evento traumático que afecta la salud mental de las mujeres produciendo el trastorno por estrés postraumático en diferentes niveles de gravedad y con marcada frecuencia.

Existe un 69.8% de la población afectada con una frecuencia regular (de 2 a 3 veces por semana) y es el 79.2% que tiene una gravedad moderada. Existe un 12.5% de las mujeres que están afectadas en un nivel marcado de gravedad y todo ello se traduce en trastornos a nivel emocional y de comportamiento.

Respecto el componente “B” (reexperimentación persistente) del evento que se relaciona con recuerdos molestos e intrusos del acontecimiento lo que se relaciona con los llamados “conectores” que hacen recordar el evento. El nivel de frecuencia es regular ( 2 a 3 veces por semana) en el 55.2% de la población, como una gravedad moderada que llega al 56.3% en este componente. Los conectores mas frecuentes que se han encontrado son ropa blanca que identifica al personal de salud, sonido de instrumental usado en intervención, perfume del personal que realizo el aborto, reacción de aniversario relacionado con la edad del hijo perdido

La evitación persistente de los estímulos asociados al trauma, embotamiento de la reactividad general del individuo antes del trauma que corresponden al componente “C”, también presentes afectando el 51% de las mujeres con una frecuencia regular ( 2 a 3 veces por semana) y la gravedad es moderada en el 61.5%, marcada en el 27.1 % y extrema en el 3.1 %. Todas las mujeres encuestadas evitan las situaciones que se relacionan con el evento. Las pesadillas muchas veces no se presentan enfocando el aborto o el niño perdido pero si tienen relación directa, como sueños con muertos, o huyendo de alguien, entro otros.

El componente “D”, aumento de la activación arousal antes del trauma, se presenta con una frecuencia alta ( 4 a 6 veces por semana) en el 45.8% en promedio de ellas,

y con una gravedad extrema del 7.3%, marcada del 43.8%. Se han encontrado además las siguientes manifestaciones importantes de mencionar:

- Flash backs 6%.
- Reacciones de aniversario 8%
- Ideación suicida 2%.
- Dificultades sexuales 32%.
- Incomprensión con la pareja 65%
- Maltrato a los hijos 46%

Podemos decir que el TEPT es una alteración psiquiátrica/psicológica que ocurre a continuación de una experiencia adversa en la vida de las personas y en cuyo porcentaje es más propensa el sexo femenino. Dicho trastorno se manifiesta con cambios negativos biológicos así como síntomas psicológicos. Se complica al transcurrir con otros desordenes psiquiátricos que deterioran las habilidades para funcionar en la vida social o familiar, incluyendo la inestabilidad laboral, problemas conyugales, discordias familiares y dificultad en la crianza de los hijos. Se ha comprobado en nuestra investigación el problema en que se ha convertido este trastorno.

4. Es importante señalar que el mayor porcentaje de abortos (38%) han sido con consentimiento de la pareja y que actualmente son 10 los casos de varones que tienen el trastorno por estrés postraumático (TEPT), catalogándose como víctimas indirectas. Esta situación que genera conflicto, desconfianza, se convierten en pasos previos para los grandes problemas de pareja y las consecuencias de violencia y ruptura del vínculo familiar, afectándose todos los componentes de la familia, situación que genera divorcios, drogadicción en los hijos.
5. El haber tenido más de dos abortos es una situación que no ha marcado una diferencia significativa, presentándose en las mujeres que han tenido un aborto más o menos la misma frecuencia y gravedad del TEPT. No existen registros o trabajos que indiquen lo contrario. Es el primer aborto que marca toda la vida de la persona, los sucesivos son consecuencia del trastorno que padece la mujer.

6. El desastre natural es un evento traumático que produce TPET en la población que ha estado expuesta a este, siendo la misma realidad la de nuestra población. Los resultados de nuestra investigación demuestran este concepto siendo mayor la frecuencia y gravedad en la población que estuvo en el Tsunami en la provincia de Camaná.
  
7. El resultado del estudio del grupo que no presentaron TEPT, si bien es cierto no ha estado expuesto a ningún evento traumático es importante resaltar lo siguiente:
  - a. El cuestionario ha sido llenado desde la pregunta número 9 a la 17, dejando el blanco desde la 1 a la 8 lo que demuestra que solo tienen una frecuencia baja ( a veces ) con una gravedad leve en el 97.9 % de las mujeres estudiadas, situación que puede ser investigada utilizando otras evaluaciones psicológicas y/o psiquiátricas .
  
  - b. De la entrevista se deduce que al no haber estado expuestas a eventos traumáticos severos no padecen TEPT., pero sí otro tipo de estrés enmarcado en las preguntas de 9 al 17 del cuestionario de Davidson. Es una población que tiene preocupaciones y problemas que le hacen llevar una vida estresada, con conflictos y desde luego sin tranquilidad.



# CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

### **PRIMERA.**

La frecuencia del trastorno por stress postraumático en las mujeres que han estado expuestas a los eventos traumáticos de terremoto/tsunami, conflicto armado y violencia física y psicológica se ha presentado en un nivel bajo (se presenta a veces) incrementándose hasta un nivel muy alto (se presenta a diario) siendo los grupos mas afectados el de violencia con los mayores porcentajes en el nivel regular. Es importante mencionar que del grupo que se expone al conflicto armado presenta un significativo porcentaje de TPET en el nivel de frecuencia muy alto.

El 98% de las mujeres que han participado en la investigación y han estado expuestas a los tres eventos traumáticos mencionados anteriormente presentan niveles de frecuencia relativamente importantes.

### **SEGUNDA.**

La gravedad del trastorno por estrés postraumático en las mujeres que han estado expuestas a los diferentes eventos traumáticos se ha presentado desde un nivel de gravedad leve hasta un nivel de gravedad marcado correspondiendo este último al evento conflicto armado. Cabe mencionar que el nivel mas marcado de gravedad se ha presentado en el evento de violencia física y psicológica.

Solo el 2% de la población que ha participado en el estudio no ha presentado ningún nivel de gravedad y corresponde al evento terremoto.

### **TERCERA.**

La frecuencia del trastorno por estrés postraumático en el grupo de mujeres que han tenido un aborto provocado se presenta desde un nivel bajo hasta un nivel alto en toda la población estudiada, es decir que frente a un aborto provocado los niveles de frecuencia del TPET están presentes y causan daño.

#### **CUARTA.**

La gravedad del trastorno por estrés postraumático también se hace presente en las mujeres que han tenido un aborto provocado. Esta manifestación tiene una presencia leve en el total de la población incrementándose progresivamente hasta alcanzar una gravedad marcada en casi el 10% de la población estudiada.

#### **QUINTA**

Se ha determinado la presencia del trastorno por stress postraumático en las mujeres que tuvieron un aborto provocado con una frecuencia y gravedad marcados en porcentajes considerables como para determinar que el aborto provocado se puede considerar como un evento traumático que produce TPET.





# SUGERENCIAS

## SUGERENCIAS

Teniendo en cuenta las conclusiones me permito alcanzar las siguientes sugerencias:

### **PRIMERA.**

Elaborar una línea de base sobre la situación del aborto provocado, los factores que lo determinan y la situación misma de la mujer que se somete a esta práctica que estará a cargo del investigador.

### **SEGUNDA.**

Proponer, con el aval de la Universidad Católica de Santa María un registro único de de “notificación de aborto provocado” con carácter no vinculante a nivel del MINSA, centros educativos superiores y áreas de familia de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales de la región para tener una fuente estadística de información.

### **TERCERA.**

La investigadora propondrá una ficha médica de registro anual y seguimiento periódico para ser empleado en las universidades a nivel regional, las que deberán adjuntarse a la historia clínica básica, además de una evaluación psicológica integral. Se propone Plan Piloto en la Universidad Católica Santa María.

### **CUARTA.**

Desarrollar en la Universidad Católica Santa María, como Plan Polito, las dos propuestas de intervención presentadas, ya que son instrumentos que permiten prevenir y/o rehabilitar el daño en la salud mental de las personas que han estado expuestas a un evento traumático y al aborto provocado.

### **QUINTA.**

Se propondrá al Colegio de Psicólogos realice campañas de Información y Comunicación a nivel de la población de la región Arequipa sobre el Tema de Trastorno por Estrés Postraumático, como identificarlo y prevenirlo.

**SEXTA.**

Se propondrá que en los libros de ingreso de los centros hospitalarios de la región se especifique, el tipo de aborto que ingresa, además del uso de la ficha única de registro establecida.

**SÉPTIMA.**

Se presentará un informe resumen del trabajo a las instancias correspondientes proponiendo que en el CIE-10 y en el DSM-IV-TR , se ponga en agenda la posibilidad de incluir al ABORTO PROVOCADO como un evento traumático que produce Trastorno por Estrés Postraumático. Solicitando el apoyo de la Universidad Católica de Santa María.

**OCTAVA.**

Se incorpore los temas de Educación para la Salud en los centros educativos universitarios y de institutos. Nuestra juventud esta muy necesitada de aprender y debemos darle todas las armas para que conozca y oriente sus actitudes y estilos de vida. Debemos darles luces para que consoliden su proyecto de vida.

**NOVENA.**

Que la Universidad Católica de Santa María sea la Primera Institución Educativa en el que se dicten los temas de Educación para la Salud como estrategia para combatir estos problemas de salud pública (violencia y aborto provocado).



# BIBLIOGRAFÍA

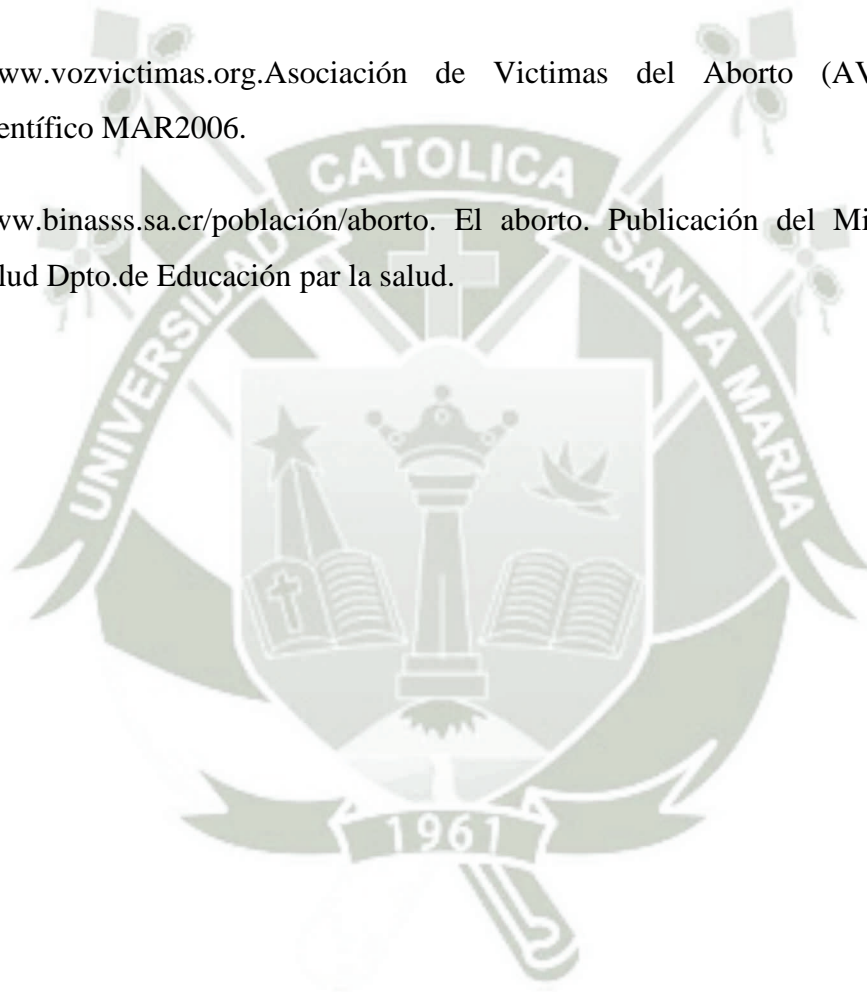
## BIBLIOGRAFIA

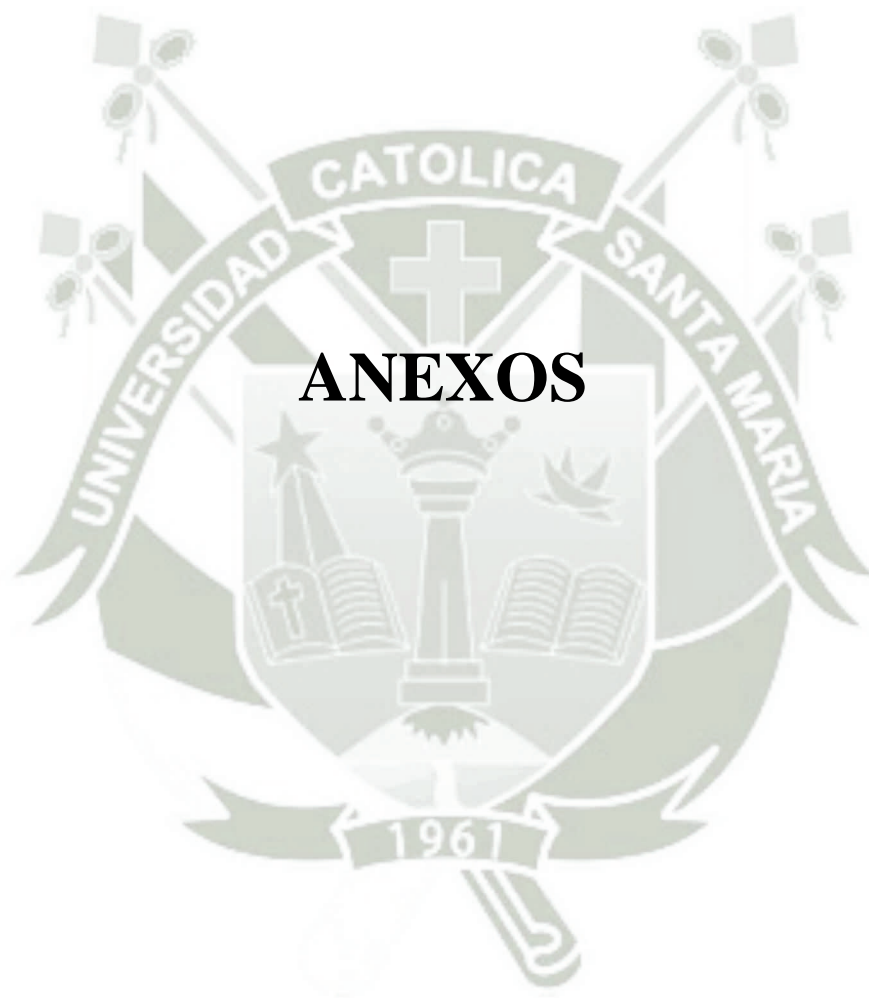
1. ALVA LÓPEZ, MARÍA DEL CARMEN Y después del aborto ¿qué? Ed. Trillas, Segunda edición. 2007, México, D.F.
2. ANNE C. SPECKKARD AND VINCENT M. Rue Psychological Perspectives on Abortion and Its Alternatives: Research and Policy. Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern. The Journal of Social Issues p. 95 Vol. 48 N° 3, 1992.
3. BOBES, M.BONSOÑO. MASSON Trastorno de Estrés Post traumático SA.2000 Barcelona/VII.
4. BURKE, THERESA. Abortion and post – traumatic stress disorder, the evidence keeps piling up. HLI Reports, Florida, marzo 1994, vol. 12, núm. 3.
5. C. EVERETT KOOP, “The Slide to Auschwitz”, in Ronald Reagan, Abortion and the Conscience of the Nation. Nashville: Thomas Nelson, 1984, 45 – 46.
6. CODIGO INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10, pag. 264.
7. COYLE, C.T., Ph. D. Men and Abortion. A Path to Healing, Essence publishing, Canada, 1999.
8. D. REARDON, “Psychological Reactions Reported After Abortion”, The Post – Abortion Review 2(3): 4-8, 1994.
9. DAVID H., RASMUSSEN N., HOLST E. (1981) Post – partum and Post – abortion Psychotic reactions; Family Planning Perspectives, 13:88 – 91.
10. EHLERS, A. Y CLARK, D. M. A Cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy, 38, 319-345, 2000.
11. FOA, E.B., KEANE, T. M. FRIEDMAN, M.J. Tratamiento del estrés postraumático Ed. Ariel.

12. GORDON GUY, ET. al., *Fatherhood Aborted, The profound effects of abortion on men.* Tyndale House Publishers, Inc. Wheaton, Illinois, 2001.
13. H. SELYE, “The Stress Concept: Past, Present, and Future”, en C.L. Cooper (ed.), *Stress Research. Issues for the Eighties*, Wiley, New York, 1983.
14. HOROWITZ MJ., “Short – term therapeutic interventions in stress – related disorder”. En: Zales MR (Ed.). *Stress in Health and Disease.* New York, Brunner Mazel, 1985.
15. JANOFF – BULMAN, R. “Posttraumatic growth: There explanatory models”. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34, 2004.
16. JR COUGLE, DC REARDON & PK COLEMAN, “Depression Associated With Abortion and Childbirth: A Long – Term Analysis of the NLSY Cohort”, *Medical Science Monitor* 9(4): CR105-112, 2003.
17. KESSLER R.C., “Posttraumatic stress desorden in the Nacional Comorbidity Survey. Institute for social Research, University of Michigan, Ann Arbor, USA. 52(12): 1048-60, Dec. 1995.
18. MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM – IV – TR. Texto revisado. Ed. Masson. 2003, Barcelona, España.
19. NAYDY BARRIGA TRIVIÑOS *Trastorno de Estrés Postraumático en las poblaciones de la DEHEZA y la Punta de Camana. Cuatro años del desastre natural de junio del 2001.* 2005.
20. NEY PHILIP and PEETERS MARIE, *Post – Abortion Survivors Syndrome* (Victoria, British Columbia: Pioneer Publishing, 1993).
21. NEY PHILIP, *Relationship Betwin Abortion & Child Abuse*, in *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 24, 1979.

22. PAVIA, C., Aborto: cicatriz indelible, Revista Istmo, Universidad Panamericana de México, Centros culturales de México, Año 42, N° 251, 2000/6.
23. RAMIREZ M.CAROL, VALERIO M. KENTHY (Tesis) Estrés Postraumático en victimas del conflicto armado en el departamento de Ayacucho.
24. REARDIBM D.C. PH. D., Abortion is four times deadlier than childbirth, Post – Abortion Review, Volume 8, number 2 (spring 2000).
25. REARDON DAVID C., Abortion Trauma and Child Abuse, en Post – Abortion Review, Volume 6, number 1 (winter 1998).
26. REARDON DAVID, C. Aborted women, silent no more, Cossway Books. Westchester, Illinois. 4Th. Edición 1990, USA.
27. ROGERS JL, ET AL., “Psychological impacto of Abortion: methodological and autcomes summary of empirical research between 1966 to 1988”. Health, Care Women Int. 1989; 10(4):376-377.
28. ROGERS JL, ET AL., “Psychological impacto of Abortion: methodological and autcomes summary of empirical research between 1966 to 1988”. Health, Care Women Int. 1989; 10(4):376-377.
29. RUE V, SHUTOVA L. “Posttraumatic stress symptoms and elective abortion: a comparison of US and Russian women”. Proceedings of the 1 st World Congress on Women´s Mental Health; 2001, March 27 – 31; Berlin, Germany: Berlin, The Congress, 2001.
30. RUE, VINCENT M PH. D. La seguridad psicológica del aborto: la necesidad de reconsideración, The Post – Abortion Review. Volume 5, Number 4, Fall 1997.
31. VERDIER PABLO, Subtipos clínicos del syndrome posaborto, Caminos de Esperanza, N° 23, noviembre y diciembre de 1993 Modificado en febrero de 2008.

32. WORDEN, J.W. El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia. Paidós. Barcelona, 1997.
33. [www.aciprensa.com/aborto/aeffectos.htm/45](http://www.aciprensa.com/aborto/aeffectos.htm/45). Efectos del aborto.
34. [www.afterabortion.org](http://www.afterabortion.org). A link to a full text copy of The Post-Abortin Review araticle can be found at
35. [www.redjoven.org/tefondo/aborto/05](http://www.redjoven.org/tefondo/aborto/05). Red projooven para el aborto.
36. [www.vozvictimas.org](http://www.vozvictimas.org).Asociación de Víctimas del Aborto (AVA).Comité Científico MAR2006.
37. [www.binasss.sa.cr/población/aborto](http://www.binasss.sa.cr/población/aborto). El aborto. Publicación del Ministerio de Salud Dpto.de Educación par la salud.



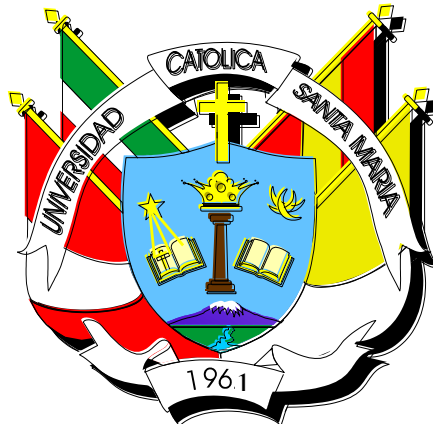




**ANEXO Nro 1**  
**PROYECTO DE TESIS**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
ESCUELA DE POST GRADO**

**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES  
QUE HAN SUFRIDO UN EVENTO TRAUMÁTICO Y LAS QUE  
HAN TENIDO UN ABORTO PROVOCADO.**

**2007-2008**

**PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR LA MAGISTER:**

**FANY CIRALENA RAMOS VERA.  
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AREQUIPA-PERU 2009**

## PREAMBULO.

El hombre, en el diario devenir de su vida esta expuesto a eventos traumáticos como:

- Participar en conflictos armados.
- Haber vivido un suceso de desastre como terremotos, tsunamis.
- Violencia física y / o psicológica.

La literatura del CIE-10 y del DSM-IV-TR, expone que la mujer que esta expuesta a los eventos antes mencionados se afecta en su salud psíquica , el trabajo demuestra que aquella que se somete voluntariamente a un aborto, queda profundamente afectada, aunque no quiera o no pueda reconocerlo; y que el aborto provocado, como respuesta natural de defensa ante el acontecimiento estresante, es causante de una reacción de ansiedad, depresión, rechazo de sí misma, sentimientos de culpa, apatía, estado de híper alerta, autoaislamiento y conductas auto destructivas. Por supuesto que, en la mujer que aborta intencionalmente, tanto los sentimientos de culpa como el proceso del duelo post aborto van a estar modulados por influencias culturales, por las características de su personalidad y por la problemática previa de la persona.

Ante cualquier otro acontecimiento estresante de pérdida, pueden darse desde una ausencia psicopatía del sentimiento de culpa, hasta sentimientos patológicos de culpa tipo delirante o afectivo que complican el proceso de duelo, proceso que, en principio, puede seguir desde una desarrollo normal hasta cualquiera de las posibles desviaciones patológicas del mismo, manifestándose en ausencia de duelo, cronificación del proceso de duelo y reacciones de hiperactividad compulsiva. Independientemente de que los sucesos traumáticos afectan el estado natural de vivir de la mujer, el aborto pone en riesgo su vida, tiene implicancias que van mas allá de la persona, ya que se altera la relación de pareja, afecta la relación de sincero afecto entre madre-hijos y trasciende en un mal estado psico-emocional de la mujer que limita su desarrollo y bienestar, dichos trastornos, según la clínica corresponde al Trastorno de Estrés Postraumático, patología que esta descrita en el Manual de diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO.-

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACION.

#### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.-

**TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES QUE HAN SUFRIDO UN EVENTO TRAUMÁTICO Y LAS QUE HAN TENIDO UN ABORTO PROVOCADO. 2007-2008.**

#### 1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

A. Campo. : Ciencias de la Salud.  
 Área Específica : Psiquiatría.  
 Especialidad : Salud Mental

#### B. Análisis y operacionalización de las variables.

VARIABLES		INDICADORES	CATEGORIAS Y VALOR	ESCALA
INDEPENDIENTE	ABORTO PROVOCADO. VIOLENCIA FISICA Y PSICOLOGICA. DESASTRE NATURAL CONFLICTO ARMADO			
	DEPENDIENTE	TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	FRECUENCIA	Nulo - Ninguno Bajo - A veces Regular - 2-3 veces Alto - 4 -6 veces. Muy Alto - A diario
GRAVEDAD			Ninguna. Leve Moderado Marcado Extrema	0 1 – 21 22 – 42 43 – 64 65 - 85

#### C. Interrogantes Básicas.-

- a) ¿Cuál es la frecuencia del trastorno por estrés posttraumático que existe en las mujeres que han sido expuestas a violencia física y psicológica, desastre natural y conflicto armado?

- b) ¿Cuál es la gravedad del trastorno por estrés postraumático que existe en las mujeres que han sido expuestas a violencia física y psicológica, desastre natural y conflicto armado?
- c) ¿Cuál es la frecuencia que existe en las mujeres que han tenido un aborto provocado?
- d) ¿Cuál es la gravedad que existe en las mujeres que tenido un aborto provocado?
- e) El aborto provocado es una situación traumática que produce trastorno por stress postraumático.

D. Tipo y Nivel de Investigación.-El presente trabajo será una investigación de estudio descriptivo trasversal, observacional.

### 1.3.- JUSTIFICACION.

La presente investigación tiene relevancia científica, humana y social y la razón por la que considero es importante realizarla, es que en la actualidad la mujer se ha convertido oficialmente en una persona ciento por ciento productiva, eficaz y eficiente, desde su hogar hasta formar parte importante de las mejores organizaciones del mundo. Pero su misma naturaleza la expone a evento negativos que mellan su estabilidad emocional afectando su salud y repercutiendo negativamente en su entorno. Es difícil darse cuenta de lo que le está pasando, porque, heroicamente, sobre lleva el daño y disimula los efectos del desastre en el que se ha convertido su vida desde el momento que enfrentó algún suceso o evento traumático. Su vida cotidiana es el velo que no le permite ver el problema.

La violencia física y psicológica, un desastre natural y el conflicto armado al que pueda estar expuesta producen daño en su salud psicológica, el aborto, además, crea conflictos y sentimientos de culpa que ponen en peligro su vida. Y vemos, pero no queremos mirar el problema por no sentirnos cómplices de estar aceptando en silencio que el problema existe y no hacemos nada, ni siquiera, como personal de

salud informamos a la mujer de lo que puede sucederle después de pasar por todos o cada unos de los eventos traumáticos señalados.

La falta de estudios epidemiológicos en el Perú sobre los efectos físicos y psicológicos de los eventos traumáticos y del aborto, así como las dificultades para su definitiva aceptación por parte de la comunidad científica, de éste último, hacen que estemos ignorantes y no podamos plantear estrategias para solucionar el problema. La falta de una categorización diagnóstica del trauma por aborto provocado impide establecer que también causa TRASTORNO POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO y dificulta que éste procedimiento se incorpore por derecho propio a las clasificaciones internacionales como causa de trastornos mentales, patologías que rigen actualmente la práctica clínica psiquiátrica y la investigación científica.

En ese sentido es evidente que los efectos o consecuencias del aborto encuadran entre los trastornos originados por un acontecimiento vital importante y que en principio dicho acontecimiento estresante podría ser experimentado por la mujer como un “estrés psicosocial identificable, sino como un estrés traumático, excepcional, físico o psicológico que cumple con los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático, que actualmente percibo lo están padeciendo consiente e inconscientemente muchas mujeres que se han sometido a un aborto.

El presente trabajo es de importancia trascendente dado que compromete la salud mental de la mujer, persona clave, importante, en el desarrollo de las actividades de nuestra sociedad globalizada, ya que su presencia es vital en todos los aspectos de la vida conyugal, familiar, social y de trabajo. Se justifica desde los siguientes aspectos:

- a. En nuestro medio no existen estudios que establezcan una relación entre las variables presentadas en el presente trabajo.
- b. Existe alarmante incremento de la incidencia de la violencia contra la mujer y el aborto no deja de ser la primer causa de hospitalización en nuestros hospitales locales, consecuencias psicológicas que no han sido estudiadas.
- c. Es necesario demostrar objetivamente que existe relación entre las variables propuestas.

- d. Es importante verificar que el marco teórico valida los postulados que señalan la existencia del trastorno por estrés postraumático también en mujeres que han sido expuestas a un evento traumático.
- e. Los resultados encontrados van a permitir determinar líneas de acción generales para establecer programas que deban ser ejecutados y supervisados por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud.
- f. Siendo el aspecto psicológico parte inherente al ser humano es trascendente preocuparnos de que la salud mental de la mujer afectada por un evento traumático esté “sana” por la importancia de los roles que en éste momento le ha tocado desempeñar (esposa, madre, trabajador, amiga).
- g. Una de las razones fundamentales que me han llevado a realizar el presente trabajo surge de observar y tratar la problemática de la mujer que acude a las Comisarias, área de Familia, al Centro de Orientación Familiar y al Proyecto Esperanza, mujeres que tienen deteriorada su salud mental, que no les permite ser ellas mismas, ser felices, afectándose hasta su entorno familiar y social.
- h. El tema tratado es de relevancia actual ya que la violencia física y psicológica se ha convertido en algo cotidiano, usual y el aborto provocado, además de ser la primer causa de hospitalización en nuestra localidad, se pretende aprobar legalmente, entonces estamos frente a la realidad de consentir legalmente el asesinato de un ser indefenso, quedando los derechos humanos del no nacido en derechos atropellados.

## 2. MARCO TEORICO.-

**La Organización Mundial de la Salud define la salud como** el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.<sup>1</sup> También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto. Benet Hernández de Gispert cambiaría unas palabras de la definición de la OMS, y añadiría conceptos: cambiaría la palabra "bienestar" por "equilibrio"; y, añadiría el equilibrio "emocional". Quedando el

concepto como sigue: Salud es el estado completo de equilibrio físico, mental, social, emocional y no solamente ausencia de afecciones o enfermedad.

Tenemos factores y condiciones que causan daño a la salud integral de la persona. En general, la cuestión de qué causa y qué no causa daño se ha relacionado directamente con el concepto de trauma o daño. Para el diccionario de la lengua española de la RAE, trauma es un “choque o sentimiento emocional que deja una impresión duradera en la subconciencia”. Traumatismo es definido, incidiendo en la cuestión de externo/interno como “lesión de los tejidos por agentes mecánicos, generalmente externos”. Otro de los conceptos que se relacionan, como causa de daño es el de estrés, como la respuesta del cuerpo frente a condiciones externas que son percibidas como peligrosas, preocupantes o irritantes. (11) Frente a todos estos aspectos que inciden en la persona, aparece una respuesta natural del cuerpo humano que resulta en la modificación del funcionamiento de casi todos los órganos del cuerpo a los efectos de huir o enfrentar dicho peligro. Aunque en realidad para el cuerpo cualquier cambio en nuestra vida implica estrés, con la correspondiente consecuencia de afectación (17).

A continuación definiremos conceptos que están relacionados con todo el tema de investigación:

### **TRAUMA**

Trauma o "trauma psíquico", se define como todo suceso o experiencia muy impactante vivido por un sujeto, que le produce diversos trastornos que a menudo dejan secuelas. Se habla propiamente de trauma psíquico cuando el desencadenante del mismo es de tal intensidad que el sujeto es incapaz de responder adecuadamente. El individuo está desbordado por la cantidad o por la fuerza de las emociones recibidas. Es evidente que aparte de otras causas capaces de producir traumas psíquicos, los propios traumatismos orgánicos presentan cuadros que conducen a éstos, y que se engloban bajo la denominación de *shock traumático*. En efecto, entre los daños ocasionados por accidentes violentos, es muy frecuente que se curen más rápidamente y de forma más definitiva los traumatismos físicos que los traumas

psíquicos, e incluso que desaparezcan todas las marcas físicas del episodio, pero queden imborrables las marcas psíquicas. (9)

## **TRASTORNO PSICOLOGICO**

Definir que es un trastorno mental, psicológico o emocional, es un problema difícil para la psiquiatría y la psicología clínica. Esa dificultad está relacionada con los distintos criterios que se han utilizado para su definición a lo largo de la historia. Básicamente se refiere a comportamientos que se han considerado "anormales" y que han sido estudiados y clasificados por los profesionales de la psicopatología (estudio de las causas y clasificación de los trastornos mentales). El CIE-10 (6) define el TEPT como la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los dos signos que indican este problema son:

1. Presencia de emociones dolorosas crónicas (ansiedad, depresión, ira) .
2. Presencia de conflictos duraderos en las relaciones sociales, familiares o de pareja.

## **ESTRES**

El estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante un estímulo inespecífico(cualquier demanda específica que se le solicite). El estrés es siempre una respuesta de carácter fisiológico, ante un agente estresor externo o interno; frente a éste se produce una segregación de hormonas que producirán cambios a distancia en diversas partes del organismo. Estas catecolaminas llegan a afectar el comportamiento produciendo un efecto social en relación a uno o varios agentes estresores que afectan a cada persona de un modo concreto. El agente que es capaz de generar distrés en una persona produce eustrés en otra, existen factores de aprendizaje que predisponen a experimentar un tipo de estrés u otro en relación con cada agente causal. En las tres fases que forman el Síndrome General de Adaptación, se liberan en el organismo agentes químicos y hormonas que si se mantienen durante mucho tiempo terminan estresando al mismo (20), estos son:

- a. **Fase de Alarma,** ocurre cuando experimentamos una situación como un desafío que excede a nuestro control, por ejemplo un susto. Nos prepara para dar una respuesta casi inmediata a la situación que se nos presenta. Así, en esta fase nos esforzamos y luchamos para recuperar el control. Cuando pasa el susto nuestro organismo se relaja y recuperamos el estado de reposo. Si la situación de susto se mantiene de forma continua, pasamos a la siguiente fase. En esta fase el corazón late más fuerte y rápido subiendo la presión arterial. La sangre se desvía del estómago y de la piel hacia los músculos por si necesitamos realizar movimientos rápidos. Las pupilas se dilatan, la respiración aumenta y los músculos se contraen.
- b. **Fase de adaptación,** Cuando no podemos cambiar la situación que se nos presenta el organismo moviliza todos los recursos disponibles para adaptarse a esta nueva situación. Esta fase dura más tiempo pero llega a su límite cuando se agota la energía. En esta fase la presión arterial sube lentamente. Los tejidos del cuerpo retienen componentes químicos como el sodio. Las suprarrenales aumentan de tamaño y liberan cortisol al torrente sanguíneo, provocando una serie de cambios físicos. El nivel de colesterol aumenta y aparece una pérdida de potasio. Hay un aumento de la secreción de ácidos grasos. Disminuyen las defensas y aumenta el desequilibrio del estado emocional derivando hacia la depresión.
- c. **Fase de agotamiento,** Al no poder cambiar la o las situaciones que producen estrés y no ver salida a la situación, se agotan todos nuestros recursos orgánicos y emocionales. El estrés continuo hace que el funcionamiento hormonal libere sustancias químicas que dañan a los tejidos abriendo posibilidades a diferentes enfermedades. Los llamados **estresores** o **factores estresantes** o situaciones desencadenantes del estrés son cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo (homeostasis). Una parte importante del esfuerzo que se ha realizado para el estudio y comprensión del estrés se ha centrado en determinar y clasificar los diferentes desencadenantes de este proceso. La revisión de los principales tipos de estresores que se han utilizado

para estudiar el estrés nos proporciona una primera aproximación al estudio de las condiciones desencadenantes del estrés y nos muestra la existencia de siete grandes categorías de estresores:

- Situaciones que fuerzan a procesar información rápidamente
- Estímulos ambientales dañinos
- Percepciones de amenaza
- Alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etcétera)
- Aislamiento y confinamiento
- Bloqueos en nuestros intereses
- Presión grupal y frustración.

Conviene hablar también de cuatro tipos de acontecimientos estresantes:

- Los estresores únicos: hacen referencia a cataclismos y cambios dramáticos en las condiciones en el entorno de vida de las personas, y que habitualmente afectan a un gran número de ellas.
- Los estresores múltiples: afectan sólo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y se corresponden con cambios significativos y de trascendencia vital para las personas.
- Los estresores cotidianos: se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.
- Los estresores biogénicos: son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos.

Estos estresores pueden estar presentes de manera aguda o crónica y, también, pueden ser resultado de la anticipación mental acerca de lo que puede ocurrir en el futuro. Como en toda condición patológica, además del agente externo causal se evalúa la vulnerabilidad o diátesis individual que es variable entre sujetos y esta relacionado con la interacción entre los genes y el ambiente determinando que los individuos heredan genes múltiples que expresan ciertos rasgos o comportamientos, los cuales a su vez pueden activarse posteriormente en condiciones de estrés. Así cada diátesis es una tendencia o vulnerabilidad heredada, puesto que cuando se

presenta el tipo correcto de suceso vital o estresor el trastorno se desarrolla. (10) Se describe una característica denominada “apoyo interno”, cuya presencia se acompaña de una resistencia especial a la adversidad en general y al trauma psíquico en particular. Según su descripción, este rasgo se forma en el curso de una relación dual óptima con la madre, en la que el niño es coherentemente protegido en todo aquello que está a su alcance. La “elasticidad psicobiológica” descrita por Flach (1989) es una característica similar, cuya ausencia también incrementa el riesgo y la gravedad del TEPT (6)

### **TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

En los últimos años, hemos visto muchos de los trastornos de ansiedad graves que pueden darse después de una variedad de sucesos traumáticos. Si bien tal vez el acontecimiento traumático más impresionante sea la guerra, también tiene lugar trastorno de ansiedad tras una agresión física, secuestros, accidentes automovilístico, catástrofe, etc. El trastorno de ansiedad que sigue a un trauma se conoce como TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT), que se presenta tras la exposición súbita a una situación de estrés lo bastante intensa y prolongada como para desbordar ampliamente las capacidades de integración cognitiva y emocional del individuo.(10). Aunque la aparición de anomalías psíquicas en los supervivientes de guerras y catástrofes es conocida desde la antigüedad, los intentos de descripción de un trastorno específico, diferente de la mera precipitación por el estrés de otros trastornos psiquiátricos en individuos predispuestos, no empieza hasta el siglo XIX, de la mano de médicos militares de las guerras napoleónicas y de secesión americana. Es casi en el siglo XX, cuando se acuña el nombre de “neurosis traumática” o “neurosis de guerra” y su afinidad con los estados de ansiedad fue puesta de manifiesto, entre otros, por el español Miguel Prados. La participación de los médicos militares en la primera guerra mundial, permitió asimismo descubrir la eficacia de los procedimientos activos en su tratamiento.(Freud, 1919, Ferenczi 1924)(12).

El reconocimiento del síndrome no se ha producido hasta que fue incluido en el DSM-III Norteamericana, bajo la influencia de la presión social desencadenada por

las severas alteraciones psiquiátricas presentadas por los veteranos de la guerra de Viet-Nam. Desde entonces ha quedado claro que este síndrome clínico no es exclusivo de soldados en combate, sino que también se presenta en, víctimas de agresiones sexuales, parejas divorciadas, pacientes quemados, y por supuesto, en supervivientes de toda clase de accidentes, crímenes, atentados y desastres(4). A partir de aquel momento ha ido creciendo exponencialmente el interés en este trastorno materializado en cientos de publicaciones científicas, investigaciones, creación de asociaciones, desarrollo de nuevos abordajes terapéuticos, etc.

El TEPT, presenta alta tasa de comorbilidad con otros trastornos por ansiedad (fobias, trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de pánico), trastorno afectivos (depresión, distimia y manías), con abuso de sustancias drogodependientes, según datos reportados por el National Comorbidity Scoresey 203 (4)

En el año 1980, se establece el diagnóstico de Trastorno por Estrés Post Traumático (Post Traumatic Stress Disorders, PTSD) en el DSM-III (American Psychiatric Association 1980). Los estudios provenientes de la Guerra Civil en Estados Unidos y los de después de la Primera Guerra Mundial y, más definitivamente, la publicación del libro de Abram Kardiner *The Traumatic Neurosis of War* en 1941, señalaron la presencia de una serie de síntomas que al parecer, tomados en conjunto se encontraban con regular frecuencia entre los ex combatientes de cada uno de esos conflictos. Estas reacciones inexplicables caracterizadas por irritabilidad crónica, reacción de sobresalto, agresión explosiva y una conducta parecida al sueño, tenían tendencia a revivir la situación traumática original como si todavía existiera. La experiencia de los veteranos de Vietnam, reafirmó la existencia de este trastorno único esta vez caracterizado por síntomas similares y en particular por pesadillas y revidencias (*flashbacks*), del terror vivido (17) . Tal como está construido, el diagnóstico de este trastorno, a fin de cuentas, no es más que una ecuación entre un estímulo traumático (elemento objetivo) y las vulnerabilidades o capacidades superativas del individuo (elemento subjetivo), de forma que prácticamente cualquier estímulo considerado traumático por el individuo puede desencadenar una síndrome de trastorno de estrés postraumático.

La rigidez del diagnóstico original del trastorno de estrés postraumático en el DSM-III, que exigía que el suceso traumático fuera de extraordinaria intensidad y muy por encima de los avatares regulares de la vida, se limita en el DMS-IV, a la mera exposición a un acontecimiento traumático del cual es posible que nadie más haya tenido conocimiento como evento y cuya intensidad como trauma sólo puede ser evaluada por el paciente a partir de sus síntomas. Es más, los nuevos criterios diagnósticos incluyen no solamente a quienes han vivido y han sido víctimas directas de un suceso traumático, sino también a aquellos que han presenciado una tragedia desde una distancia segura, e incluso a las personas que reaccionan de forma anormal cuando se les relatan detalles de un trauma vivido por otros. La otra posibilidad es que el trastorno de estrés postraumático sea una reacción normal a nuestras vivencias como lo es el duelo, se convierta en patológico únicamente cuando traspasa ciertos límites en intensidad y duración. El duelo, sin embargo, comienza con el acontecimiento mayor de una pérdida que es definitiva y observable, mientras que el trastorno de estrés postraumático es una reacción de horror a cualquier suceso de cualquier intensidad que incluso puede no haber sido observado, por lo tanto, la muerte de alguien y el proceso de duelo puede ser parte de este trastorno.

#### **Concepto.-**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV.TR) define al (TEPT) Trastorno por estrés postraumático como un trastorno con síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. El individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas, o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves y otras características que van a ser detalladas en adelante. (2).

La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10) lo define como un trastorno que surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración), de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona,(5) Los factores pre disponibles, como los rasgos de la personalidad, o una historia de males neuróticos previos, pueden incidir en una reducción del umbral tras el cual se desarrolla el síndrome, o se agrava su evolución pero ninguno de estos antecedentes es necesario ni suficiente para explicar su aparición.(1)

Entre sus característica distintivas se encuentran los episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos (retrospectivas),sueños, pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de “topor” y de aplanamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de respuesta a las circunstancias, de anhedonia y de impedimento de las actividades y de las situaciones que le recuerdan el trauma. Habitualmente hay un estado de alerta excesivo en la esfera autonómica con hipervigilancia, incremento de la reacción de alarma e insomnio.(1)

El trastorno por estrés postraumático es una alteración psíquica que aparece, según la definición de la OMS-CIE-10 1992, cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida propia de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión, aunque no es indispensable haber sufrido lesiones físicas para desarrollar la enfermedad. El TEPT es una condición clínica que representa una de las respuestas psíquicas a un hecho traumático y desde 1980 se incorporó a las clasificaciones diagnosticas psiquiátricas internacionales con esta denominación. La décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS,CIE 10, diferencia un epígrafe (F4) PARA “Trastornos neuróticos, somato morfos y relacionados con el estrés”, en el que existe una categoría (F43) denominada “reacción a estrés grave y trastorno de adaptación”. En ella se engloba la Reacción aguda de estrés, F43.0, el trastorno de estrés postraumático F 43.1 y los trastornos de adaptación F 43.2. Prudentemente se incluyen dos síndromes mas , el F 43.8, que corresponde a “otros” y el F 43.9, a “sin especificar”(2) .

### **Etiología de TEPT.-**

La etiología del Síndrome por Estrés Postraumático (SEPT) ó TEPT, es la experiencia de un estrés traumático o circunstancia ambiental susceptible de originar un trauma psíquico en el sujeto. El síndrome se desarrolla a partir de una o varias experiencias de estrés traumático, sufridas de manera aguda o crónica durante un tiempo que puede ser muy breve o durar años, la exposición a un acontecimiento estresante y marcadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su salud física”(2).

En el DCM IV-T-R , menciona como etiología a ”agentes estresantes altamente angustiantes para casi todo el mundo, que en general se experimentan con intenso miedo, terror y sensación de desesperanza. En éste documento también se enumeran una serie de situaciones que incluyen “peligro grave para la propia vida y la de los allegados, destrucción súbita del hogar o de la comunidad o presenciar esas situaciones acaeciendo a otras personas, por ejemplo, ser testigo de torturas o asesinatos. Amplia su espectro de causas diagnosticas aceptables de TEPT, para incluir además enfermedad física grave, violación y abusos secuelas infantiles, muerte súbita o trauma severo en una persona querida, asaltos violentos, entre otros. El DCM IV, pone énfasis en el criterio diagnostico etiológico para el TEPT, siendo ésta la única condición en todo el Manual a la que se asocia un criterio diagnostico etiológico y además estricto.

Debe quedar claro ,que un síndrome debe categorizarse en base a un perfil sintomático característico y no en relación con una clasificación discriminatoria artificial de las distintas intensidades del factor etiológico (Gonzales de Rivera y Revuelta 2000) . Dejando clara la presencia o la exposición a una situación estresante desencadenante, la estructura sindrónica debería se suficiente para realizar el diagnostico, sobre todo teniendo en cuenta que, incluso en las poblaciones sometidas a estrés mas traumático, no son todos los sujetos los que desarrollan el TEPT, existiendo factores de vulnerabilidad o pre disponibilidad. Desde una perspectiva clínica individual, el factor etiológico mas importante es el impacto subjetivo del

acontecimiento sobre el sujeto. Desde una perspectiva epidemiológica, los factores etiológicos más importantes en cuanto al acontecimiento en sí, que se correlacionan con una mayor incidencia del síndrome, son:

- La intensidad y severidad del trauma, definida como el grado en el que atenta contra el mantenimiento de la vida, la salud y la identidad (Rangell, 1976; Radil-Weiss 1983)
- El nivel de exposición, cercanía o implicación del sujeto con el acontecimiento traumático.
- La repetición de las situaciones traumáticas, que parecen ir agotando la resistencia y capacidad de adaptación del individuo hasta que se “quema” y desarrolla el TEPT, incluso ante situaciones menos traumáticas que otras que había superado con éxito anteriormente, fenómeno bien descrito en psiquiatría militar.

Las características cualitativas del acontecimiento o tipo de trauma, que en general, se relacionan más con la patología del síndrome que con su ocurrencia, una excepción importante es el sufrimiento deliberadamente inducido por otros seres humanos, como en los casos de tortura o ataques de motivación sádica, que inducen al TEPT, en prácticamente la totalidad de los sujetos expuestos.

### **Síntomas.-**

La triada sintomática se manifiesta con fenómenos invasivos, conducta de evitación y síntoma de hiperalerta.

Los síntomas se clasifican en tres categorías:

- a. Reviviscencia, repetitiva del evento, lo cual perturba las actividades diarias:
  - Episodios de reviviscencia en donde el evento parece estar sucediendo una y otra vez.
  - Recuerdos reiterativos y angustiantes de la situación.
  - Sueños repetitivos con la situación.
  - Reacciones físicas a situaciones que lo recuerdan a la persona el evento traumático.

b. Evasión:

- “Insensibilidad” emocional o sentimientos de que la persona nada le importa.
- Sentimientos de despreocupación e indiferencia.
- Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma.
- Falta de interés en las actividades normales.
- Menos expresión de estado de ánimo.
- Aislamiento de las personas, lugar y objetos que hacer recordar el evento.
- Sensación de un futuro incierto.

c. Excitación:

- Dificultad para concentrarse.
- Respuesta exagerada a los casos que causan sobresalto.
- Conciencia excesiva (hipervigilancia).
- Irritabilidad o ataque de ira.
- Dificultad para dormir.

También podría tener sentimientos de culpa, acerca del evento, siendo los siguientes síntomas características de ansiedad, estrés y tensión:

- Agitación o excitabilidad.
- Mareo.
- Desmayo.
- Palpitaciones.
- Dolor de cabeza.

### **EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU CODIFICACION.- (4)**

El trastorno por estrés postraumático es una patología psiquiátrica que esta definida por el Código Internacional de Enfermedades CIE-10 y el Tratado de Trastornos Mentales-IV- Revisión.

#### **Trastorno de Estrés postraumático según el DSM-IV-TR.-**

La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido

- A.- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperación o un horror intensos.
- B.- El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:
- (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- (2) Sueños de carácter recurrente sobre acontecimiento que producen malestar.
- (3) EL individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo, se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y un episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse.
- (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simboliza o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- (5) Respuesta fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C.- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma) tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:
- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

- (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- (6) Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor).
- (7) Sensación de un futuro limitado (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o en definitiva tener la esperanza de una vida normal).
- D.- Síntomas persistente de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos o mas de los siguientes síntomas:
  - (1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
  - (2) Irritabilidad o ataques de ira.
  - (3) Dificultades para concentrarse.
  - (4) Hipervigilancia.
  - (5) Respuesta exagerada de sobresalto.
- E.- Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan mas de un mes.
- F.- Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
  - \* Agudo: Los síntomas duran menos de 3 meses.
  - \* Crónico. Los síntomas duran 3 meses a más.
  - \* De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de os síntomas han pasado como mínimo 6 meses.(8)

**Trastorno de estrés postraumático según el Código Internacional de Enfermedades denominado ( CIE-10).** Presenta las siguientes características:

- A. El paciente ha estado expuesto a un acontecimiento estresante o situaciones (tanto breves como prolongadas) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.

- B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencia disociativa (*flashbacks*) recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.
- D. Una de las dos:
  - D.1 Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.
  - D.2 Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los siguientes:
    - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
    - b) Irritabilidad.
    - c) Dificultad de concentración.
    - d) Facilidad para distraerse.
    - e) Sobresaltos y aprensión exagerada.
- E. Los criterios B, C,D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras mas de 6 meses es necesario especificarlo).

#### **Mecanismo de la enfermedad.-**

El TEPT está asociado con un numero de variados cambios neurobiológicos y psicológicos. Suele estar asociado con alteraciones de las constantes neurobiológicas del sistema nervioso central y autónomo, tales como alteraciones de la actividad cerebral, disminución del volumen del hipocampo y activación anormal de la amígdala cerebral. Estas estructuras cerebrales se encuentran involucradas en el proceso de integración de la memoria. La amígdala cerebral también cumple funciones en el proceso de coordinación de la respuesta del cuerpo al miedo externo. Las alteraciones psico-fisiológicas asociadas al TEPT incluyen hiperexcitación del sistema nervioso simpático, incremento de la sensibilidad del reflejo del miedo y

anormalidades del sueño. Los pacientes con TEPT tienen tendencia a tener niveles anormales de las hormonas involucradas en la respuesta al estrés y la función tiroidea parece estar incrementada. También produce un impacto significativo en el funcionamiento psicosocial, presentándose profundos e invasivos problemas en la vida cotidiana, problemas familiares y en relaciones interpersonales, enfermedades del sistema inmunológico, temblores, vértigos o mareos, dolores de pecho, y otros cuya sintomatología son tratados por los médicos en forma aislada, demorándose en el diagnóstico del TEPT (17)

Los mecanismos que presenta el trastorno por estrés postraumático son:

- a. **Fijación del trauma**, por el fracaso de los mecanismos de cicatrización del propio organismo. La persona no es capaz de integrar el recuerdo del acontecimiento traumático en su memoria como parte de su pasado personal, el acontecimiento traumático continúa permaneciendo presente en la vida psíquica del individuo con la misma viveza y sensación de realidad que si acabara de ocurrir. Muchas veces la persona es incapaz de verbalizar y describir el acontecimiento, solo pueden explicar los sentimientos asociados a lo sucedido.
- b. **Intrusiones** en el TEPT, que suelen ser intensas emociones o impresiones somatosensoriales que aparecen cuando la víctima se encuentra en estado de alerta o está expuesta a situaciones que le recuerden el trauma. Estos mecanismos se manifiestan de diversas formas como *flashbacks*, emociones intensas como pánico, cólera, pesadillas recurrentes, cambios de carácter, etc.
- c. **Reexposición compulsiva al trauma**, en donde la víctima tiende a buscar situaciones que le sitúan en contextos que le recuerden la experiencia traumática vivida; tiene una sensación de fracaso antes esta situación y busca inconscientemente volver a revivirla para intentar controlarla.
- d. **Evitamiento y embotamiento** en donde la víctima se siente acosada por los recuerdos del acontecimiento y surgen pesadillas en las que vuelven a revivir los hechos, sufre *flashbacks* en los que estando despierto visualiza reiteradamente el suceso, o vuelve a sentir las mismas sensaciones corporales. Siente que mucho de lo que le rodea está relacionado de alguna manera con

los hechos. Intenta una huida hacia ninguna parte, ya que cualquier lugar al que vaya encuentra situaciones que le recuerden lo que no quiere recordar.

- e. **Incapacidad de modular el grado de alerta**, entonces la víctima está en un estado de hipervigilancia crónica y se siente incapaz de controlar esta respuesta, ante los estímulos más relevantes la respuesta somática es muy intensa lo cual provoca una generalización de la sensación del miedo. La facilidad con que su sistema nervioso autónomo se activa trae consigo que no pueden confiar en sus reacciones para analizar el entorno y su propio estado de ánimo.
- f. **Incapacidad de procesar adecuadamente la información**, dado que el miedo a que se activen los mecanismos de alarma que tanto cuesta controlar para evitar el recuerdo del acontecimiento son una barrera mental para un proceso efectivo.
- g. **Cambios permanentes en la personalidad**, dado que se pierde la seguridad o se piensa a plantear la existencia de la maldad humana y surgen la desconfianza y el miedo (17).

### **Epidemiología.-**

El trastorno de estrés postraumático es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general, con prevalencia de vida de entre el 5 y el 10% (3). La prevalencia de cada uno de los acontecimientos traumáticos es un dato que depende en gran medida de las características de la muestra y que presenta una gran variabilidad según la procedencia y la fecha del estudio. En relación al trastorno de estrés postraumático por un aborto no refiere la literatura peruana un registro, no así los estudios en Chile y Estados Unidos demuestran una alta prevalencia de dicho trastorno en mujeres que se han sometido a un aborto en forma voluntaria y es denominada **SINDROME POS ABORTO**. Existen estudios de prevalencia que demuestran la existencia de factores de riesgo de exposición a acontecimientos traumáticos como: sexo varón, raza negra, bajo nivel educativo, problemas conductuales, separación temprana, historia familiar con problemas como depresión, ansiedad, psicosis, alcohol, drogas, comportamiento antisocial.

Los acontecimientos traumáticos más prevalentes se han clasificado en (21)

- Generales: Muerte inesperada de un ser querido, accidente de tráfico con riesgo para la vida, presenciar una agresión o un asesinato, asalto con violencia o amenaza con un arma, catástrofe natural.
- Varones: Violación, Combatir en una guerra, presenciar agresión/asesinato, abusos físicos en la infancia, enterarse de una desgracia, accidentes de tráfico, agresión física, amenaza con arma, desatención en la infancia, acoso sexual.
- Mujeres: Violación, acoso sexual, enterarse de una desgracia, presenciar agresión/asesinato, accidente de tráfico, agresión física, abusos físicos en la infancia, amenaza con arma, desatención en la infancia.

### **Fisiopatología.-**

Las recientes investigaciones sobre biología del trastorno por estrés postraumático han revelado que las personas que sufren esta afección presentan una serie de alteraciones neurobiológicas, entre otras las siguientes (17)

- Disminución del cortisol, en saliva y en orina, lo que va en contra de los prejuicios intuitivos que hubieran hecho pensar que el cortisol aumenta en el estrés normal, debería estar incrementado (Yehuda 1997) en el trastorno por estrés postraumático.
- Aumento de la hormona tiroidea en sangre.
- Alteración de ciertas propiedades de las células sanguíneas: aumento de los receptores glucocorticoides de los linfocitos, disminución de la captación de serotonina en las plaquetas, disminución de la actividad de la monoamino oxidasa en las plaquetas.
- Alteraciones importantes del funcionamiento cerebral como muestra los estudios de Ruiz Solis, Mingote, Gonzalo y colab. 2000.

Respecto la comorbilidad del trastorno de estrés postraumático es importante considerar que esta enfermedad presenta una elevada tasa de comorbilidad de hasta el 80% en la mayoría de los estudios epidemiológicos. Existen al menos dos posibles explicaciones para entender las elevadas tasas de comorbilidad entre este y otros trastornos. La primera consiste en que una historia previa de otro trastorno mental puede asociarse con un riesgo incrementado de padecer el primero. Esto podría

deberse a una mayor posibilidad de exposición a acontecimientos traumáticos en esas personas, o a un incremento del riesgo condicionado de padecerlo tras exposición a un trauma en personas con otros trastornos mentales. La segunda explicación reside en el hecho de que este trastorno puede asociarse a un mayor riesgo de presentar otros subsecuentes. Entre las enfermedades que se asocian con mas fuerza se encuentran: trastornos afectivos como la distimia o la depresión mayor, otros trastornos de ansiedad como el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia simple o la agorafobia y el abuso o dependencia a alcohol y otras drogas.

Es importante considerar la cuestión de la cronicidad. El DSM-IV habla de una forma crónica de la enfermedad si la duración de los síntomas es igual o superior a tres meses. En este sentido diversos estudios con victimas de traumas han encontrado que el número de personas con síntomas decrece sustancialmente pasados tres meses y en el caso de que los síntomas se mantengan entre tres y seis meses hay muchas posibilidades de que se conviertan en casos crónicos.

**La predisposición a sufrir un trastorno por estrés postraumático se basa en:**

- Haber sufrido un suceso traumático en la infancia
- Haber tenido algunos períodos prolongados de depresión previos
- Rasgos dependientes de personalidad, muy marcados
- Rasgos paranoides de personalidad, muy marcados
- Trastornos de personalidad borderline o antisocial
- Un sistema de apoyo muy irregular o inadecuado (pocos amigos o familiares que lo apoyen y ayuden)
- Aislamiento social
- Vulnerabilidad genética o física (vulnerabilidad constitucional)
- Cambios resientes que representen mucho estrés
- Pensar que los demás tienen el control de nuestras vidas, que ellos disponen con sus actos cómo nos vamos a sentir y actuar.
- Ingesta de alcohol o abuso de sustancias psicoactivas (de manera reciente)
- Una enfermedad grave en sí mismo o la familia

- Haber enfrentado otro hecho traumático, y si es reciente aumenta el potencial lesivo para el cerebro.
- Muerte de un familiar, separación u otro motivo que cause conmoción en la vida del que sufre cualquier hecho traumático.

### **Curso, evolución y pronóstico.-**

El curso del trastorno de estrés postraumático y en consecuencia la evolución y el pronóstico de esta enfermedad depende de la interrelación de factores ambientales y del sustrato biológico. Como introducción a este aspecto es necesario por lo tanto llevar a cabo una breve referencia al proceso que tiene lugar en el sistema nervioso central e indicar como se integran los estímulos estresantes intensos que provocan el trastorno y como modifican su actividad. Para ello se ha de hacer referencia a como se entiende desde la perspectiva evolutiva el proceso patológico que tiene lugar en este trastorno. Así mismo resulta obligado citar aquí el sustrato biológico subyacente que permite comprender el curso posterior de la enfermedad. En esencia, lo que sucede es que un estímulo asociado a un riesgo vital desencadena un proceso de respuesta condicionada, que se generaliza ante estímulos que no debieran suscitar tal respuesta (17)

Estímulo (riesgo vital) → Respuesta condicionada de evitación.  
Estímulo asociado → Respuesta generalizada de ansiedad.

Se trata por lo tanto, al igual que en otros procesos patológicos de una respuesta exagerada del organismo, ante estímulos que superan su capacidad de adaptación, observándose respuestas que en consecuencia resultan desadaptativas, anormales o patológicas.

### **Diagnostico diferencial.-**

En el trastorno de estrés postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad (peligro para la vida), en cambio en el trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad. El diagnostico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático o cualquier otro trastorno mental específico, como cuando el cuadro sintomático típico del trastorno de estrés

postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes (abandono del cónyuge, pérdida de trabajo).

En los trastornos de la personalidad las reacciones mal adaptativas son omnipresentes, generalizadas, incluso ante grados mínimos de estrés y en el duelo los síntomas no tienen la intensidad del trastorno de estrés. La diferencia con el trastorno de estrés agudo se encuentra fundamentalmente en criterios cronológicos. En éste, los síntomas han de aparecer en el mes siguiente al acontecimiento y han de durar como máximo 1 mes; si los síntomas duran más allá del mes y el paciente cumple los criterios, ha de cambiarse el diagnóstico inicial por el de estrés postraumático. Finalmente en el trastorno disociativo la intensidad de la conducta evitativa, del aumento de la activación o la historia traumática suele ser inferior a la del trastorno de estrés postraumático.

## **ABORTO Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

### **Introducción.-**

Cuando se dice que un ser humano nace, vive un cierto número de años, se traslada de un lugar a otro, se reproduce y finalmente muere, se está definiendo lo que estudia y preocupa a la demografía, y el aborto en ese sentido frustra en sus inicios ese itinerario de la vida.

Todo planteamiento necesariamente tiene que partir del reconocimiento del hecho en que desde el momento de la concepción comienza la vida de la persona humana, y por lo tanto, el producto de la fecundación también desde el punto de vista psicológico es genéticamente único e irrepetible, tiene una propia dignidad humana.

A pesar de los avances de la medicina, la deficiencia de atención en salud de la población y específicamente la salud materna, sigue siendo una gran preocupación. Una de las causas de morbilidad materna es el aborto clandestino que genera lesiones físicas, psíquicas, emocionales y espirituales y a veces la muerte; en los lugares donde el aborto es legalizado, el daño es el mismo en el aspecto integral de la mujer.

**Concepto:** La **Medicina** entiende por aborto toda expulsión del feto, natural o provocada, en el periodo no viable de su vida intrauterina, es decir, cuando no tiene

ninguna posibilidad de sobrevivir. Si esa expulsión del feto se realiza en periodo viable pero antes del término de embarazo, se denomina parto prematuro, tanto si el feto sobrevive como si muere.

El **Derecho Canónico**, considera aborto la muerte del feto mediante su destrucción mientras depende del claustro materno o por su expulsión prematuramente provocada para que muera, tanto si no es viable como si lo es. En el **lenguaje corriente**, aborto es la muerte del feto por su expulsión, natural o provocada, en cualquier momento de su vida intrauterina. La **Iglesia Católica** entiende por aborto voluntario, la muerte provocada del feto, realizada por cualquier método y en cualquier momento del embarazo desde el instante mismo de la concepción. Podemos concluir que ,de cualquier manera ,un aborto es la terminación de un embarazo, muerte del feto por su expulsión natural o provocada en cualquier momento de su vida intrauterina. El aborto provocado es considerado como un procedimiento criminal que sigue siendo utilizado con los eufemismos como “evacuar el útero” o “interrumpir el embarazo”, disimulando las claras connotaciones éticas. Teniendo en cuenta las causas que originan el aborto se clasifican en:

1. Aborto espontáneo o natural, El **aborto espontáneo** o **aborto natural** es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue pues del aborto inducido. El término sólo se aplica estrictamente cuando dicha pérdida se produce antes de la semana 20 del embarazo, denominándose a partir de ese momento parto prematuro. El aborto espontáneo puede ser retenido, cuando no se elimina nada, incompleto, cuando no se eliminan todos los productos de la gestación, o completo La causa más frecuente es la muerte fetal por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas.<sup>1</sup> En otros casos se debe a anormalidades del tracto reproductivo, o a enfermedades sistémicas de la madre (diabetes, nefritis, traumatismos graves), o enfermedades infecciosas (Mal de Chagas, Toxoplasmosis, Brucelosis, Sífilis, Listeriosis, Hepatitis B, SIDA).
2. Aborto Provocado aborto criminal, se realiza matando al hijo en el seno materno o bien forzando artificialmente su expulsión para que muera en el exterior. En ocasiones se actúa sobre embarazos de hijos viables, matándolos en el interior. Es

importante recordar que la experiencia del aborto provocado en una mujer puede generar dos posibilidades:(14)

- Algún efecto psicopatológico.
- Grave efecto psicopatológico.

Los medios más habituales para producir el aborto son:

1. Aspiración.

Se adosa al cuello uterino un tubo que va conectado a un potente aspirador. La fuerza de succión arrastra al embrión y al resto del contenido uterino, todo deshecho en pequeños trozos. Una vez terminada la operación de succión se suele realizar un legrado para obtener la certeza de que el útero ha quedado vacío completamente. Este método se suele usar cuando el embarazo es de menos de diez a doce semanas (2 a 3 meses de gestación)

2. Raspado o legrado.-

También llamado curetaje, es usado con mas frecuencia. Se comienza a dilatar el cuello uterino bajo anestesia, luego se introduce en el útero una cucharilla llamada cureta, de bordes cortantes que trocea al contenido uterino ( placenta y criatura) para luego ser extraídos con la misma legra. Se practica entre las cuatro a doce semanas de vida.

3. Inducción de contracciones.-

Consiste en la provocación de la expulsión del feto y la placenta mediante la administración a la madre, de sustancias que producen contracciones semejantes a las de un parto, las cuales provocaran a su vez la dilatación del cuello uterino y el desprendimiento del contenido uterino.

4. Inyección intramniótica.-

Se inyecta en el líquido amniótico en que vive el hijo, a través del abdomen de la madre, una solución salina hipertónica o una solución de urea. Estas soluciones irritantes hiperosmóticas provocan contracciones parecidas a las del parto, y con un intervalo de uno o dos días tras la inyección, el hijo y la placenta suelen ser expulsados al exterior. En un cierto número de casos hay que efectuar después un legrado par asegurarse de la expulsión de la placenta.

## 5. Píldoras abortivas.-

Aunque se ha intentado muchas veces el uso de medios con apariencia de medicamentos para producir abortos, hasta ahora sólo lo ha conseguido con alguna efectividad la llamada “píldora abortiva”. Es una píldora que interrumpe el embarazo. Se la elige como opción a la intervención quirúrgica, pero en muchos casos se recurre igual a esta última porque no ha sido por completo efectiva. Se deben tomar ciertos recaudos para evitar un raspado o incluso una transfusión de sangre.

La RU-486 es un fármaco que se utiliza, casi exclusivamente, para producir abortos de embriones de pocos días de vida. Su nombre genérico es Mifepristona. Es una hormona sintética que bloquea la progesterona (hormona indispensable para que se mantenga el embarazo), impide la fijación y provoca la expulsión del hijo concebido, produciéndose la muerte del mismo (aborto). Se es administrada antes de la implantación del embrión impide que el endometrio proteja de forma adecuada a dicho embrión. Pero si se la aplica después de la implantación del embrión, bloquea la actividad secretora del endometrio e inicia la erosión endometrial, lo que induce a que se produzca el desprendimiento del embrión de la pared del útero. Por consiguiente, es un abortivo tanto si se la aplica antes como después de la implantación.

### **Consecuencias físicas y psicológicas del aborto.-**

El debate del aborto propalado en los medios de comunicación muchas veces deja de lado un aspecto crucial; la forma como el aborto daña a la mujer y el detalle de estos daños. Una sólida defensa del derecho a la vida y a la información hace imprescindible que se informe adecuadamente sobre los nocivos efectos producidos en las mentes de las madres que tiraron sus niños a una cesta de basura, a un balde de quirófano. Las consecuencias físicas han sido suficientemente documentadas en un rango que abarca desde la infertilidad hasta el cáncer de seno, pero ¿Qué tenemos acerca de las consecuencias psicológicas científicamente documentadas?

El aborto legal o ilegal daña física y psicológicamente a la mujer y hasta puede acarrearle la muerte; de las complicaciones físicas que ella sufre emocional y espiritualmente se conoce bastante ya que se han identificado como un conjunto de

signos y síntomas que producen daño (Síndrome Pos Aborto). En la mayoría de los casos a la mujer nunca le dijeron todo lo que le podía pasar. Se les explicó el aborto como un procedimiento quirúrgico clínicamente seguro, pero los aspectos del llamado procedimiento seguro pueden dejar un deterioro físico permanente sin mencionar el potencial de problemas psicológicos crónicos.

A continuación detallaremos las consecuencias que produce un aborto provocado en la salud integral de la mujer (6)

#### **Consecuencia Física:**

- Muerte
- Cáncer de mama , de ovarios, hígado y cervical (cuello uterino)
- Desgarros cervicales (cuello del útero) y/o perforación del útero
- Placenta previa (sic)
- Embarazo ectópico
- Afección inflamatoria pélvica
- Riesgos añadidos para las mujeres con múltiples abortos
- Riesgos añadidos para las adolescentes
- Esterilidad.
- Abortos espontáneos.
- Hemorragia, shock, coma
- Infecciones.

#### **Secuelas psíquicas del aborto. (26)**

- Trastornos por estrés post-traumático (en inglés PTSD o PAS).
- Necesidad de tratamiento psicológico.
- Disfunción sexual
- Planteamientos suicidas e intentos de suicidio
- Abuso del alcohol y Abuso de las drogas
- Desórdenes alimenticios
- Descuido de los niños o conducta abusiva hacia ellos
- Divorcio y problemas crónicos de relación
- Abortos de repetición.

## **Otras consecuencias del aborto evidenciadas en la literatura.-**

### **A) El aborto provocado conduce a la depresión.- (6)**

Fergusson , miembro de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Christchurch, Nueva Zelanda y sus colaboradores hallaron en una de sus investigaciones que el aborto tiene consecuencias psicológicas para la mujer, especialmente aquella que se ha sometido a una practica abortiva. En una de sus investigaciones hallaron que las mujeres de 15 a 18 años de edad que no habían quedado embarazadas tenían un 31.2% de probabilidad de sufrir depresión mayor. Las que habían quedado embarazadas y no habían tenido un aborto tenían una probabilidad de 35.7% pero aquellas que habían tenido un aborto tenían una alarmante probabilidad de 78.6%.

### **B.- Aumenta el riesgo de hospitalización psiquiátrica tras el aborto (Readon DC,Cougler JR,RueShupig . (19)**

La Asociación Americana de Psicología (APA), que siempre ha apoyado el derecho al aborto, ha insistido a menudo en que el aborto es una experiencia benigna que predominantemente alivia a la mayoría de las mujeres. Algunos miembros de la APA han llegado a acusar de mentirosos a los que hablan de los traumas emocionales del aborto. Argumentaban que el aborto es tan corriente que si causara problemas emocionales, los psiquiátricos del país estarían llenos de pruebas de ello. Ahora, un nuevo estudio publicado en el Canadian Medical Association Journal (CMAJ) en el 2003 muestra que esas pruebas sí existen. Una revisión de los informes médicos de 56.741 pacientes de Medicaid de California reveló que las mujeres que habían abortado tenían 2'6 veces más probabilidades que las que habían dado a luz de ser ingresadas en un psiquiátrico en los 90 días siguientes al aborto o parto. (7) .La psicosis depresiva fue el diagnóstico más frecuente.

### **C.- Trastornos del comportamiento post aborto.**

Según un estudio de la Fundación Iberdrola et.al.,en su Proyecto Espera de Investigación , presentado en abril 2004, informa que cerca de 700.000 adolescentes españoles sufren trastornos de comportamiento. La OMS indica que estos índices están aumentando que se queda sin diagnosticar. Según un estudio en 260 mujeres

que acudieron a un centro de ayuda solicitando terapia post-aborto tenían los siguientes padecimientos: (8)

- 39%, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia.
- 92%, atonía emocional (falta de sensibilidad emocional).
- 86%, tendencia a los ataques de ira y reacciones violentas al enfadarse.
- 86%, miedo generalizado y difuso.
- 82%, sensación de soledad y aislamiento y 75% tenían menos autoestima.
- 73% tenían trastornos sexuales como promiscuidad, frigidez o pérdida del placer.
- 63% Negación o sentimientos de duda acerca de su aborto.
- 58% sufrieron insomnio o pesadillas.
- 57% mayor dificultad en conservar o iniciar relaciones amorosas.
- 56% Sentimientos suicidas.
- 53% iniciaron o aumentaron el consumo de drogas o alcohol.
- 28% tuvieron intentos de suicidas.

#### **Otras secuelas del aborto en la mujer.-(28)**

- Aparición de muertes sépticas en las usuarias de la RU-486 debido a que su mecanismo de acción favorece las infecciones por gérmenes especialmente peligrosos. Recientemente publicado por el Dr. R. Miech de la Brown Medical School de Rhode Island, EEUU, en julio (Annals of Pharmacotherapy 2005) y por el equipo del Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, EEUU (New England Journal of Medicine 2005, 353:2352-60).
- El aborto provocado por aspiración produce un riesgo aumentado de pérdida del hijo en el siguiente embarazo, resultados de Shanghai Institute of Planned Parenthood Research, China (International Journal of Epidemiology 2003, 32:449-54).
- En este sentido, las mujeres con antecedente de aborto provocado tuvieron un riesgo mayor de presentar un recién nacido altamente prematuro que aquellas sin este antecedente (3 de cada 5 mujeres con historia de aborto provocado presentaron parto gravemente prematuro; OR + 1.5, 95% CI 1.1-2.0) (Bjog. 2005, 112:430-437).

- El aborto provocado aumenta los riesgos de alteraciones en el estado del ánimo (depresión y autolesión), enmarcadas en el síndrome post-aborto, un estudio de University of North Carolina, EEUU (Obstet Gynecol Survey 2003, 58:67-79).
- Las mujeres que han sufrido un aborto provocado padecen un síndrome de estrés generalizado con un 30% más de probabilidad que las que han llevado adelante su embarazo no deseado. Resultados de Jesse R. Cougle y colaboradores, publicado en Journal of Anxiety Disorders 2005, 19:137-142.
- Las mujeres que habían abortado presentaban malestar psicológico hasta cinco años después de la interrupción, siendo los efectos de evitación, pesar, angustia y ansiedad mayores en el caso de abortos provocados que en los espontáneos. Es un estudio reciente de A.N. Broen y col., de la Universidad de Oslo, en Noruega (BMC Med. 2005, 3:18).
- Se han descrito graves alteraciones en las relaciones sexuales y en el deseo sexual de numerosas mujeres que abortaron voluntariamente en estudios de la Universidad de Ginebra, en Polonia y en China (Gynecol Obstet Invest. 2002, 53:48-53; Pieleg Polozna. 1988, 5:7-9 contd; European Journal of Obstet Gynecol Reprod Biology 2005). En la reciente investigación de la Universidad de China de Hong Kong, se ha detectado que aproximadamente un tercio de las mujeres del estudio que han abortado provocadamente sufre a corto plazo una inhibición y un deterioro en su deseo y placer sexual. Además, un 17% de mujeres se veían mucho menos atractivas tras la interrupción del embarazo.

### **Aborto y consentimiento informado**

Los modelos sanitarios actuales, no conciben ningún tipo de relación médico-paciente que no observe lo que se denomina "consentimiento informado": es decir, el enfermo debe conocer las distintas opciones terapéuticas que en su caso concreto merece la pena valorar y bajo el consejo del médico, ambos (médico y paciente) valoran conjuntamente cuál de las opciones posibles es más conveniente. Para que el paciente pueda decidir, es preciso que se le explique en qué consiste cada opción, así como sus ventajas y sus inconvenientes, los riesgos y los posibles efectos secundarios de cada intervención o tratamiento (naturalmente, es preciso que el médico adapte su lenguaje a la capacidad de entendimiento del paciente).

En el caso de las mujeres que están considerando la opción de abortar, es preciso que, al igual que en el resto de intervenciones médicas, se respete su derecho al consentimiento informado. Esto implicaría:

- Prevenir acerca de las consecuencias psicopatológicas que entraña el aborto.
- Avisar del mayor riesgo de complicaciones en embarazos posteriores al aborto (niños de menos peso, parálisis cerebral).
- Explicar en qué consiste la técnica abortiva
- Explicar que, de acuerdo con el estadio del embarazo, el embrión o feto, es de un determinado modo: tiene bracitos, piernas, un corazón que late desde la cuarta semana.
- Informar acerca de las posibles complicaciones, riesgos y efectos secundarios que sobre la salud física y sobre la fisiología reproductiva de la mujer entraña la técnica abortiva a que se va a someter.
- Informar acerca de las otras alternativas: por ejemplo, no abortar y decidir después del parto entre ejercer la maternidad o dar al bebé en adopción.

Quizá sea cierto que abortar de un modo inconsciente, sin conocer todos estos detalles sea mucho menos doloroso. Pero lo que yo creo es que muchas mujeres tomarían la decisión de no abortar si lo supieran. Si socialmente se acepta este engaño es porque se tiene la convicción de que lo que realmente le conviene a esa mujer es abortar y, lo que hay que hacer por caridad, es hacer que esta difícil decisión sea más soportable, menos dolorosa y más fácil de tomar. Ni que decir tiene que, por lo menos en España, el derecho al consentimiento informado es violado a diario en cada mujer que se dirige a una consulta de planificación familiar con la esperanza de recibir orientación e información para poder tomar una decisión "libre" acerca de su embarazo. No es posible tomar decisiones libres cuando uno desconoce la realidad sobre lo que es objeto de su decisión, especialmente si es posible adquirir este conocimiento. Es un delito sugerir o favorecer que una persona tome una determinada decisión a la par que se le oculta información que podría modificar la resolución final.

## TERREMOTO Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Los terremotos se producen cuando las tensiones acumuladas por la deformación de las capas de la Tierra se liberan bruscamente. Se rompen las masas de rocas que estaban sometidas a fuerzas gigantescas, reordenándose los materiales y liberando enormes energías que hacen temblar la tierra. Sus focos de inicio (**hipocentro**) se localizan a diferentes profundidades, estando los más profundos hasta a 700 kilómetros. Son especialmente frecuentes cerca de los bordes de las placas tectónicas. Al año se producen alrededor de **un millón de sismos**, aunque la mayor parte de ellos son de tan pequeña intensidad que pasan desapercibidos. Actúan de forma instantánea en un área extensa y las ondas sísmicas que provocan, especialmente las superficiales, causan formación de fallas, desprendimientos de tierra, aparición y desaparición de manantiales, daños en construcciones y muertes en las personas. Son muy difíciles de predecir y, en la actualidad, no hay sistemas eficaces para alertar a la población con tiempo de la inminencia de un sismo.

### Intensidad y magnitud de los terremotos

La **intensidad** es una medida subjetiva de los efectos de los sismos sobre los suelos, personas y estructuras hechas por el hombre. No usa instrumentos sino que se basa en las observaciones y sensaciones ocasionadas por el terremoto. Es útil para describir el terremoto en zonas en las que no hay sismógrafos próximos y para comparar los terremotos antiguos. Hay más de 50 escalas distintas para medir la intensidad, pero las más conocidas son dos:

1. **Mercalli** Modificada. Tiene 12 grados y es la más internacionalmente usada
2. **M.S.K.** es la que se utiliza en la mayoría de los países europeos y es la oficial en España. Va del grado I al XII.

La **magnitud** es una medida objetiva de la energía de un sismo hecha con sismógrafos. La escala más conocida y usada es la de Richter (1935) y mide el "logaritmo de la máxima amplitud de un sismograma registrado por un instrumento estándar, a una distancia de 100 kilómetros del epicentro".

**Tsunami.-**

Un TSUNAMI (del japonés TSU: puerto o bahía, NAMI: ola) es una ola o serie de olas que se producen en una masa de agua al ser empujada violentamente por una fuerza que la desplaza verticalmente. Este término fue adoptado en un congreso de 1963. Los terremotos submarinos provocan movimientos del agua del mar (maremotos o tsunamis). Los tsunamis son olas enormes con longitudes de onda de hasta 100 kilómetros y que viajan a velocidades de 700 a 1000 km/h. En alta mar la altura de la ola es pequeña, sin superar el metro; pero cuando llegan a la costa, al rodar sobre el fondo marino alcanzan alturas mucho mayores, de hasta 30 y más metros. El tsunami está formado por varias olas que llegan separadas entre sí por unos 15 o 20 minutos. La primera que llega no suele ser la más alta, sino que es muy parecida a las normales. Después se produce un impresionante descenso del nivel del mar seguido por la primera ola gigantesca y a continuación por varias más.

**Descripción de casos.-**

1. Un 30% de los damnificados del terremoto no ha superado el trauma.

El director de Salud Mental del Ministerio de Salud, Manuel Escalante, informó hoy que un 30% de la población de Ica, Pisco y Chincha no ha logrado superar aún el trauma que le produjo el terremoto del 15 de agosto del año 2008 .En diálogo con [elcomercio.com.pe](http://elcomercio.com.pe)(14AGO08) ,Escalante precisó que, apenas ocurrida la tragedia, se derivó personal del ministerio para que atiende a los damnificados. Este trabajo se dividió en tres partes. El funcionario del Minsa refirió que en la primera etapa, que abarcó el mes siguiente al sismo, se realizaron intervenciones de tipo grupal a niños, adolescentes, adultos y ancianos, con la finalidad de que pudieran tener un espacio para expresar sus miedos y temores frente al evento. En ese lapso se efectuaron 8 mil atenciones a personas con manifestaciones de estrés post traumático.

En la segunda etapa, agregó, que abarcó el año siguiente a la tragedia, los especialistas del Minsa atendieron a 480 pacientes que presentaban cuadros clínicos producidos por el sismo, como la depresión y la ansiedad

## 2. Terremoto paquistaní deja un tendal de traumas mentales .21/11/2005 - 17:05(GMT)

Después del terremoto la gente se quedó atontada, insensibilizada, sin hacer nada. Estaban en estado de conmoción. Ahora están empezando a reaccionar y veo que hay casos de trastorno del estrés postraumático... y el número de casos aumenta", dijo el Dr. Ghulam Mustafa Awan, uno de dos siquiatras en esta capital regional. Varios sobrevivientes que perdieron sus viviendas o que carecen de familiares que los cuiden vagabundean por los bazares de la ciudad como autómatas, y Awan advirtió que podría producirse una depresión "en gran escala" entre la población en general. "Es un error limitarse a meterles medicinas a la gente", comentó Allison Male, una sicoterapeuta británica en una clínica en la ciudad de Bagh. "Nosotros tratamos de normalizar las cosas y decirles qué tipo de reacciones puede experimentar uno después de un terremoto, y que después de un tiempo desaparecen". El Dr. Mohsin Shakil, cirujano nacido en Cachemira que trabaja en Gran Bretaña, dijo que el terremoto y la demora en la ayuda han tenido un profundo impacto psicológico en los residentes.

### VIOLENCIA Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

De acuerdo con la (NOM-190-SSAI-1999), **Violencia Familiar** es el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad, o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurre el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. La violencia no se genera de manera espontánea. Sucede cuando alguien acumula tensiones, enojos y frustraciones, transformándolas en agresiones que se descargan dentro o fuera del hogar. La violencia de género es la que se ejerce contra las mujeres por el hecho de ser mujer. Con el tiempo, las personas se acostumbran a la violencia y la viven como si fuera natural. La violencia familiar comprende:

- a. Violencia física, si tu pareja te agrede con golpes, patadas, jalones, empujones, mordidas, entre otros.

- b. Violencia psicológica, si te insulta, amenaza, prohíbe cosas, chantajea, manipula, tiene celos excesivos o te compara.
- c. Violencia sexual, si tiene relaciones sexuales sin tu consentimiento, te acosa y hostiga a tener prácticas sexuales no deseadas.
- d. Violencia económica, te controla la forma de gastar el dinero y el de tu familia, dispone de tus pertenencias sin tu consentimiento.
- e. Violencia patrimonial, te impide tener o conservar un empleo, te limita los alimentos y medicamentos o te obliga a pedir dinero.

### **Descripcion de casos.**

1. **Trastorno de estrés postraumático: Daño cerebral secundario a la violencia**.  
**Autor/es.** Azcárate Mengual, María Antonia . Fecha de Publicación 01/09/2007.  
**Publicación:** Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2007. **Desc. Física:** 164 p.

#### **Resumen:**

Trastorno de estrés postraumático: daño cerebral secundario a la violencia psicológica (mobbing, violencia de género, acoso escolar), es un estudio de las bases biológicas en las que se sustenta esta patología y que ayuda a comprender la abigarrada sintomatología que afecta a la multitud de sistemas del organismo. La autora recopila la bibliografía existente sobre este trastorno tan desconocido que en la actualidad se encuadra como enfermedad neuropsicoendocrinoinmunológica exigiendo, por tanto, para su diagnóstico y tratamiento un abordaje multidisciplinar. Investiga y comprueba que la violencia psicológica, de la misma forma que los traumas físicos, es capaz de provocar un daño cerebral que, a su vez, repercute en la regulación de actividades tan importantes para la salud como la memoria, el aprendizaje, los ritmos biológicos y el sistema nervioso autónomo.(15)

2. **Trastorno por estrés postraumatico y su relacion con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltradas.** Calvete E., Estevez A., Corral S. Facultad de Psicología, Universidad de Deusto, Bilbao, Spain. ecalvete@fice.deusto.es.

Este estudio evaluó la asociación entre síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y esquemas cognitivos disfuncionales en víctimas de violencia por parte de la pareja. En el estudio participaron 114 mujeres atendidas por servicios especializados para víctimas, las cuales completaron medidas de agresión física, abuso sexual, abuso psicológico, TEP y esquemas cognitivos. Los resultados mostraron que el 67.54% de las mujeres cumplían criterios para diagnósticos del TEP. Estas mujeres puntuaron más alto en esquemas cognitivos con contenidos referentes al abuso, vulnerabilidad al daño, imperfección, culpa, apego, abandono y dependencia. Un modelo de ecuaciones estructurales mostró que la asociación entre violencia y esquemas cognitivos estaba completamente mediada por la presencia de síntomas del TEP. Finalmente, se discutieron las implicancias clínicas de estos resultados.

### **CONFLICTO ARMADO INTERNO Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

A falta de una definición general de “conflicto armado interno”, existen elementos objetivos que permiten establecer cuándo nos hallamos ante una situación de este tipo. En primer lugar, el conflicto armado interno se caracteriza porque en él las partes enfrentadas tienen un estatuto jurídico claramente desigual. A diferencia de lo que sucede en los conflictos armados de carácter internacional, en los conflictos armados internos el enfrentamiento no se produce entre Estados soberanos, sino entre el Gobierno de un solo Estado y uno o varios grupos armados dentro de los límites de su territorio.

#### **Descripción de casos:**

#### **Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia)**

Nora H. Londoño, Oscar Muñiz, Jorge Enrique Correa Carlos D. Patiño, Gerardo Jaramillo Juliana Raigoza, Laura Toro, Diego A. Restrepo, Carlos Rojas. Psicóloga, magistra, Universidad de San Buenaventura. [nhelenapsi@hotmail.com](mailto:nhelenapsi@hotmail.com)  
[nora.londono@usbmed.edu.co](mailto:nora.londono@usbmed.edu.co)

Los trastornos que mostraron mayor asociación con el TEPT (grupo casos) fueron la fobia social ( $p=0,001$ , RD 26,29) y trastornos por angustia (TA): ( $p=0,008$ , RD 15,33), Sin diferencias significativas entre los grupos, el porcentaje fue alto en depresión mayor (DM) (37% casos y 38% controles), riesgo de suicidio (37% y 62%, respectivamente), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (47% y 38%, respectivamente). Conclusiones: Son frecuentes el TEPT, el TAG, el DM y el riesgo suicidio en las víctimas de violencia armada. Los trastornos por angustia y la fobia social pueden considerarse factores de riesgo al TEPT.

Otro estudio realizado en Colombia con 222 personas víctimas de la violencia armada en el municipio de San Joaquín (Santander), 76 personas (37,6%) resultaron positivos para el TEPT. Si bien en esta población no hubo muertos ni heridos, el pueblo quedó semidestruido y los habitantes presentaron perturbaciones emocionales agudas (6). Las víctimas de violencia tienen un mayor riesgo de desarrollar graves problemas de salud mental (7,8).

### **Trastorno por estrés post traumático: Perfiles de la sintomatología en hombres y mujeres**

FUENTE: CURRENT MEDICAL RESEARCH AND OPINION. 2003;19(3):200-204. Ben Green. (Post-traumatic stress disorder: Symptom profiles in men and women.) . El trastorno por estrés post traumático (TEP) puede afectar a un 2-3% de la población en general en cualquier momento. Es un trastorno mental relativamente ordinario, más frecuente que la esquizofrenia (0,5%), pero menos frecuente que la depresión mayor (5-10%). Es también relativamente persistente, durando un año o más. Los casos severos del TEP pueden ser extremadamente duraderos, una vez que están establecidos.

Se investiga la frecuencia de los síntomas de una muestra relativamente grande de víctimas de trastorno por estrés post traumático (TEP) y se comparan los perfiles masculinos y femeninos de la sintomatología. Para ello se examinaron a un total de 103 asistentes a una clínica para el TEP utilizando una lista de las características del DSM-IV para el TEP. La presencia y la ausencia de todos los síntomas fueron evaluadas en una entrevista. También se investigó sobre algunos síntomas

adicionales, por ejemplo cambios de humor, consumo de sustancias, el deseo sexual o la libido.

Ciertos síntomas estaban presentes en más del 30% de las víctimas. Las frecuencia de los síntomas para la ansiedad, el insomnio, el estrés y los sueños recurrentes, la irritabilidad, la baja concentración, comportamiento de evitación y separación alcanzaron el 70%. Algunos síntomas (tales como la incapacidad de recordar las partes del trauma y el afecto restringido) ocurrieron en no más del 35% de las víctimas. Los hombres tienen considerablemente más probabilidades que las mujeres para ser víctimas de irritabilidad ( $p < 0,05$ ) y para consumir alcohol en exceso ( $p < 0,05$ ). Los síntomas tienden a originar una reacción aguda de estrés, ocurren temprano y persisten durante muchos meses. Publicado el: 19 de junio de 2003

### **3.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.-**

El presente trabajo presenta antecedentes investigativos a nivel regional de la entidad de estrés postraumático en poblaciones expuestas a eventos como conflicto armado o desastre natural, no así en el grupo poblacional que ha tenido un aborto provocado. De otro lado si hay estudios que refieren la prevalencia del Trastorno por Estrés postraumático, como una entidad psiquiátrica con aspectos clínicos iguales al que presentan las víctimas de un aborto y en este caso lo denominan SINDROME POST ABORTO.

#### **3.1.- SINDROME POST ABORTO: DESCRIPCION SINTOMATICA DEL SINDROME EN SANTIAGO DE CHILE. (TEPT por un ABORTO)**

Universidad del Desarrollo de Santiago de Chile. Dr. Christian Schnake F., Alejandro Ossandon, Verónica Bennett y Col. Resultados: Descripción estadística del contexto de los sujetos:

Después de analizar los resultados se puede ver que la incidencia del SPA es superior en mujeres que en hombres, estos últimos solo alcanzan a un 21.7% en cambio en las mujeres fue de 78.3%. El 56.5% de los sujetos que manifiestan el síndrome, tienen una edad que fluctúa entre los 20 y 30 años. Se observa que a medida que nos alejamos de este rango las manifestaciones del síndrome disminuyen. En sujetos

menores de 20 y mayores de 50 años, el porcentaje que manifiesta el síndrome disminuye drásticamente un 6.52% en cada caso.

### **3.2.- CATEGORIZACION DIAGNOSTICA DEL SINDROME POSTABORTO.**

Clínica Universitaria RICARDO ZAPATA GARCIA de Navarra. Carmen Gómez psiquiatra del Servicio de Salud. Resumen:

Con objeto de asignar categoría diagnóstica al Síndrome Posta borto (SPA) se estudian mediante historia clínica vivencial y exploración psicopatológica estandarizada, diez pacientes con dicho síndrome, se realizan el diagnóstico según criterios DSM-IV y CDI-10 y se analizan cualitativamente lo síntomas mas significativos. Se comprueba que, aunque los síntomas del SPA, coinciden en general con los de los diversos trastornos psicopatológicos adaptativos, en los diez casos de SPA, estudiados se cumplen los criterios diagnósticos de trastorno postraumático. Además, las pacientes con SPA, presentan algunos síntomas de especial interés cualitativo como reiterados y persistentes sueños y pesadillas relacionados con el aborto, intensos sentimientos de culpa y la necesidad de reparar. Se concluye que el SPA, debe considerarse un tipo mas de estrés postraumático aunque con características propias muy relevantes a la hora de la comprensión vivencial del paciente y de la intervención psicoterápica.

### **3.3.- TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO EN LAS POBLACIONES DE LA DEHEZA Y LA PUNTA DE CAMANA, A LOS 4 AÑOS DEL DESASTRE NATURAL DE JUNIO DEL 2001. Año 2005.**

**Tesis Naldy Barriga Triviños.**

#### **Conclusiones:**

- a. La población estudiada en su mayoría se trato de mujeres, con estudios de nivel secundario, bajo ingreso económico y dedicado a labores del hogar.
- b. La frecuencia de trastorno por estrés postraumático en las poblaciones de la DEHEZA y la Punta Camaná es del 23.58%, después de cuatro años del ocurrido el terremoto del 2001.

### **3.4.- ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO EN EL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO. 2007.**

**Tesis: Ramirez Martínez Carol, Valerio Morales Graciela**

#### **Conclusiones:**

- a. Los resultados obtenidos demuestran que las víctimas directas del conflicto armado interno presentan niveles de frecuencia y gravedad postraumático por lo se acepta la hipótesis.
- b. Las víctimas directas mujeres del conflicto armado interno mostraron diferencia significativa en los niveles de frecuencia y gravedad de estrés postraumático en relación a las víctimas indirectas mujeres.

#### **4.- OBJETIVOS.-**

- a) Determinar la frecuencia del trastorno por estrés postraumático en las mujeres que han sufrido los eventos traumáticos de violencia psicológica y física, terremoto/tsunami, conflicto armado.
- b) Determinar la gravedad del trastorno por estrés postraumático en las mujeres que han sufrido los eventos traumáticos de violencia psicológica y física, terremoto/tsunami, conflicto armado.
- c) Determinar la frecuencia del trastorno por estrés postraumático en las mujeres que se han sometido voluntariamente a un aborto.
- d) Determinar la gravedad del trastorno por estrés postraumático en las mujeres que se han sometido a un aborto.
- e) Determinar que el aborto provocado es un evento que produce trastorno por stress postraumático.

### **III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.-**

**1. Técnicas e Instrumentos.-** La técnica utilizada es la entrevista y el instrumento aplicado es el cuestionario denominado Escala de Trauma de Davidson; cuya calificación se describe mas adelante. Se ha tenido como base el estudio realizado en la tesis documentada que sirvió para “Evaluar el Estrés Postraumático en Víctimas del Conflicto Armado Interno en el departamento de Ayacucho, 2007”.

El impacto de los traumas se ha estudiado en los últimos años, en especial lo que concierne al daño psíquico. El desarrollo de instrumentos de evaluación para el trastorno es bastante reciente comparado con otros trastornos de ansiedad. No obstante existen una gran cantidad de instrumentos que se han utilizado en los últimos estudios. Dadas las características de los datos que se desea recoger para determinar el trastorno de estrés postraumático, es que se ha escogido la ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS). La Escala de Trauma de Davidson (DTS) (Davidson JRT, Boock SW y cols; 1997), es una escala diseñada para evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. Consta de 17 ítems que corresponden a los síntomas recogidos de los criterios B-C-D para el diagnóstico del TEPT, según el DSM-IV, que no han tenido ninguna variación en su aporte diagnóstico al descrito en el DSM-IV-TR., y que sirve para evaluar los síntomas de este cuadro en víctimas que han sufrido diferentes sucesos traumáticos.

Los ítems referentes a la intrusión y evitación se relacionan con el acontecimiento estresante, mientras que en los ítems de embotamiento, aislamiento e hiperactivación se valora su ausencia o presencia sin tener que relacionarlos directamente con el acontecimiento estresante. La escala es de tipo informe que se aplica preguntando los 17 ítems; y tanto la frecuencia de presentación como la gravedad del síntoma, se analiza a través de una escala de Likert de 05 puntos que se califica desde 0 (nunca o gravedad nula) hasta 4 (diariamente o gravedad extrema), según se califique la frecuencia o intensidad.

Dado que no se pudo conseguir los detalles de calificación de La Escala de Trauma de Davidson (DTS) (Davidson JRT, Boock SW y cols; 1997), por no poder comunicarme con la Asociación MHS Published Products, que se encarga de comercializar la escala; se ha trabajado en base al estudio estadístico que se realizó para “Evaluar el Estrés Postraumático en Víctimas del Conflicto Armado Interno en el departamento de Ayacucho, 2007”. Este trabajo ha obtenido un percentil adecuado y correspondiente a cada nivel de frecuencia y gravedad. Para la determinación de los niveles se utilizó percentiles, indicadores estadísticos que dividen la distribución de frecuencia en partes iguales, obteniéndose la siguiente escala:

NTILES	NIVEL	PUNTAJE
	Nada (Nada) (Nunca)	0
Puntaje menores al P 25	Bajo (Leve) (A veces)	1 - 21
Puntaje entre P 25 y P50	Regular (Moderado) (2-3 veces)	22 - 42
Puntaje entre P 50 y P 75	Alto (Marcada) (4-6 veces)	43 - 64
Puntaje Superior P75	Muy Alto (Extrema) (Diario)	65 - 85

De otro lado, para la evaluación de las dimensiones B, D, C, se ha considerado la Escala de Likert siguiente:

ESCALA DE LIKERT PARA LA EVALUCION DE LAS DIMENCIONES B,D,C.			
	DIMENSION B	DIMENSION C	DIMENSION D
NIVEL	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE
NULO	0	0	0
BAJO	1 - 4	1 - 6	1 - 4
RGULAR	5 - 10	7 - 14	5 - 10
ALTO	11 - 15	15 - 22	11 - 15
MUY ALTO	16 - 20	23 - 28	16 - 20

Seguidamente se indica el contenido de cada dimensión que será evaluada:

**Criterio “B” de evaluación TEPT.(Reexperimentación persistente del acontecimiento traumático )**

Pregunta	Síntomas		Criterio
1.-	1	Recuerdos del acontecimiento que provocan malestar	B
2.-	2	Sueños recurrentes	B
3.-	3	Sensación de ocurrencia del suceso. Flashbake	B
4.-	4	Malestar psicológico intenso frente a estímulos	B
5.-	5	Respuesta fisiológica al exponerse a estímulos	B

**Criterio “C” de evaluación TEPT.(Evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo”**

Pregunta	Síntomas		Criterio
6.-	1	Esfuerzos para evitar pensamientos del suceso	C
7.-	2	Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que recuerden el evento	C
8.-	3	Incapacidad para recordar aspectos del trauma	C
9.-	4	Reducción acusada del interés	C
10.-	5	Desapego o enajenación	C
11.-	6	Restricción de la vida efectiva	C
12.-	7	Sensación de futuro desolador	C

**Criterio “D” de evaluación TEPT. (Síntomas persistentes de aumento de la activación arousal ausente antes del trauma).**

Pregunta	Síntomas		Criterio
13.-	1	Dificultades de sueño	D
14.-	2	Irritabilidad	D
15.-	3	Dificultades de concentración	D
16.-	4	Hipervigilancia	D
17.-	5	Respuesta de sobresalto exagerada	D

Seguidamente se adjunta el cuestionario utilizado en la entrevista, Test de Davidson:



## 2. Campo de Verificación.-

### 2.1.- Ubicación Espacial.-

- a) El presente trabajo de investigación se realizará en la población de mujeres que han acudido a Proyecto Esperanza en busca de ayuda, para el caso de aborto provocado.
- b) Para el estudio de conflicto armado, se entrevistará al personal policial femenino que estuvo en el conflicto de Moquegua en el mes de Abril 2008.
- c) Para el problema de violencia física y psicológica, se encuesta al personal que acude a las casas refugio de , HOGAR TEMPORAL DE MARIA, LA CASA DE LA MUJER. y a las Comisarías.
- d) Para el evento de desastre natural, se hará entrevista al azar, a la población que estuvo expuesta a los terremotos que se produjeron en las ciudades de Arequipa, Moquegua y Camaná

### 2.2.- Ubicación temporal.-

De acuerdo al alcance temporal de la investigación, el estudio se define como COYUNTURAL, respondiendo a una ubicación cronológica que para el caso de aborto ha sido de dos años (Abril 2006-Agosto 2008) , siendo para las otras cosas de 10 meses para alcanzar la cantidad necesaria de muestra para el estudio.

### 2.3.- Unidades de Estudio.-

El presente trabajo de investigación toma como unidades de estudio a:

- a) La población de mujeres que han acudido a Proyecto Esperanza durante los años 2006-2007 , que constó de 652 mujeres que han tenido un aborto provocado, de las cuales solo 96 de ellas aceptaron participar en el trabajo de investigación y están en los criterios de inclusión respectivos.
- b) Población de mujeres que han vivido la experiencia de estar en un desastre natural, terremoto, ocurrido en el sur del país, el 23 de junio del 2001 en las localidades de Arequipa, Camaná y Moquegua.
- c) Población de mujeres que han sufrido violencia física y psicológica que acuden a las casas refugio y hacen la denuncia en la Comisarías.

- d) Personal PNP, femenino de 23 policías femeninas que estuvieron presente en el Moqueguaso (conflicto armado interno ocurrido el 15 – 16 de Junio del 2008 en la ciudad de Moquegua por asignación del presupuesto del Canon Minero a ésta localidad) en calidad de secuestradas.

#### 2.4.- Muestra.-

Basado en un muestreo no probabilístico se considerará una muestra para variables categóricas utilizando la siguiente regla:

$$n = \frac{N*}{(N - 1) D x}$$

- a) En relación al grupo se tomara como muestra a un total de 96 mujeres que voluntariamente deseen participar en la investigación y que corresponde al 15% de la población universo.
- b) 96 mujeres que han sufrido violencia física y psicológica.
- c) 96 mujeres expuestas a un terremoto ( 32 de Arequipa, 32 de Camaná, 32 de Moquegua).
- d) 23 mujeres expuestas a conflicto armado interno (Moqueguaso), siendo el total de las que solo se pudo entrevistar a 23.
- e) El muestreo fue por conveniencia o accidental.
- Se han considerado los siguientes criterios de exclusión :
- Mujeres que no completan el llenado de la ficha.
  - Mujeres que tienen antecedentes de problemas psicológicos.
  - Mujeres que están en tratamiento por problemas emocionales.
  - Mujeres que para le evolución del evento aborto provocado no hayan sufrido de otro acontecimiento traumático como, entre otros:
    - Accidente.
    - Asalto.
    - Separación conyugal.
    - Enfermedad crónica y/o terminal.

- No haber estado expuesta a un desastre natural.
- No haber sufrido de violencia física o psicológica.
- No haber estado expuesta a un conflicto armado interno.

### 3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION DE DATOS.

#### 3.1.- Organización.

El Proyecto Esperanza es una institución sin fines de lucro que brinda asesoramiento psicológico y ayuda espiritual a las mujeres que han tenido un aborto provocado. Esta ayuda, denominada “acompañamiento” tiene el objetivo de recuperar parte de la “salud” de la mujer y en algunos momentos de su pareja. En ella existen monitoras que han sido capacitadas en manejo del Síndrome Post Aborto y que están a cargo de dicho acompañamiento. Para la aplicación del cuestionario, las monitoras serán capacitadas por el investigador, dándoles una información básicamente científica que permita aplicar el cuestionario. Para los casos de violencia y de conflicto armado la investigadora aplicó el cuestionario en forma directa. A la población expuesta a desastre de Arequipa, Moquegua, Camaná, se les interceptará en el camino o sus domicilios para la entrevista. Para los casos de violencia, serán entrevistadas las mujeres que acuden a las comisarias para hacer las denuncias correspondientes y aquellas que se encuentran en las casas de refugio.

3.2.- Recursos.- Se contará con los siguientes recursos:

RECURSOS	COMPETENCIA	NUMERO
Humanos	La investigadora.	01
	Asesor	01
	Psicóloga	02
Logísticos	Equipo de Computo	01
	Material de escritorio	Varios
De infraestructura	Áreas de familia de las comisarias	Varios
	Casa de la Mujer	01
	Casa de refugio temporal Hogar de Maria	01

### 3.3.- Validación del instrumento.-

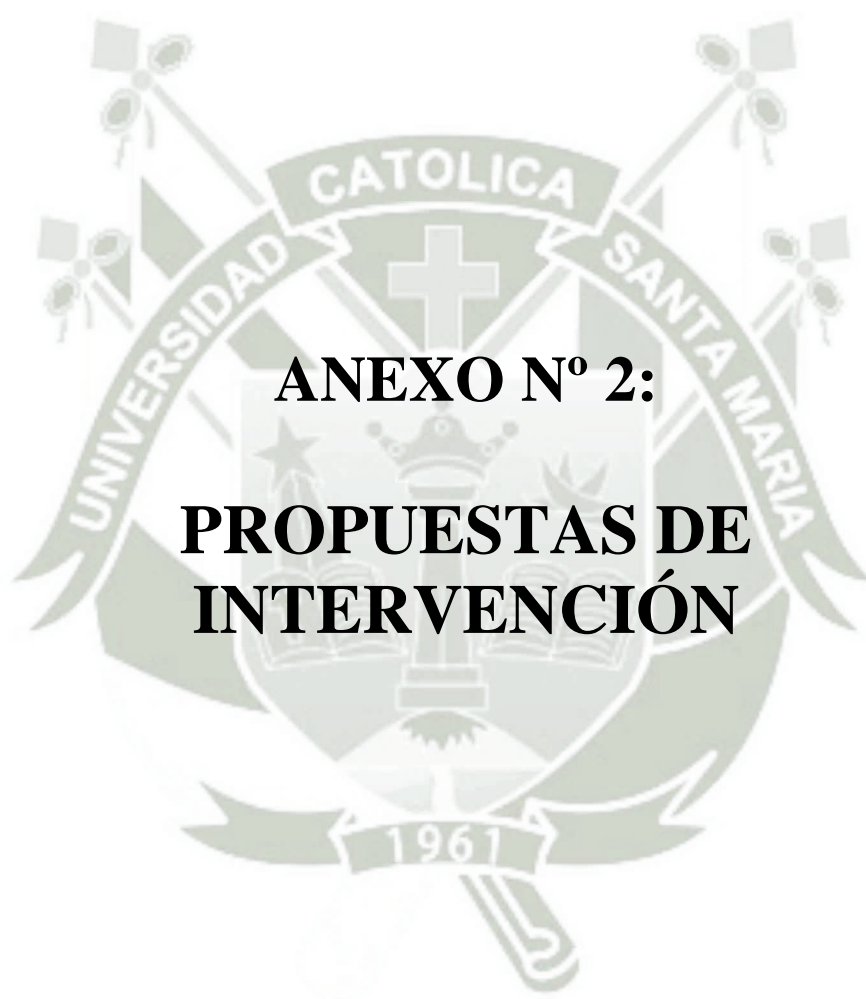
La encuesta fue validada, al hacerse el trabajo sobre el Trastorno por Estrés Postraumático en el departamento de Ayacucho. Esta validación esta vigente y se ha considerado válida para el presente trabajo de investigación juzgando su eficacia, en el análisis de los registros.

### 3.4.- Criterios para el manejo de resultados.-

- a. Operaciones de sistematización, clasificación, matriz de ordenamiento documental.
- b. Recuento a través de matrices de conteo computarizado
- c. Tabulación de los datos presentados en los cuadros de las variables e indicadores respectivos.
- d. El tipo de proceso será manual y electrónico.
- e. Plan de análisis de datos:
  - Análisis de variables para obtener los resultados para llegar a los objetivos planteados.
  - Análisis bivariado. Presentar los resultados en tablas analizando las determinaciones encontradas entre las variables independientes y dependientes

### IV. CORNOGRAMA DEL TRABAJO:

Actividades	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009
Presentación de proyectos	X			
Aprobación de proyectos	X			
Recolección de datos		X		
Sistematización de datos			X	
Resultados			X	X
Informe final				X
				X



**ANEXO N° 2:**  
**PROPUESTAS DE  
INTERVENCIÓN**

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

### INTRODUCCION.

La globalización en que vivimos y en la que se halla inmersa la persona, la familia, la comunidad, exige de la educación una adaptación para poder orientar al educando a vivir en este mar de novedades, siendo necesario idear estrategias de intervención educativa que den respuesta a los problemas que se van generando. Las necesidades básicas siempre han sido las mismas, solo que en estos momentos, éstas se han incrementado al punto de sentir que la medicina es insuficiente como sistema de salud ya que no está respondiendo a las necesidades biológicas que están apareciendo, es imprescindible entonces prevenir, antes de curar.

Los cambios epidemiológicos han reemplazado en muchos países del mundo una serie de enfermedades infecciosas clásicas (cólera, diarrea, procesos respiratorios) por otras patologías como las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer) y las llamadas “enfermedades del progreso”(sida).

En éste contexto, entramos en una nueva etapa en la historia de la salud pública a la que Terry llama “segunda revolución” donde los problemas sanitarios de la población trascienden los tradicionales campos de la medicina y requieren para su prevención un tratamiento educativo que vaya desde el nivel personal, familiar y social.

Entender que educar para que la persona cuide su salud, es educar para prevenir, supone definir conceptualmente esta expresión si queremos ser exhaustivos en todas las implicancias y funciones, ya que acoge el hombre en su totalidad biológica, psicológica, espiritual, social y de servicio.

### EDUCACION.

La definición etimológica del término educación viene del vocablo **educere** (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia afuera), y si analizamos la voz **educare** (criar, nutrir, alimentar), están significando ambas el sentido del término educación que se puede resumir en dirigir, encaminar, doctrinar así como desarrollar facultades intelectuales y morales de una persona.

La afirmación de que la educación radica en la persona nos lleva a diagramar que lugar ocupa el hombre en su entorno y en relación con los demás seres, con los que interactúan de forma dinámica en cada contexto de la vida. La educación, entonces, hace referencia al hombre en su totalidad, considerando también su contexto social.

El contenido de la educación considera entre otras las características diferenciales de educar, propiamente dicho, de intencionalidad, optimización (mejora, perfeccionamiento), procesual (relación, comunicación) desarrollo de facultades, aptitudes y actitudes (racionalización personal), socialización (apertura compromiso) ayuda, servicio y búsqueda de la felicidad. Es por ello que la noción genérica de **aprendizaje** no equivale siempre a educación por la simple razón de que no todo cambio de conducta es educativo ya que la realidades no personales de la naturaleza,

la cultura, el medio, aun cuando ejerzan influencias mas o menos fuertes sobre los hombres, no actúan y por ello no se puede decir que eduquen.

El proceso educativo consiste no tanto, en los procesos humanos, cuanto en la ordenación de la misma por la razón, de la espiritualidad y la reconciliación. Al final esperamos que “ellos” sean más valiosos. La calidad de la educación viene determinada por la dignidad, profundidad y extensión de los valores que hayamos sido capaces de internalizar en los educandos.

Actualmente, y gracias a Dios, el sistema educativo es un sistema abierto por el intercambio de información que realiza con el medio que lo envuelve y es, al mismo tiempo, un sistema cerrado en tanto que es por si mismo capaz de controlarse. Es así que la educación se convierte en versátil e integral colocándose al servicio del individuo y de la sociedad, sin colectivismos ni individualismos.

El proceso educativo definitivamente se inicia en la familia y se ayuda con la aparición de la escuela, pero se ha dejado de lado la educación en los grupos de edades con mayor riesgo y con más conciencia de cuidado y protección de los factores que dañan la salud; se ha descuidado los niveles técnico y universitario de enseñanza integral.

Se puede resumir diciendo que:

1. El concepto de educación designa no solo una actividad o proceso, sino también el efecto de aprender.
2. La educación es un proceso humano que supone razón, valores, vivencias, compartir y servir
3. El fin de la educación debe implicar de un modo u otro, dignificación o perfeccionamiento del sujeto humano.

## **SALUD.**

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) la define como el *estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades*. Según J.Gol, la salud es aquella manera de vivir autónoma, solidaria y alegre. En ambos conceptos y en todos los demás es importante añadir el factor “espiritual”, fundamental en la vida diaria, manifestándose como enfermedad, cuando se vé afectado.

Las dimensiones de la salud son:

1. Nivel somático o biológico, que implica integridad anatómica y funcionalidad orgánica.
2. Nivel psicológico, que traduce la conducta y desarrollo de los procesos psíquicos que permiten la auto percepción de bienestar y malestar.
3. Nivel socio cultural, integración de la persona en las instituciones, que comparte su desarrollo en grupo.

4. Nivel espiritual, que es la base de la existencia de la persona, el sustento de una vida con valores.

El sentido de la salud ha ido evolucionando en función del momento histórico de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimiento. El concepto actual de salud nos sitúa en un plano integrador de la sociedad y el hombre, configurándose la salud en el mundo occidental como:

“Conjunto de condiciones físicas, psíquicas, espirituales y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno”.

Es importante decir entonces que cualquier consecuencia en la salud integral afecta el quehacer diario de la persona y su entorno; por ello la importancia de informar, educar y comunicar aspectos de salud, porque el estado de bienestar que solo se logra cuando existe un equilibrio entre los factores biológicos, físicos, mentales, emocionales, espirituales y sociales permiten un conveniente desarrollo y crecimiento de las capacidades y habilidades que cada ser humano tiene como ser individual y único.

#### **EDUCACION PARA LA SALUD.**

Siendo la educación un proceso optimizador y de integración, y la salud como bienestar físico, psíquico, social y espiritual, podemos definir de forma provisional que la Educación para la Salud es un ***“proceso de educación permanente que debe iniciarse en cualquier momento de la vida de la persona, orientado hacia el conocimiento de si mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales y también del ambiente que le rodea, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva”***.

La educación para la Salud, tiene una función preventiva y correctiva capacitando a la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollar un proceso de salud integral personal, familiar y de servicio a su comunidad, lo que le va a permitir estudiar, trabajar y rendir en todo su potencial.

Los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas individuales sino que están insertos en un contexto social, de costumbres por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la educación para la salud, deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y al contexto donde se desarrollan, ya que resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales y del entorno adecuados.

La Educación para la Salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana centrándose no en conductas aisladas, sino en comportamientos que determine su calidad de vida; por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado, aunque si condicionado por una serie de factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta por lo que el esfuerzo y la lucha personal deben orientarse no solo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto, sino también a sus propios hábitos y tendencias.

La primera célula de la socialización es la familia, por lo que es en ella donde debe iniciarse la educación. La escuela, el nivel técnico y universitario, también tiene una función importante así como otras instituciones del ámbito laboral y comunitario, ya que la salud implica una responsabilidad individual y social donde la participación activa de todos los miembros se hace necesaria para la resolución de los problemas, en función con las necesidades de cada grupo en su determinado contexto.

El hombre nace con un potencial de salud que está condicionado por su genoma y también con una capacidad de adaptación al entorno cambiante, pero los vertiginosos cambios impiden que este se adapte a su entorno físico, psíquico y social, produciéndose grandes desajustes, los que van a generar pandemias como las enfermedades transmisibles y las enfermedades degenerativas, que son la mayor causa de morbi –mortalidad en éste momento.

Se ha estudiado también la influencia negativa del estrés sobre la salud, las personas que padecen una situación de estrés continuado desarrollan un mayor número de enfermedades; los estresadores mayores debilitan el sistema inmunológico y la educación para la salud permite tener el conocimiento necesario para el buen manejo de éste, previniendo sus efectos negativos en el organismo. Los factores ambientales ocupan también un lugar importante en cuanto a determinantes de enfermedad.

La estabilidad emocional es otro factor determinante de salud. Se ha comprobado que las emociones negativas como la ira, la hostilidad reprimida, tienen un efecto directo sobre la contractilidad de la arteria coronaria y en consecuencia sobre la llegada de oxígeno al músculo cardíaco. Se ha comprobado que el control de los factores de riesgo tradicionales, es insuficiente en cuanto a efecto preventivo si el organismo no se encuentra sereno, sosegado y en paz, de aquí la necesidad de atender la salud emocional como parte integrante de la educación para la salud.

La educación para la salud tiene como objetivo informar, educar a la persona, a los miembros de una familia y a la sociedad, ya que la salud es un derecho promulgado por la Declaración Universal de Derechos Humanos y también por la Constitución Peruana. Conseguir la salud óptima supone pues cumplir objetivos primordiales como vivir en paz, consumir alimentos saludables y agua suficiente, educación sanitaria, justicia social, viviendas dignas, planificación y programas de investigación comunitarios y organización de estructuras sanitarias a todo nivel. Algunos puntos dependen de varios estamentos, pero muchos dependen solo de nosotros, de haber aprendido a vivir saludablemente. Estamos pues en la responsabilidad de educar para ello.

Es importante entonces, la integración curricular de la Educación para la Salud en el sistema educativo con un sentido de transversalidad que, no supone añadir nuevas materias al currículo, sino dar un nuevo sentido al mismo para poder responder a los problemas que actualmente se están planteando en el mundo, en nuestra región, como consecuencia de los cambios sociales y del acelerado desarrollo tecnológico.

El enfoque educativo debe no solo proteger a los jóvenes de enfermedades y riesgos, sino que los centros de formación debe ser una fuerza promotora de salud que oriente al joven en todas sus necesidades biológicas, psicológicas, espirituales y

sociales. **Si nuestro compromiso es educar, debemos hacerlo en forma integral y con proyección, solo así obtendremos la excelencia en la educación, pues estaremos formando personas profesionalmente formadas con calidad y vocación de servicio, porque las cosas debemos hacerla siempre bien.**

**Seguidamente se presenta el contenido silábico para el desarrollo del curso:**

## **I. DATOS INFORMATIVOS.**

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nombre de la asignatura:   | Educación para la salud.          |
| 2. Plan de estudio:           | 2009-2010.                        |
| 3. Carácter de la asignatura: | Obligatoria, sin pre requisito.   |
| 4. Centro de clases:          | Universidad Católica Santa María. |
| 5. Semestre Académico:        | Primer semestre.                  |

## **II. SUMILLA.**

La Educación para la Salud es un asignatura cuyo contenido esta comprendido en la ciencias de la salud.

La salud es un derecho que ha pasado de ser la ausencia de enfermedad, a ser una manera de entender la vida en la que nosotros participamos no como meros observadores, sino como protagonistas y arquitectos de nuestras propias vidas sin olvidar que el entorno condiciona muchas de nuestras decisiones y conductas.

Como seres humanos creados a la imagen de nuestro Señor, tenemos la obligación de conocer nuestra anatomía, fisiología y procesos que nos mantienen vivos, los docentes, estamos en la responsabilidad de dar a conocer todo este contexto integral porque también educamos a la persona en forma integral.

Los temas que comprenden aspectos de fisiología, anatomía, salud mental y valor por la vida, van a permitir al alumno conocer y entender los procesos funcionales de su propio cuerpo y tener la capacidad de mejorar su estado, antes de que aparezca el daño o enfermedad, facilitando la interpretación de las diferentes manifestaciones del cuerpo humano, comprendiendo los cambios en cada etapa de la vida y descubriendo los cambios positivos y negativos. Todo, con el único propósito de prevenir las enfermedades, conocernos y valorarnos, para así respetar y amar al próximo.

## **III. OBJETIVOS.**

1. Educar para prevenir situaciones que dañan la salud personal, familiar y del entorno.
2. Educar para valorar la salud integral.
3. Educar para valorar la vida.
4. Educar para vivir en servicio de los demás.

#### **IV. COMPETENCIAS GENERALES.**

1. Analiza y valora el funcionamiento del cuerpo humano en las diferentes etapas de la vida.
2. Identifica los signos y síntomas de “alarma” que le van a permitir acudir al profesional para el cuidado de su salud.
3. Internaliza la importancia de cuidar la salud con prevención y promoción de la misma.
4. Se identifica como promotor de la salud con respeto y en defensa de la vida y al servicio de los demás.

#### **V. CONTENIDO TEMÁTICO.**

##### **Unidad I.**

##### **La Salud de la persona y su entorno.**

1. Educación para la Salud, el reto de nuestro tiempo.
  - a. Educación, Salud y Globalización.
2. Conceptos e interpretación de salud.
3. La Salud como un Derecho y una como una Obligación.
4. Realidad Sanitaria mundial, nacional y regional.
5. Bioética.

##### **Unidad II.**

##### **Bases generales de anatomía y fisiología de la persona humana.**

1. Estructura general del cuerpo humano:
  - a. Segmentos corporales.
  - b. Cavidades corporales.
2. Funciones del cuerpo humano:
  - a. Función de relación:
    - Sistemas óseo, articular y muscular.
    - Órganos de los sentidos.
    - Sistema nervioso y endocrino.
  - b. Función de nutrición:
    - Sistema digestivo.
    - Sistema respiratorio.
    - Sistema circulatorio y linfático.
    - Sistema urinario.
  - c. Función de reproducción.

- Sistema reproductor femenino.
- Sistema reproductor masculino.
- Fecundación, embarazo, parto y puerperio.

### **Unidad III.**

#### **Etapas de vida y salud.**

1. La salud en las diferentes etapas de vida.
2. Higiene y Salud.
  - a. Higiene en los Sistemas de movimiento.
  - b. Higiene en los Sistemas que participan en la nutrición.
  - c. Higiene en el sistema reproductor masculino y femenino.
  - d. Higiene en los sistemas de regulación y control.
  - e. Higiene preconcepcional.

### **Unidad IV.**

#### **Principales problemas de salud.**

1. Enfermedades transmisibles (VIH/SIDA e ITS)
2. Enfermedades crónico degenerativas.
3. Enfermedades mentales.
5. Anorexia y bulimia.
6. Estrés.
  - Definición.
  - Patogenia.
  - Prevención.
  - Intervención.
7. Ludopatía

### **Unidad V.**

#### **Primeros Auxilios.**

1. En el hogar.
2. En el centro universitario.

### **Unidad VI.**

#### **Prevención y Promoción de salud.**

1. Prevención de discapacidades.
2. Proyecto de vida .

### **Unidad VII.**

#### **Educación permanente en salud y en servicio.**

1. Rol del promotor en salud en su centro de estudios y su comunidad.
2. Identificación de problemas en su entorno.
3. El Don de servicio en salud.

### **Unidad VIII.**

#### **Prevención de la Violencia.**

1. Factores determinantes de la violencia.
2. Violencia social.
3. Prevención de la violencia.
4. Aspectos legales de la violencia.

## VI. METODOLOGIA: PROCEDIMIENTOS DIDÁCTICOS:

### TÉCNICA DIDÁCTICA.

- Se presentará a inicio del curso el objetivo de la asignatura y su relación con otras del plan de estudios, así como el temario y las actividades de aprendizaje
- Clase expositivas con diálogo permanente que propicie la participación de los alumnos en el análisis y opiniones sobre los temas.
- Desarrollo del trabajo en equipo
- Participación en clase y actividades prácticas.
- Exposición de los resultados obtenidos en la investigación de temas específicos
- Dinámicas grupales (mesas redondas, paneles discusión dirigida ente otros) para analizar y sintetizar temas específicos
- Desarrollo y la realización de prácticas por medio de talleres.

## VII. MEDIOS Y MATERIAL EDUCATIVO.

Se utilizará pizarra, plumón, papelote, proyector de multimedia, televisor, videgrabadora y equipo de música.

## VIII. EVALUACIÓN.

- Evaluación diagnóstica en referencia no calificada.
- Evaluación formativa durante el desarrollo del curso
- Evaluación de los productos elaborados por el alumno durante el desarrollo del modulo.
- El sistema de calificación es vigesimal de 00 a 20, la nota aprobatoria es 13 (trece), 0.5 punto a favor de la calificación final.
- Examen escrito : 55%.
- Practica desarrollada : 15%
- Trabajo práctico : 10%.
- Asistencia : 10%
- Destreza : 10%.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Bertha Y.Higashida (2004) *Educación para la Salud*. México, D.F.Nueva Editorial Interamericana Megraw-Hill.
2. Rogelia Perea Quesada (2006). *La Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo*. Universidad Nacional de Educación .Venezuela.
3. LANGMAN,D. (2004) *Embriología medica*. Editorial Medica Panamericana Argentina 9<sup>a</sup> edición.
4. WILLIAMS. (2002) *Obstetricia*, 21ava Edición México.

## **SEGUNDA PROPUESTA**

# **MANUAL DE ACOMPAÑAMIENTO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES QUE HAN TENIDO UN ABORTO PROVOCADO.**

## PRESENTACION

El Manual que presento, esta basado en el Manual de Consulta del Proyecto Raquel, iniciado en Milwaukee por Vicki Thorn, enviado desde México por el Instituto de Rehabilitación de la Mujer que ha abortado (IRMA), y en la traducción no profesional del texto Post Abortion Syndrome A THERAPY Model for Crisis Intervention de la autora norteamericana Nola Jones, realizada por Ulrike Baader y M. Elena Krestschmer.

Este Manual describe paso a paso las instrucciones para el desarrollo de las sesiones de acompañamiento para las mujeres que han tenido un aborto provocado y tienen Trastorno por Estrés Postraumático. El aborto es una experiencia que destruye el nuevo ser formado en el vientre materno y deja un profundo vacío en la mujer, evidenciando que la maternidad es un proceso irreversible en la que la pérdida de un hijo de esa manera, deja ansiedad, miedo, pánico, presión, sentimientos de culpa, entre otros, siendo necesario no solo el apoyo del profesional psiquiatra y/o psicólogo sino también es el personal entrenado, dispuesto y con las competencias necesarias para sanar las heridas, superar el duelo y recobrar la confianza en ella misma, es decir, darle la oportunidad de mejorar su calidad de vida y la de su entorno.

Educadores y líderes pro vida constantemente se encuentran con las segundas víctimas del aborto (la mujer). Muchos consejeros clínicos tratan a mujeres que sufren síntomas de problemas matrimoniales, abuso de sustancias, tendencias suicidas y otros; pero no han encontrado la raíz de los problemas de esas mujeres, **HABER ABORTADO**.

Idealmente la mejor solución para las víctimas del Trastorno por Estrés Postraumático es un tratamiento biológico y psicológico, sin embargo, la intervención en crisis tiene muchos beneficios, y ésta comprende diferentes sesiones que van a permitir ayudar en:

- a. Aquellas tendencias suicidas.
- b. Aquellos que buscan abortar de nuevo.
- c. Profundizando el rechazo que impide la curación.
- d. Ofreciendo soluciones que impidan rupturas matrimoniales y/o afectar a los hijos, el ambiente laboral, entre otros
- e. Proporcionando ejercicios y habilidades de autoayuda adicional, así como educando a la afectada a reconocer y tratar el estrés relacionado con el aborto.

El programa consta de nueve sesiones de acompañamiento las que se llevarán en un periodo de diez semanas, una vez por semana en promedio y de acuerdo a la necesidad real de la mujer afectada y de cómo se va cumpliendo con las metas. El lugar y horario será lo más discreto posible y de alguna manera determinado por la afectada.

Una de las principales reglas, dentro del programa es la discreción, y la no discriminación. Se utilizará la identificación del DNI y las fichas serán registradas con dicho número.

## OBJETIVOS Y METAS.

El programa está diseñado para las segundas víctimas del aborto. Los procedimientos no se han sacado de textos o revistas, sino de nuestra experiencia profesional y la de Proyecto Raquel.

Los objetivos son:

1. Recuperar la salud mental de la mujer afectada.
2. Mejorar la calidad de vida de la mujer afectada en función de los aspectos que han sido dañados por el proceso de aborto.
3. Captar e incorporar al programa a la tercera víctima (pareja, esposo, padres, amigos).

El programa está diseñado para las segundas víctimas del aborto y no debe ser usado para cualquier otra intervención en crisis. Para cumplir con el primer y segundo objetivo es necesario que las mujeres que ingresan al programa alcancen cuatro metas:

1. Enseñar y determinar cuáles son los conectores personales del aborto.
  - a. Educación:  
Informar sobre el desarrollo del programa, el objetivo y las metas. Ella sentirá que ha encontrado apoyo, que podrá descubrir y corregir la causa de sus problemas.
  - b. Conectores personales:  
La mujer que abortó tendrá en su vida cotidiana situaciones y asuntos que inconscientemente le recuerdan el aborto. Estos recuerdos crean una reacción de intenso despliegue emocional como rabia, resentimiento, depresión, pena, desolación; estos se conocen como CONECTORES. El conector puede ser una situación que la conecta hacia atrás, al pensamiento del embarazo, a la decisión que la llevo al aborto, etc.  
Es importante encontrar los conectores del aborto, darse cuenta qué cosas son las que provocan sus arranques de enojo, aislamiento u otro dolor emocional, solo así tendrá una idea de qué forma el aborto ha afectado su vida.
2. Abandonar el dolor emocional reprimido (sacarlo) y el enojo (rabia).  
Esta segunda meta tiene dos enfoques principales que se expresan en manifestaciones emocionales que se pueden denominar “dos formas de salida”:
  - a. Reconocer el luto para expresar sentimientos de pesar, duelo y pérdida.
  - b. Sacar fuera, liberarse del enojo, resentimiento y odio.

Esto solo puede lograrse haciendo lo siguiente:

- a. La afectada necesita entrar y reconocer su rechazo y comprender que ella su suprimido sus sentimientos de pesar y enojo.

- b. Ella necesita identificar el dolo y enojo que esta sintiendo.
  - c. Ella necesita lograr ésta meta en forma voluntaria y consiente.
  - d. El acompañante deberá mantener la privacidad en actitud a favor, comprensiva y no enjuiciadora.
3. Restaurar las relaciones rotas de la mujer con su creador y de ella con su entorno, con el beneficio del perdón.

La meta de perdonar se hace más fácil de alcanzar cuando la afectada se ha lamentado y ha expresado su enojo. De alguna manera, está es una situación espiritual en la que ella necesita el perdón de su Creador, solo así entenderá mas la necesidad de acercarse a El y saber que ha sido perdonada por lo que ha hecho. Esto permitirá encontrarse y entender sentimientos encontrados. Será libre para empezar a restaurar las relaciones rotas causadas por el aborto con ella misma, su pareja, su familia y su entorno.

4. Estableciendo la relación con el niño abortado y aprendiendo el programa de autoayuda.

El aborto es un fin abrupto, nunca garantizado, y aceptado y es importante que la madre establezca una relación de reconocimiento con el hijo abortado. Será la primera vez que la mamá diga, “eres mi hijo y te guardare en el recuerdo”, será una visión sanadora del embarazo y su bebé.

El programa de autoayuda será el último paso con ella. Será una oportunidad para recapitular todos los ejercicios a través de los cuales ha conseguido las cuatro metas.

## SESIONES.

### Primera sesión.

#### **La mujer antes del embarazo.**

Será una mirada al interior de la afectada que tomo la decisión de abortar. Será quizá la primera vez que ella realmente examine quien es ella, la crisis del embarazo y la realidad de lo que ha sucedido.

#### Metas:

1. Elaborar la carpeta de identificación personal con todos los datos de la acompañada.
2. Recordar, por medio de fotos familiares, la relación que tenia con la familia ,su entorno y como se sentía, antes del aborto.
3. Explicar el Trastorno por Estrés Postraumático y cual es su sintomatología descubriendo una relación entre éste y lo que ella siente en ese momento.
4. Determinar cuales son los trastornos que la mujer padece y hacer la interconsulta al profesional especialista que trate la parte biológica. Deberá hacerse también una evaluación psicológica para orientar las diez sesiones.

5. Internalizar su real situación y poder evaluar además las normas, sentimientos y motivos que la llevaron a la decisión de abortar.

### **Segunda sesión.**

#### **El embarazo. Situación, emociones y reacciones:**

Se comienza a evaluar y establecer la relación con el bebé. Se hará contacto con la vivencia de la situación de embarazo, las emociones y reacciones. Se establecerá que el embarazo realmente tuvo lugar. La afectada tomará conciencia de que tuvo un hijo vivo dentro de ella, conciencia de la situación física y de ambiente, conciencia de que existió y que fue destruida.

Metas:

1. Se evalúa y establece la relación con el bebé. Se hará contacto con la vivencia de la situación de embarazo, las emociones y reacciones. Se establecerá que el embarazo realmente tuvo lugar en una situación física.
2. Ayudar a descubrir y verbalizar dolores y emociones reprimidas que son resultado de los eventos relacionados con la experiencia del aborto. La situación de soledad o con quienes ha compartido el momento de la decisión de abortar hasta la practica abortiva en sí.
3. Descubrir el máximo de detalles para ir identificando los factores responsables y los conectores del aborto.

### **Tercera sesión.**

#### **La decisión de abortar.**

Debemos continuar haciendo preguntas a la acompañada para que recuerde, identifique, acepte y vaya diciendo lo que sintió durante el proceso de la decisión de abortar.

Metas:

1. Propiciar el recuerdo, identificación y aceptación de lo que sintió y vivió durante el proceso de la decisión de abortar.
2. Reconoce el proceso y el significado del aborto.
3. Reconoce el duelo, negación y rechazo de todo el proceso revivido.
4. Explicar los sentimientos de duelo, negación, rechazo, depresión, aceptación y reconciliación que pueden estar aflorando.

### **Cuarta sesión.**

#### **El borto.**

En esta sesión se revisará con la afectada el hecho de que el aborto le quitó la vida a su hijo y que este hecho ha afectado su vida.

Metas:

1. Se inicia haciendo recordar a la segunda victima, el día del aborto incluyendo lo que ella oyó, tocó, vio, olió.

2. Deberá precisar todo lo sucedido mas el entorno en el momento de la practica abortiva.
3. Deberá entender y darse cuenta que la practica abortiva a quitado la vida de su hijo y que más adelante podrá establecer una relación con el niño.
4. Debe conducirse los sentimientos de culpa, cólera y victimización que pueda sentir la mujer en ese momento.

### **Quinta sesión.-**

#### **Manifestación de síntomas. Los efectos del aborto en su vida.**

El enfoque global de este paso no es dar soluciones, sino el tener conocimiento de cómo el aborto ha afectado la conducta y como se manifiesta. Se mostrará a ella como el aborto afectó su conducta y como ésta ha influido en su vida. Como consejero se empezará a indagar sobre embarazos anteriores. Algunas han reprimido abortos anteriores los cuales se recordaran en este paso.

#### **Metas.-**

1. Explicar el ejercicio de “como el aborto afecto tu vida”, desarrolle éste.
2. Hacer ver como el proceso de duelo y síntomas de rechazo o negación se han ido manifestando en su vida.
3. Hacer exteriorizar los síntomas internos, incentivando al comentario de cada uno de ellos como:
  - Se auto victimiza.
  - No tiene amigos cercanos.
  - Actitud de indiferencia.
  - Comportamiento demasiado pasivo o agresivo.
  - No puede ser objetivo.
  - Tiene desordenes en la comida.
  - Cambia constantemente de opinión., entre otros.

### **Sexta sesión.-**

#### **Identificar personas que influyeron (familia, amigos) en la decisión del aborto; examinar las reacciones y el por que de la expresión de hostilidad.**

El enfoque principal de este paso está en el enojo que la afectada siente hacia las personas involucradas en el aborto.

#### **Metas.-**

1. Indicarle que está bien sentirse enojada y herida y que no tiene que reprimir esos sentimientos.
2. No debe suprimir el sentimiento hacia aquellos directamente involucrados, ya que después de todo, ella fue la única que se subió a la mesa de operaciones, no debe culpar ni hacer reproches a otros.
3. Una vez que las personas de influencia han sido identificadas, y se tiene conciencia del enojo, es necesario aprender a manejarlo, a liberarlo.

4. Hacer que entienda que guardar o continuar el enojo es muy destructivo para ella, como también el no admitirlo completamente.
5. Trabajar en ella el perdón, de ella misma y de las personas involucradas en el aborto. Aclarar que el perdonar nada tiene que ver con olvidar.

### **Séptima sesión.-**

#### **El perdón hacia uno mismo y el perdón hacia otros.**

Antes de que se comience con este paso, necesitará preparar la lista de posibles conectores de acuerdo a lo que ha podido rescatar a través de su relato. En este paso la afectada no solo aprenderá sobre el perdón, sino que también hará un compromiso para perdonar a los demás como así misma.

Cuando la afectada termine con el perdón, ella comenzará a sentir una sensación de liberación y estará lista para ir libremente y tranquila hacia el encuentro del hijo que perdió y de las personas que estuvieron comprometidas en el hecho.

#### **Metas.-**

1. Volver a reconocer la falta.
2. Recapitular los hechos con las personas que estuvieron involucradas.
3. Hacer el compromiso de perdonar a los demás.
4. Identificar los conectores del aborto y colocarlos en orden de significancia.
5. Hacer el compromiso de perdonarse una misma.

### **Octava sesión.-**

#### **El niño abortado, el niño aceptado, el niño entregado a Dios.**

El propósito de esta sesión es enfocar los sentimientos maternos y aceptar la realidad dolorosa de haber perdido a ese niño.

#### **Metas.-**

1. La afectada continuará con su cierre pacífico, sabiendo que su niño está en el cielo, feliz y contento. Esperándola en el cielo.
2. Si la mujer no es cristiana, creyente, no tendrá una visión espiritual de su hijo, la verdad o confianza para poder hacer los ejercicios; el hecho de perdonarse así misma y perdonar a los demás le da la seguridad de que todo estará bien en su vida y que tiene un futuro promisorio.
3. Se realizará el proceso de reencuentro y bautizo del hijo perdido.
4. Se mostrará a la acompañada que existen otras mujeres que están pasando por la misma experiencia que ella y que existe un movimiento pródiga que tiene el tiempo necesario para compartirlo con nosotros.

### **Novena sesión.-**

**Siguiendo con la vida. Como vivir en adelante. Relaciones y terapia externa.**

Normalmente esta es una sesión optimista con su acompañada, que termina en este día. Ella vino con un problema poco identificado, ahora ha resuelto su problema y se siente capaz de salir adelante, con las herramientas para poder desenvolverse personalmente de una manera positiva y poder trabajar y procurar un entorno pacífico.

**Metas.-**

1. Identificar conectores.
2. Compartir preocupaciones.
3. Herramientas para continuar con la curación.

Los factores que se evaluaron tenían que ver con depresión, ansiedad, y se tuvo en cuenta la información sobre nivel socioeconómico, ambiente familiar, antecedentes psiquiátricos, problemas de adaptación en la familia, el trabajo y su comunidad.

**CONCLUSIONES.-**

1. Es necesario trabajar esta metodología para mejorar el estado emocional y espiritual de la mujer que ha tenido un aborto.
2. Al final de las nueve sesiones la mujer que abortó ha identificado claramente toda su problemática y estando consciente de ésta, esta preparada para hacerle frente.
3. Queda abierta la posibilidad de tener otras entrevistas para reforzar lo trabajado durante las nueve sesiones.

## **ANEXO N° 3: TESTIMONIOS**

## ANEXO N° 4: MATRICES

## Testimonio "Tristeza"

Tengo 22 años y sigo educándome en la universidad. Cuando me enteré que estaba embarazada, se vino al piso todas mis planes. Tenía 19 años

Yo, mi papá justo se iba a ir a su residencia y yo me quedé sola. El no supo que estaba con bb. Tenía ya 1 1/2 de embarazo fui a un consultorio, con una amiga me hicieron el aborto.

Desde ese momento mi vida cambió, me volví colérica, amargada, no podía concentrarme para estudiar. El médico me dijo que esos cambios eran hormonales, y era estrés.

Después de 3 años de vivir una vida sin sentido me he dado cuenta que todo empezó el día que perdí a mi hijo, el día que asiré a mi bb.

Hoy me siento mucho mejor, algo ~~se~~ confortada con mi hijo misma, con el hijo que perdí. Estoy en mi 4ta sesión de sanación.

No pensé que el aborto me ocasionaría tanto dolor, tanto resentimiento.

Tristeza

## Testimonio "Vanessa"

Hoy es la primera vez que me he acercado a comer en una iglesia a la que me acerco después de casi 5 años.

5 años en los cuales solo he sentido resentimiento, miedo, cólera, con mígo misma, con mi esposo ahora he aprendido a perdonar, y también me he reconciliado con mígo misma.

Han pasado 5 años desde el día que le dije a Juan, mi esposo, que estaba embarazada de nuestro tercer hijo, y él me dijo que era mi problema, no tenía trabajo, entonces era mi problema. La solución económica fue abortar pero eso me cambió la vida. Mi vida se convirtió en un infierno de celos y celos, de mucha inseguridad, de odio, cada vez que veía a mis hijos mayor me odiaba, cada vez que estaba con Juan lo odiaba más.

Hoy tenemos trabajo, estamos económicamente bien, pero no tengo paz. ni él tampoco, estamos a punto de divorciarnos. Hoy muchos problemas. Hace 4 meses me reconcilé con mígo misma con mi esposo, mis hijos. He pedido perdón al hijo que maté en mis entrañas. Hoy he vuelto a vivir. Juan está por empezar su terapia y yo lo voy a acompañar.

Vanessa

## Testimonio de Paloma.

Mi proceso de rehabilitación fue algo realmente duro emocionalmente ya que cuando llegué estaba muy mal, durante casi un año y medio traté de ocultar todo lo que pasaba, no quería aceptar que el dolor era real, que mi vida ya no era la misma había perdido sentido y nada estaba bien.

Sentía una gran angustia y desesperación, los pensamientos de suicidio rondaban día y noche mi cabeza, el llanto era incontrolable, la culpa y los recuerdos estaban latentes. Todo se había vuelto una pesadilla y jamás me imaginé que fueran por el aborto.

Mi voluntad no era suficiente para salir adelante; en realidad quería poder ver el mundo con otros ojos, escapar de la realidad pero por más que trataba mis esfuerzos eran en vano, me encontraba pesada de mi misma y de la desesperanza.

Me causé de aparentar que mi vida era la misma, perfecta, encontré la manera de pedirle a mi corazón que me liberara, que me perdonara, que me ayudara a cambiar mi vida, que rescatara lo bueno que aún quedaba en mí porque yo sola no podía.

No pasó mucho tiempo cuando encontré la ayuda que tanto necesitaba aprender la lección más grande de todas la del "perdón Suero". No ha sido fácil me ha costado muchas lágrimas y mucho dolor poder vencer las ideas destructivas que me esclavizaban y atreverme a vivir por primera vez desde el aborto.

Ahora veo que valió la pena abrir el corazón, atreverme a aceptar la ayuda y recuperar lo que fui perdíendolo día con día. Ahora me estoy aquí de nuevo ¡VIVA! con una mentalidad y espíritu renovados.

NRO	EDAD	EST. CIVIL	ABORTOS	P1 F	P2 F	P3 F	P4 F	P5 F	P6 F	P7 F	P8 F	P9 F	P10 F	P11 F	P12 F	P13 F	P14 F	P15 F	P16 F	P17 F	P1 G	P2 G	P3 G	P4 G	P5 G	P6 F	P7 G	P8 G	P9 G	P10 G	P11 G	P12 G	P13 G	P14 G	P15 G	P16 G	P17 G		
1	53	1	3	3	3	1	3	1	2	3	1	2	2	1	3	3	3	2	2	2	3	2	1	2	1	2	3	1	2	2	1	3	3	3	2	2	2	2	
2	36	1	1	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
3	18	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	
4	46	2	1	3	1	1	3	2	3	1	0	1	2	2	2	3	4	3	2	2	2	2	2	1	3	2	3	2	1	1	3	2	2	3	3	2	2	3	
5	38	2	2	3	3	1	2	2	2	3	1	2	2	1	2	3	2	2	2	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	2	1	2	3	2	2	2	1		
6	54	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	
7	19	1	1	2	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1	1	0	1	1	0	2	1	2	2	2	2	1	
8	19	2	1	2	1	2	1	0	0	1	0	0	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	0	1	1	2	2	3	2	2	2	1	
9	16	2	1	2	1	1	1	1	3	3	1	2	2	1	3	1	3	2	2	2	1	1	1	1	11	3	3	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	
10	28	1	2	2	1	1	2	2	3	3	0	1	0	1	1	2	3	4	4	2	1	1	2	2	1	2	2	0	1	0	1	1	1	3	3	4	2	2	
11	28	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2	0	1	0	1	2	2	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	0	1	0	1	1	3	3	3	2	
12	32	2	1	3	1	1	2	1	1	1	0	1	1	0	3	2	3	2	2	2	1	1	1	3	1	2	1	0	1	1	0	2	2	3	2	3	3	2	
13	26	2	1	3	1	1	3	1	1	1	0	0	1	0	3	2	3	3	3	3	2	1	2	3	1	2	1	0	0	1	0	2	2	3	3	3	3	1	
14	38	1	2	2	1	2	1	1	0	1	1	0	1	0	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	0	1	1	0	1	1	0	2	1	2	1	1	1	2	
15	32	2	2	1	1	1	1	0	0	1	0	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	0	1	1	0	1	0	2	1	0	2	2	3	3	3	2	
16	31	3	1	3	1	3	3	1	2	3	3	2	3	0	3	1	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	
17	42	1	1	2	1	2	1	0	1	4	2	4	3	2	2	3	3	2	3	2	4	3	4	2	0	3	1	3	2	2	4	1	1	2	3	3	2	2	
18	17	2	1	4	0	1	0	1	12	2	0	0	1	1	0	1	1	3	1	2	1	0	1	0	0	2	1	0	0	2	1	1	1	2	4	2	2	2	
19	24	2	1	4	3	2	4	4	4	0	0	3	3	4	2	0	3	3	2	2	4	4	2	2	4	3	0	3	4	4	2	0	4	3	2	2	2		
20	23	2	1	2	1	1	1	0	2	2	1	1	1	3	2	1	3	2	1	3	3	3	4	1	0	1	4	2	3	1	0	3	1	1	3	2	2	4	
21	21	2	1	2	0	0	1	0	1	2	1	1	1	4	1	0	4	3	4	4	2	0	1	0	1	4	2	4	1	0	4	1	0	4	2	3	4	4	
22	39	2	1	3	2	3	3	3	1	3	4	3	2	1	2	2	3	2	3	3	1	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	
23	22	2	2	4	1	4	4	1	1	4	2	4	4	3	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	2	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	
24	21	2	1	2	1	3	2	0	1	3	2	2	1	2	2	0	1	1	2	3	2	2	3	1	1	2	3	2	1	2	2	1	0	1	1	1	1	2	
25	18	2	1	0	0	2	0	1	0	1	1	4	3	2	2	1	3	3	4	0	0	0	2	0	1	0	1	1	1	4	3	4	2	1	3	3	4		
26	23	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	4	3	4	3	2	2	3	1	1	2	3	2	1	2	1	1	3	2		
27	46	3	1	2	3	3	3	1	3	4	3	3	2	2	3	2	2	3	3	4	3	4	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2	2	2	2		
28	30	1	3	2	1	2	2	1	4	1	0	2	1	0	2	1	2	2	3	4	1	3	3	4	2	3	4	0	4	4	0	3	2	4	4	2	3	3	
29	26	1	1	2	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	3	0	0	1	0	2	0	1	0	0	1	2	2	0	2	2	2	
30	31	1	1	1	2	2	2	2	2	4	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	4	4	2	4	2	3	3	4	3	1	3	3	1	2	1		
31	52	1	1	3	2	2	2	3	3	2	1	3	1	1	2	2	2	2	3	4	3	1	3	3	2	3	2	1	4	4	1	3	3	1	3	2	1	3	
32	23	2	1	3	0	1	1	0	2	1	0	2	3	0	3	2	1	2	1	2	1	0	3	0	1	1	0	2	1	0	2	3	0	3	2	1	2	1	0
33	46	3	2	2	4	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2	1	2	3	2	1	2	2	1	2	3	2	2	3	3	
34	39	2	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2	3	1	5	4	2	3	4	1	3	2	3	1	3	3	
35	36	2	1	3	4	2	3	2	3	2	3	2	3	1	2	2	3	3	2	4	2	3	1	1	3	3	3	3	4	2	3	2	3	2	3	1	3	2	
36	32	2	1	4	0	2	2	0	3	3	2	2	1	3	2	1	1	2	1	4	0	2	2	0	3	3	2	2	3	1	3	2	2	3	2	2	1	1	
37	35	3	1	3	2	3	2	3	4	3	2	3	1	2	3	2	3	2	3	3	4	2	3	1	2	3	1	3	3	3	3	4	1	2	2	3	2	2	
38	24	2	1	1	0	0	1	0	2	1	3	0	0	3	0	3	1	0	0	3	0	0	3	0	0	3	0	1	3	0	0	3	0	0	3	2	0	0	
39	20	3	1	2	0	1	1	0	4	1	2	1	1	2	0	1	2	2	2	2	3	0	1	2	2	0	3	2	2	1	1	0	1	3	2	2	2	3	
40	51	2	1	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	4	2	3	4	3	3	2	2	2	1	3	3	1	3	3	1	1	2	2	1	2	3		
41	21	3	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	0	0	1	2	2	2	2	3	1	2	1	2	3	2	2	2	2	0	0	1	2	2	2	2	3	
42	21	2	1	4	0	3	1	0	1	3	2	3	1	3	0	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	3	2	3	2	3	2	2	0	1	3	3	2	3	
43	17	2	1	3	1	2	3	1	3	3	2	3	0	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	1	4	1	4	3	1	2	0	2	1	1	2	2	2	3	
44	37	1	1	3	2	2	2	1	2	4	3	4	3	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	3	1	3	2	2	1	3	3	1	3	1	3	1	2	4	3
45	21	2	1	1	0	2	0	4	1	4	4	3	4	3	1	4	2	1	2	1	3	0	3	0	3	2	3	4	3	1	2	2	3	3	1	1	1	2	
46	17	2	1	3	2	1	2	2	4	3	2	3	0	1	3	2	2	4	4	3	3	2	1	2	1	3	2	2	0	1	3	2	1	4	3	4	3	4	
47	19	2	1	2	2	2	0	1	3	4	1	0	0	0	3	2	3	3	3	0	2	2	1	0	1	2	3	1	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	
48	19	1	1	2	1	3	2	0	1	3	2	2	1	2	2	1	0	1	2	3	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	0	1	1	2	
49	21	2	1	2	3	1	3	0	4	4	0	1	0	0	1	1	2	2	0	1	2	2	1	2	0	3	2	0	2	0	0	1	1	3	2	0	2	2	
50	37	1	1	2	3	4	3	2	3	4	1	3	2	2	2	3	2	2	1	1	3	3	3	2	3	2	2	2	3	4	1	3	4	1	3	1	2	2	