



### **Alianza de Profesionales de la Salud Portavoces ConCiencia**

Representado por:

Dra. Yiddish M. Álvarez, MA, Ph.D.

*Doctorado en Filosofía en Psicología Clínica*

*Presidenta Portavoces Conciencia (PCC)*

*Certificada en Abuso Sexual*

*Certificada en Perito Forense*

*Directora Ejecutiva Centro de Servicios Psicológicos RESURGIR. P.S.C.*

Dra. Rosalina Valcárcel-Ruiz, MD, MPH

*Maestría en Salud Pública, Concentración Madres, Niños y Adolescentes*

*Vice Presidenta Portavoces ConCiencia (PCC)*

*Presidenta Médicos en Acción, ACOJE*

*Pasada Presidenta Fundación Médica y Capítulo de Pediatría, CM CPR*

*Certificada en Lactancia Materna*

*Instructora Neuro Wellness*

*Coach de Vida Certificada*

*Entrenadora en Procesos de transformación*

*Certificación en Organización Neurológica Funcional y Desarrollo Humano*

Re: Memorial

Honorable Orlando Aponte Rosario

Presidente de la Comisión

COMISION DE LO JURÍDICO

Ante su Comisión se encuentran varios proyectos para su evaluación. Se encuentra el P. de la C. 1084, la cual crea la “Ley del Latido Cardíaco del no Nacido en Puerto Rico”; el P. de la C. 1410 el cual dispone una convocatoria al pueblo de Puerto Rico para que se exprese a través

de su electorado elegible participante en un Referéndum Especial, si desea reconocer el derecho a la vida del concebido y de igual manera afirmar el derecho a la vida de la madre lo cual deberá ser garantizado, defendido y reivindicado en las leyes de la salvación de las dos vidas; o, por el contrario, si desea reconocer los derechos sexuales y reproductivos de todos ser humano, afirmando que el aborto será en Puerto Rico legal, libre e irrestricto siguiendo los estándares médicos aceptables. De igual forma, tiene ante su Comisión, el P. de la C. 715, el cual sugiere añadir en el Código Penal de Puerto Rico, el constituir como asesinato en primer grado, aquel que se cometa contra una mujer embarazada, resultando en la muerte del feto. El P. del S. 693, el cual busca establecer la "Ley para la Protección del Concebido en su Etapa Gestacional de Viabilidad"; y para otros fines relacionados. Y finalmente, el P. de la C. 1403 el cual establece la "Ley para la Protección de los Derechos Reproductivos de las Mujeres y de las Personas Gestantes", buscando respetar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la mujer; reafirmando como servicio de salud esencial la terminación de embarazo como un derecho humano de salud.

Agradezco la oportunidad de permitirnos comparecer ante esta Honorable Comisión, para presentar nuestra postura y recomendaciones en torno a las diversas piezas legislativas. Soy la Dra. Yiddish M. Álvarez, Ph.D. Presidenta de la Alianza de Profesionales de la Salud Portavoces ConCiencia, poseo un Doctorado en Filosofía en Psicóloga Clínica y Certificada en Abuso Sexual y Peritaje Forense. Me presento como Portavoz de la Alianza de Profesionales de la Salud Portavoces Conciencia. De igual forma, la Dra. Rosalina Valcárcel-Ruiz, Vice-Presidenta de PCC, Pediatra, Entrenadora en Procesos de Transformación, Certificada en Organización Neurológica Funcional y Desarrollo Humano y Certificada en Lactancia Materna; como co-autora de la misma.

Como profesionales de la salud en Puerto Rico, Portavoces ConCiencia **apoya** el Proyecto de la Cámara 1084 y **rechaza** el Proyecto de la Cámara 1403; con el cual comenzaremos a presentar evidencia científica que fundamenta nuestra postura profesional. **Portavoces ConCiencia** es una alianza de profesionales de la salud de diversas disciplinas médicas en Neurología, Pediatría, Medicina General, Enfermería, Medicina de Familia, Trabajo Social, Cardiología, Consejería Psicológica y Psicología Clínica, todos bajo el mismo fin: presentar la ciencia y sus datos empíricos, para que la ciudadanía obtenga la realidad concerniente a la salud integral y al desarrollo del ser humano.

Dentro de la propuesta de ley número 1403, podemos observar cómo se busca resaltar la intención de describir un aborto como un servicio de salud esencial para la mujer. Los servicios de salud pública deben basarse en la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas (Muñoz, et al, 2000, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, 2022). Además de proteger, busca promover estilos de vida saludables y mejorar el estado de salud y bienestar de la población a través de programas de promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades. Ello contribuye al conocimiento a través de la investigación y la aplicación de las ciencias poblacionales y sociales a los problemas de salud de individuos y poblaciones. El propósito fundamental es alcanzar los más altos niveles de bienestar físico, mental y social, de acuerdo con los conocimientos y recursos existentes. (Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, 2022)

Como parte de nuestros objetivos como alianza, entendemos pertinente aportar con información científica buscando cumplir con la función esencial de salud pública. Es meritorio presentar evidencia en cuanto a la relación del aborto y las consecuencias en la salud mental. También, en como el aborto se ha correlacionado de forma directa con problemas de salud

mental y se incrementa luego del segundo trimestre. De igual forma, evidencia empírica sobre las consecuencias del aborto médico en las mujeres gestantes y como se deja desprotegida a la mujer.

De igual forma, pretendemos presentar evidencia sobre la **potencialidad** de la vida humana, formación por etapas y datos sobre la inversión pirámide demográfica el cual favorece la preservación del No-Nacido. Es importante que todos conozcan la data empírica y que ésta sea brindada al Estado, comunidad y a estas madres de primera mano.

Estamos conscientes de la historia de la mujer y a las opresiones a la que ha sido objeto en el curso de la historia. Estamos conscientes que, dentro de la violencia hacia la mujer y al hombre existe el embarazo forzado y también el forzar una terminación de embarazo, con el fin de hacer daño. Incluso, en el reporte del *Task Force* sobre Salud Mental y Aborto (TFMHA) realizado por la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) en el 2008, presentan la necesidad de estudiar y analizar las implicaciones del aborto en la salud mental de las madres, los padres, otros miembros o niños de la familia y empleados de las clínicas.

También reconocemos que existe la intención genuina de mitigar la violencia que se encuentra rampante en nuestro país. No obstante, el recurrir al aborto en sí, no mitiga la violencia. Se ha encontrado que la misma trae unas consecuencias nefastas para las partes involucradas, y en su consecuencia vulnerabiliza aún más nuestra capacidad de luchar contra la violencia en nuestro país.

Esta pieza legislativa (P. de la C. 1403) busca garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos de la mujer. Esta anhelada garantía **no** toma en consideración como ello invisibiliza a la mujer y la ata a unas secuelas que atentan contra su bienestar y protección;

poniéndola en riesgo a que siga siendo violentada, debido a la fragilidad emocional como secuela del aborto.

Ciertamente, el P. de la C. 1403 atenta contra el bienestar y la protección de la mujer. También, atenta contra la viabilidad del ser humano en gestación, la dignidad que amerita y tiene garantizada por la Constitución. Aun reconociendo la dignidad que tiene ese ser humano en gestación, se haría una excepción (Artículo 6, del P. de la C. 1084), para hacer un bien superior, el proteger la vida de la madre gestante, de esta estar en peligro. Ello al entender que el mantener el embarazo podría causar daño en la madre gestante, y el concederle el aborto, causaría un gran beneficio en ella; física o mental. No obstante, en esta excepción **es meritorio identificar si en efecto el aborto traerá tal beneficio en la madre gestante, como para pasar por alto al principio de la vida del ser humano que está por nacer.**

Las discusiones sobre las consecuencias del aborto son contradictorias. Muchos estudios indican que no hay tantos o grandes cambios en la salud mental a raíz de un aborto, se mantienen neutros. Otros enfatizan los daños en la salud mental a raíz del aborto. Lo que **NO** existe son datos relacionados a los beneficios del aborto. No hay evidencia alguna sobre ello. Y hay consenso científico que establece **que el aborto no “puede invocarse, sobre bases empíricas, razones de salud mental de la embarazada para inducir un aborto”** (López, N., 2012).

*World Population Review* (2022) refiere que sobre 65 millones de abortos se han realizado en los Estados Unidos y un 1.3% son abortos sobre las 20 semanas: 906 mil abortos. Con estos números, no es para menos el alarmarnos al saber que posiblemente millones de mujeres han sido afectadas post-aborto. El debate científico continúa sobre si existe una correlación entre aborto inducido (VToP- *voluntary termination of pregnancy*) y trastornos de salud mental. Muchos estudios han encontrado una asociación entre historial de aborto inducido,

angustia y desorden mental. De igual forma, ha existido correlación en las mujeres que se someten a un aborto y que han presentado un cuadro de trastorno de salud mental previo al VToP, el cual puede exacerbarse con el procedimiento. (Mota, NP, et al, 2010; Zareba, K., et al, 2010)

A pesar de que la mayoría de las investigaciones científicas son observacionales y muchos de ellos transversales, no se ha podido relacionar una causa y efecto entre lo que es aborto y salud mental, por la debilidad metodológica. Esto es, no se ha podido descartar ni asumir que el aborto es la causa de problemas o trastornos de salud mental. A pesar de ello, la mayoría de las más abarcadoras investigaciones desde el 1995 (anexo 1) establecen que el aborto es un factor de riesgo asociado a problemas de salud mental. Los análisis de esta investigación establecen un 95% de confianza y hay consistencia en que el aborto es un factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental. Cuando se evalúa en termino de correlación, sí, hay una correlación significativa entre el aborto y los efectos adversos que tiene en la salud mental. (Mota, NP, et al, 2010)

Basándonos en base empírica, unos estudios *admiten* la correlación, otros lo *enfatan*; pero nadie lo niega. Se ha buscado cuantificar la fuerza de la asociación entre ambas variables (aborto y salud mental) y se ha encontrado una correlación significativa entre: depresión y sus componentes afectivos, ansiedad y sus componentes, estrés post trauma, uso y abuso de sustancias, suicidio entre otros desórdenes de salud mental. (Coleman P, et al, 2002; Coleman, P. et al, 2010; Cogle, JR, et al, 2003; di Giacomo, E, 2021; Brewer, C., 1978; López, N., 2012; Mota, NP, et al, 2010; Reardon, D., 2018; Zareba, K., et al, 2010; Zhang, Q. et al, 2022)

En un muy publicado estudio longitudinal, el *TurnAway Study*, fueron examinadas mujeres que se habían sometido al aborto. De los resultados encontrados, la emoción que se

presentó de forma consistente fue el “alivio”. A esta emoción, le siguió la “culpa” “tristeza”, “felicidad”, “coraje” y “arrepentimiento”. ¿Cómo le damos sentido a estas emociones mixtas? Siendo el aborto un proceso médico o de cuidado de salud esencial, no deberíamos ver manifestado este conjunto de emociones; el “alivio” es lo único que deberían sentir estas mujeres.

Cuando se ofrece la alternativa de abortar, se les promete como cometa veloz la oportunidad de terminar un problema, y esa es la emoción que usualmente le es concebida: el Alivio. Pero muchas de estas mujeres no tenían idea de lo que ocurriría en su vida, posterior al aborto. Tendrían que lidiar con otras emociones y situaciones psicológicas de las cuales nunca les hablaron de que pudiesen atravesar luego de realizarse el aborto. (Zareba, K., *et al*, 2010)

#### *Salud Mental:*

Existe una asociación positiva entre el aborto inducido o voluntario seguido de síntomas de ansiedad y depresión. (Mota, NP, *et al*, 2010) También se ha encontrado que cuando la mujer tiene un historial previo de abuso de sustancias, comportamientos suicidas, trastorno de conducta o trastorno oposicional desafiante en la niñez y/o adolescencia, ello ha sido positivamente relacionados con el interés de realizarse un aborto. (Charles, VE, *et al*, 2008; Thorp, JM, *et al*, 2003; Bradshaw, Z, *et al*, 2003 y Coleman, PK *et al*, 2005)

En el 2010, el *Canadian Journal of Psychiatry*, publicó un estudio realizado por Mota, *et al*, donde concluye la existencia de una fuerte asociación entre al aborto y salud mental. Este estudio fue financiado por NIMH y el NIDA, entre el 2001 y el 2003 en 48 estados de los EEUU. Mota, *et al* examinó la relación entre el aborto y un grupo de criterios y diagnósticos del aquel entonces DSM IV. (Actualmente, el DSM se encuentra en su quinta revisión (DSM V-TR.) La

muestra fue de 9,282 mujeres de 18 años o más. Mujeres con historial de hospitalización mental y las que no desearon decir a que edad fue su primer aborto, fueron excluidas del estudio.

Estos encontraron una relación entre el aborto y alteraciones en la salud mental.

Encontraron que las mujeres con historial de aborto presentaron ideas o intentos suicidas post-aborto: un 30% ideas suicidas y un 23 % intentos suicidas. De igual forma, encontraron que las mujeres entrevistadas que se habían sometido a un aborto padecían de un trastorno de ansiedad y trastornos del ánimo (i.e. depresión), en comparación con las mujeres que no habían abortado.

Zareba, K., *et al*, 2010 concurren con estas conclusiones.

Como parte del proceso, reajustaron la muestra identificando quienes habían sido expuestas a la violencia, y las separaron. La relación entre ideas e intentos suicidas permaneció fuerte, no obstante, se redujo la relación con trastornos de ansiedad y depresión; pero encontraron una relación positiva de aborto y ansiedad social. Al separar el factor violencia, se dieron cuenta que el mismo es un factor precipitante en secuelas negativas post-aborto, al igual que pobre apoyo de pareja o pobre apoyo social. Entonces, el historial y exposición a violencia física, emocional o sexual precipita las secuelas negativas post-aborto.

De igual forma, dejando fuera el factor violencia, la correlación con más peso fue entre el abuso y uso de sustancias- SUDs (antes, durante y/o después) y el aborto. (p.245) El uso y abuso de sustancias se ha encontrado que tiene relación con conductas sexuales inadecuadas, lo que se encontrarían en más riesgos de tener un embarazo no planificado, y por ende un aborto. Dentro de este mismo contexto, otros investigadores (Reardon, DC, *et al*, 2004; Coleman PK, *et al*, 2002) han identificado que mujeres que se han sometido a un aborto tienden a auto-medicarse para adormecer el dolor emocional luego de un aborto con alcohol y drogas. Estos números



reflejan que, si no hubiese ocurrido cualquier exposición (pertinencia: aborto) estos resultados no se hubiesen dado.

Abuso de alcohol: 21.5%

Dependencia de alcohol: 13.07%

Abuso de drogas: 24.7%

Dependencia de drogas: 23.2%

Uso de cualquier sustancia controlada: 22.7%

Finalmente, los investigadores reportan factores que pueden explicar las asociaciones antes mencionadas:

- Relación directa entre que el aborto aumenta la posibilidad de un desorden mental,
  - o
- Relación causal de que un desorden mental lleve al aborto.

Por otro lado, y encontrando conclusiones similares, en un estudio de la Universidad de Texas, del Departamento de Psicología, comparó mujeres con historial de aborto versus la aparición de depresión. Y se encontró que un porcentaje significativo (65% de la muestra) en las mujeres que obtuvieron su aborto en su primer embarazo, estaban en alto riesgo presentar trastornos de depresión en aproximadamente 8 años post-aborto; en comparación con aquellas mujeres que llegaron a término. (Cougler, JR, *et al*, 2003) Incluso, en un estudio publicado en el *JAMA Psychiatry* (Major, B. *et al*, 2000) encontraron que las mujeres con historial de depresión previo al aborto, tenían una predisposición a presentar trastornos de depresión post-aborto.

El TFMHA de la APA, indica que hay varios factores que pueden contribuir a secuelas psicológicas negativas post-aborto. Tales como: historial de salud mental, edad de gestación, baja auto-estima, baja capacidad resiliente, baja percepción de poder lidiar con el aborto, estigmas y pobre apoyo social. (APA, 2008). Otros investigadores han encontrado factores similares que pueden influenciar los efectos psicológicos post-aborto. Estos son: historial previo de trastornos psiquiátricos, la razón por la que la mujer decide realizarse el aborto, el tipo de procedimiento para ello, el termino de embarazo, y factores personales, económicos, culturales sociales y religiosos que forman la actitud de la mujer hacia el aborto. Ello puede desembocar en un desorden de estrés post trauma, depresión y problemas en las relaciones interpersonales. (Zareba, K *et al*, 2020)

En el 2022, Zhang, Q. *et al*, realizó un estudio en la metrópolis de China, excluyendo a mujeres con historial previo de salud mental. China, siendo uno de los países más liberales en cuanto al aborto y de los 10 países con más abortos. Reporta de 6 a 9 millones de abortos cada año, alcanzando estas mujeres altos niveles de estrés percibido (reacciones emocionales significativas, pero no patológicas) y depresión (patología) entre las que lograron abortar en el primer trimestre. Curiosamente, China promueve legislación sobre los derechos reproductivos de la mujer sin restricciones, (con la única excepción del aborto selectivo por sexos) y promueve los servicios de acceso seguro al aborto.

*Aborto tardío- 2do trimestre y 3er trimestre:*

*El TFMHA de APA informa que una terminación de amabrazo no deseado a término tardío, tiene unas implicaciones negativas muy diferentes en la salud mental de las mujeres que de las que se someten a un aborto en su primer trismestre. (APA, 2008, p. 7). Se ha tendido a difundir lo bajo que son las estadísticas de este tipo de abortos inducidos desde el segundo*

trimestre, y se justifica descansando en que solo se da en casos con condiciones de severidad. (Brewer, C, 1978) No obstante, esa no es la realidad. *The Guttmacher Institute* indica que en los EEUU existe un 20.8% de mujeres que se realizan el aborto. Y de ese 20.8%, el 1.3% son abortos inducidos >20 semanas, este número se refleja en sobre 900.000 mujeres en los Estados Unidos. El Instituto realizó una encuesta con una extensa muestra de mujeres que obtuvieron un aborto inducido en 2do o 3er trimestre. Se indagó las razones para que esto se diera y se encontró que:

1% -fue realizado por anomalías en el concebido o **eugenesia**

45% -desconocían de su embarazo

27% -se les dificultaba coordinar un aborto

20% -padre y madre del concebido que no se ponían de acuerdo con el aborto

7%- se tomaron su tiempo para tomar una decisión.

Es menester conocer las causas y/o factores para poder reducir las complicaciones del aborto inducido en el 2 y 3er trimestre, en oposición a continuar con el mismo cuando ya ha progresado hasta el 2do trimestre; y vulnerabilizar la salud mental de la mujer. Conforme a la necesidad de indagar las secuelas o consecuencias en la salud mental, se realizó un estudio exploratorio por Coleman, P., *et al* del Departamento de Desarrollo Humano y Familia de la Universidad Estatal de Bowling Green; por Coyle, C., de la Alianza para Investigación Post-Aborto; y por Rue, V., del Instituto de Pérdida de Embarazo (2010).

Estos reportaron un aumento en riesgo en las complicaciones durante o a causa del aborto luego de las 13 semanas (2do trimestre). No obstante, el CDC no provee números de mortalidad, toda vez que hay estados que no presentan datos sobre los procesos. Aunque continúan los debates sobre las implicaciones del aborto en la salud mental, Coleman, *et al*

(2010) refiere que es menester anticipar problemas serios de salud mental en las mujeres que deciden abortar luego del 2do trimestre que en las que abortan en su primer trimestre. (*Journal of Pregnancy*, 2010, p.2). Estos encontraron, que debido al término en que se encuentran (>20) las madres embarazadas:

- (1) tienen una conciencia de que él bebe se ha desarrollado
- (2) han tenido más oportunidad de interactuar con él concebido
- (3) puede haber un deseo de quedarse con el bebe y/o
- (4) puede ser más notoria la presión de otros para abortar.

Esto hace que el impacto psicológico en la madre post- aborto sea más perturbador debido al apego que ya han estado desarrollando. (Coleman P.K., 2010; Zareba, K., *et al*, 2010)

Con una muestra de 374 mujeres que tuvieron un aborto inducido/voluntario luego del 2do y 3er trimestre se encontró que un grupo significativo presentaban los síntomas del PTSD: pensamientos intrusivos en forma de pesadillas o recuerdos constantes. Un 67.4% cumplieron con los criterios según el DSM para un PTSD. Esto puede explicar la diferencia de otros estudios, toda vez que el tiempo transcurrido de este tipo de aborto, ha sido mayor en este estudio. Lo que permite que se vaya desarrollando con el tiempo (i.e. dificultad para tener hijos, problemas con pareja, otros abortos) los síntomas del trastorno.

Es pertinente traer a colación este estudio toda vez que el mismo levanta alerta en lo que experimentan mujeres que tienden a tener este tipo de aborto tardío.

1. Las mujeres que tienen abortos tardíos tienden a experimentar pensamientos intrusivos por un periodo de tiempo mayor las que tienen abortos en etapa gestacional más temprana.
2. Las mujeres víctimas de abuso (físico, sexual y/o psicológico) previo al aborto, son las que tienen mayor riesgo de presentar los síntomas de PTSD y esconden los síntomas en las emociones de: vergüenza, culpa y autoestima; post aborto.
3. Existe una alta posibilidad de que existan otras manifestaciones dentro de la salud mental, tal como depresión y ansiedad, uso de drogas o alcohol en el aborto tardío en comparación con el aborto en etapa gestacional temprana; ya discutidas previamente.

Por otro lado, un estudio británico reflejó que quienes tuvieron un aborto inducido entre las 20 y 24 semanas y experimentaron los movimientos del bebé, un 25% reportaron sentirse deprimidas luego del procedimiento. (Brewer,C., 1978; Coleman, P. *et al*, 2010). Otro estudio, realizado por Soderberg *et al*, reporta que un 37.5% de las mujeres experimentaron “problemas emocionales *extremos* post aborto”. Estos estudios han presentado limitaciones, no obstante, la data encontrada refleja componentes emocionales perturbadores a los cuales hay que prestarle atención.

Aunque no este categorizado en el DSM V-TR ni aceptado por la APA, se le ha dado un nombre a los efectos perturbadores post-aborto: Síndrome Post-Aborto (*PASS*, por sus siglas en Ingles). Cualquier evento que cause trauma puede resultar en un Trastorno de Estrés Post-

Traumático, y el aborto no es la excepción. *Hay momentos donde el aborto puede causar estrés post-trauma en mujeres que han pasado por un aborto.* (Babbel, S., 2010)

*Interrupción de embarazo por razones médicas* (Portella, P.P. 2014) *y/o Voluntaria:*

*Interrupción de embarazo por razones médicas* es un aborto inducido como resultado de una necesidad médica. Esta medida coloca este tipo de procedimiento como excepción, de acuerdo con el criterio médico; según el P. de la C. 1084. Este tipo de proceso médico de terminación de embarazo se aplica para evitar un riesgo sustancial de daño en la madre en caso de que el concebido no sea viable. Esto se da luego del segundo semestre de gestación. Se ha encontrado que este tipo de proceso médico o terapéutico conlleva una carga traumática importante.

A finales del 2021, el WJP (*World Journal of Psychiatry*) publicó una revisión científica examinando las consecuencias negativas y positivas en la salud mental de las madres embarazadas que se sometieron a este tipo de procedimiento médico. El TToP se da basado en un diagnóstico; a diferencia de la terminación voluntaria de embarazo (VToP). Se ha encontrado que tanto las TToP y las VToP muestran razones similares para tomar la decisión de terminación de embarazo; relacionadas a dificultades personales y sociales que impiden que puedan tener un cuidado adecuado al concebido. Hacen referencia al sentimiento de culpa y reacciones relacionadas a la depresión en mujeres que se sometieron a este procedimiento y que no usaron contraceptivos. (di Giacomo, E, 2021; Zhang,Q. *et al*, 2022)

De igual forma, encontraron que las mujeres embarazadas en este contexto que han experimentado un gran número de estresores psicológicos tenían un alto riesgo de presentar baja autoestima (di Giacomo, E, 2021). Resultados que concurren con investigaciones previas donde

se ha encontrado que mujeres que han logrado tener el aborto VToP han presentado alteraciones en su salud mental. (di Giacomo, E, 2021, Zareba, K., *et al*, 2010)

Hay consenso en que el aborto empeora la salud mental de las mujeres que se someten a un aborto TToP/ Médico. En Holanda y Alemania, países con legislación de aborto flexibles, se ha encontrado que las mujeres que esperan un bebé con malformación letal tienen prevalencia de un 46% de estrés post traumático (PTSD) a los 4 meses y de depresión, un 28%. Al ser evaluado posteriormente, se encontró que aumenta a un 88%. De la misma forma, se ha encontrado que a diferencia de un aborto voluntario, cuando la mujer debe terminar su embarazo debido a malformaciones del feto, estas experimentan a un proceso más doloroso psicológicamente, por el apego ya desarrollado con el no-nacido. (Zareba, K., *et al*, 2010)

También, la existencia de problemas de salud mental o con historial de estrés Post-Trauma en las mujeres que se someten a una *interrupción de embarazo por razones médicas* puede afectar negativamente en su salud mental post-aborto. Se ha encontrado que las mujeres que han pasado por la interrupción de embarazo médico, han tenido más citas psiquiátricas, que las que dieron a luz. Se ha recomendado tener ayuda psicológica y psiquiátrica para poder sobre llevar el proceso. (di Giacomo, E, 2021)

### ***Duelo Patológico en Abortos Terapéuticos y Voluntarios***

Por otro lado, estas mujeres que se someten a un TToP/ Médico sufren de un duelo no resuelto o patológico. El duelo se va trabajando, atravesando ciertas etapas. Una de las etapas, luego de la negación de la pérdida, es la aceptación. De someterse a un aborto terapéutico, es menester orientar a estas madres gestantes de las consecuencias que puede advenir luego del aborto. Se ha establecido en casos de donantes de órganos y en casos de enfermedades terminales

que se trabaje el pre-duelo para ir preparando al familiar ante la pérdida. Esto ayudaría a minimizar los factores de riesgo. De haber un diagnóstico de malformación fetal, no se puede asumir que el aborto es lo que ayudaría al proceso de la madre.

Cuando no se acepta la realidad de lo que ha ocurrido, se comienza un proceso de disonancia cognitiva. La disonancia cognitiva son distorsiones cognitivas en depresión. Los datos sugieren que las personas depresivas sienten mayor culpa, son más indecisas y trivializan menos los sucesos negativos que la población general. No hay cuerpo, no hay cierre, no habrá aceptación. El aborto no es un atajo al duelo. Asumiendo que el TToP es lo adecuado, se les está negando la realidad de esta pérdida. Complejiza el duelo- negando la elaboración del duelo. Es imperante analizar la viabilidad del concebido.

La Dra. Teheresa K. Burke en su libro *Forbidden Grief: The Unspoken Pain Of Abortion*, establece que para muchas mujeres el advenir en conocimiento de que se está embarazada comienza un proceso difícil en su vida, y el abortar es una decisión que puede ser una muy difícil de tomar. Y no podemos y no estamos aquí para subestimar las decisiones de las mujeres ni valorar su juicio. Estamos para presentar evidencia de las consecuencias psicológicas del mismo, y provocar la necesidad de enfocarnos en las áreas que merecen atención.

Cuando una madre gestante se realiza el aborto, y luego conoce como se dio el mismo: una muerte violenta y destructiva de su concebido dentro de su propio cuerpo; comienza un proceso de vergüenza en esta madre, refiere la Dra. Burke. Y la posibilidad de manejar el duelo es restringida. La vergüenza que precede el aborto es lo que hace que estas mujeres sufran más, porque se sienten avergonzadas, sufre por tiempo prolongado, sienten juicio de otras personas, y sienten que la sociedad minimiza su duelo pues fue su decisión. Y la deja sola con sus emociones y proceso de duelo.



No obstante, son las fundaciones pro-vida quienes ayudan a éstas mujeres en su proceso de duelo. Como por ejemplo “Camino a Sanar post-aborto”, “Proyecto Raquel” y “Bienestar y Salud Pro-Vida de Puerto Rico”. Este último, es una organización salubrista sin fines de lucro enfocada en la integridad de la mujer desde la primera etapa del embarazo, la salud sexual, la planificación familiar, acompañamiento perinatal y postparto, y consejería antes y después de realizar un aborto. Ofrecen acompañamiento post aborto si la participante lo desea en un espacio sin juicios y se le ofrecen opciones de sanidad interior y servicios psicológicos.

#### *Adopción:*

En el *TurnAway Study* realizado en los Estados Unidos entre el 2008-2010, se desprende la actitud que tienen las madres a las que se les negó el aborto y que decidieron por adopción. En el curso de la historia del aborto, ha habido una correlación entre mujeres que desean abortar y no buscan la adopción. No obstante, este estudio comenzó a investigar a las mujeres que deseaban un aborto tardío y les fue negado. Se exploraron las consecuencias de la negación del aborto tardío:

1. Factor socioeconómico
2. Factor de Salud
3. Factor edad de la madre gestante
4. Factor de madres gestantes que no deseaban tener él concebido.

De aproximadamente mil mujeres buscando realizarse el aborto, 231 fueron negadas del mismo por diversas razones. De esas doscientos treinta y uno, 15 dieron a luz y colocaron al bebé en adopción. Estas mujeres refieren que nunca pensaron en la adopción, y que al quedar embarazada su primera y única opción era el aborto. (Sisson, G. *et al*, p.4,2016- *TURNAWAY*

*STUDY*). Este estudio reflejó, de la muestra obtenida, que las madres a las que se les fue negado el aborto se sintieron confiadas en que colocar al bebé en adopción era la decisión correcta.

Luego de 6 meses de que se les fue negado el aborto, todas estas madres reportaron que la adopción fue la mejor decisión. Este pensamiento fue consistente por los próximos 2 años, luego de que se les fue negado el aborto. A los doce meses, once de 12 dijeron que fue “la decisión correcta”. A los dieciocho meses, diez de 11 dijeron que fue “la decisión correcta”. Y entre las veinticuatro y 30 semanas, todas las mujeres entrevistadas, indicaron que fue “la mejor decisión”. De la misma forma, cuando evaluaron las emociones experimentadas al poner el bebé en adopción, un 87% de la muestra reportó “muy” o “algo” feliz. La mayoría de las mujeres se mantuvieron consistentes en dicha emoción y pensamiento en los 2.5 años subsiguientes.

No obstante, luego de estos meses, se reflejó alteraciones en las emociones. (Sisson, G. *et al*, 2016) Ello puede ser producto de muchos factores de vida; lo cual reafirma nuestro interés en continuar promocionando organizaciones y continuar reforzando la creación de organizaciones que acompañen a estas madres a las que les fue negado el aborto y que dan sus hijos en adopción para poder trabajar con la pérdida, de estar sufriendo por ello. Para estas madres a las que se le fue negado el aborto, la adopción era una medida de contingencia. Pero para las que querían tener él bebe y se les coarto el tenerlo, la adopción parecía un fracaso a su maternidad.

Un dato interesante, es que el *TurnAway Study* refleja que no hay diferencia en diagnósticos cuando se le niega un aborto a una madre gestante a una madre que logra el mismo. (Biggs, M., 2015) Esto es, que no necesariamente al negarle un aborto a una madre que no desea tener un bebé o una madre a la que está sintiendo forzada a abortar, llega a tener trastornos emocionales como se nos ha querido dejar saber.

*Embarazo en contexto de abuso y agresión sexual:*

El trauma de violencia sexual no puede ser agravado por el Estado en mantener el embarazo contra la voluntad de la mujer. Esto es porque se asume que lo agrava el trauma psíquico en la víctima de agresión o abuso sexual, es el embarazo. El estrés post trauma es un proceso totalmente diverso. Cuando se produce un factor estresante importante, el hipocampo (involucrado en el procesamiento de la memoria) y la amígdala (involucrada en el procesamiento de las emociones) están inundados de hormonas del estrés. El individuo no puede procesar la experiencia traumática como un evento finalizado (aunque ya no exista la amenaza como tal) y el recuerdo permanece activo en el cerebro.

En fin, el evento traumático se almacena en el sistema límbico-la memoria traumática. Y la gravedad del cuadro clínico se ha visto que no depende de las consecuencias del trauma; lesión o embarazo, por ejemplo. Tendría mucho más impacto el apoyo de la comunidad en relación a la víctima, nuestros esfuerzos deberían ir enfocados en ello: en tratar de evitar el trauma psíquico.

Al estado permitir, sin auscultar más a fondo el estado emocional de la víctima es caer en una conducta antiética e irresponsable. El estado estaría promoviendo “eliminar la evidencia” para que la víctima se sienta mejor. No hay evidencia, no hay publicaciones, no hay libros que determinen o demuestre que el aborto contribuye a la sanación psicológica de una víctima de agresión sexual. Lo que, si se ha establecido, es que la predisposición a la violencia sexual, física o emocional pueden exacerbar grandemente la patología en salud mental de la víctima luego de inducirse un aborto.

Existen terapias efectivas para el PTSD, el cual busca reconfigurar de una forma adecuada el evento traumático que almacenado en el sistema límbico. Muy lejos estamos de ayudar a sanar a una víctima al esconder o eliminar las consecuencias de un evento violento,

como en el caso de embarazo. Se estaría promoviendo la invisibilización del problema real. El problema no es el embarazo, el problema es la violación.

Los defensores del aborto perpetúan el mito que las víctimas de violación que resultaron embarazadas *desean* abortar, y esto dificulta a las mujeres elegir la alternativa dadora de vida para su hijo. No debemos olvidar que las víctimas de violación que quedan embarazadas no se separan de repente de la persona que era antes de la violación. Traen a este difícil viaje sus creencias, su parecer de lo bueno y lo malo y todo lo demás que son.

Un estudio de 164 mujeres descubrió que la mayoría de quienes abortaron se arrepintieron de haberlo hecho y dijeron que el aborto les causó problemas adicionales (Reardon, D., s.f.). Por el contrario, entre quienes dieron a luz a un hijo concebido en una violación, la satisfacción fue mayor y ninguna dijo estar arrepentida de haber dado a luz.

Por ejemplo, se asume comúnmente que las víctimas de violación que se embarazan querrían naturalmente tener abortos. Pero en un estudio importante de víctimas embarazadas de violaciones hecho por la Dra. Sandra Mahkorn se encontró que 75 a 85 por ciento escogieron contra el aborto. Esta evidencia debería hacer que la gente se detenga y reflexione en la presunción de que el aborto es deseado o incluso que es lo mejor para las víctimas del asalto sexual. (Mahkorn, 1979). Razones:

1. Aproximadamente el 70 por ciento de todas las mujeres creen que el aborto es inmoral.
  2. Algunas creen que la vida de sus niños tiene un significado intrínseco o un propósito que ellas aún no entienden.
  3. Las víctimas de un asalto muchas veces se vuelven introspectivas.
-

4. Al menos a un nivel inconsciente, la víctima puede sentir que si ella puede superar el embarazo, ella habrá conquistado la violación.

El caso contra el aborto de embarazos por incesto es aún más fuerte.

1. Los estudios muestran que las víctimas de incesto raramente acceden en forma voluntaria a un aborto. En vez de ver el embarazo como indeseado, es más común que la víctima de incesto vea el embarazo como una forma de parar la relación incestuosa porque el nacimiento de su hijo expondrá a la luz la actividad sexual. Es más probable que ella también vea el embarazo como una esperanza de tener un hijo con quién establecerá una verdadera relación afectiva, una muy diferente de la relación de explotación en la cual se encontraba atrapada.
2. Pero mientras las víctimas de incesto pueden atesorar su embarazo porque ofrece una esperanza de liberación, y la esperanza de encontrar amor, su embarazo es una amenaza para el abusador. También es una amenaza para el secreto patológico que puede incluir a otros miembros de la familia quienes están asustados de reconocer que el abuso está ocurriendo. Ya que esta es una amenaza doble, las víctimas pueden ser obligadas a un aborto no deseado tanto por parte del abusador como de otros miembros de la familia.

Es importante como Estado y como profesionales de la salud preguntarnos, si un aborto realmente consolaría a una mujer víctima de incesto o agresión sexual. O, si causaría una nueva lesión física y/o emocional a su ya lastimada psique. Los proveedores de terminación de embarazo que ignoran la evidencia y cometen negligencia al no entrevistar menores que se presentan para terminar su embarazo, e indagar si ha habido coerción, o signos de violencia

sexual o incesto, están lamentablemente contribuyendo a la re-victimización de la víctima. No se rescata a la víctima, se le regresa a la coerción y abuso para la continuidad del mismo.

Finalmente, hay que reconocer que el concebido a raíz de una agresión sexual, también tiene una voz que necesita ser escuchada.

El trauma por violación no será nunca beneficiado por la terminación del embarazo concebido por el mismo.

#### *Potencialidad de la Vida:*

Los puntos relevantes presentados en este memorial están basados en evidencia científica, médica y ética, que abonan a favor del Proyecto de Ley 1084, el cual reconoce el derecho a la vida como un derecho inalienable a todo ser vivo, incluyendo el concebido en el seno materno. Por tal razón, el Estado en su interés apremiante y legítimo, debe intrínsecamente proteger y preservar la **potencialidad** de la vida humana en el vientre materno; y, en caso de terminación de embarazo por razones justificadas de emergencia médica debe protegerse la salud de la madre antes, durante y después del mismo, al igual que la vida del concebido.

Es menester reconocer que más de la mitad de los estados que componen los Estados Unidos de América han legislado parámetros específicos dirigidos a preservar la vida del No Nacido (“nasciturus” término jurídico que designa al ser humano desde que es concebido hasta su nacimiento). Las características del no nacido (*nasciturus*) que lo identifica como persona natural, existen desde el momento de la concepción, creando un ser entero, separado y único; con un material genético exclusivo (ADN) y genuino; y existente sólo para la especie concebida en la unión del óvulo con el espermatozoide; esto es un hecho científico irrefutable. Este es el principio

de una nueva vida con información genética exclusiva (DNA exclusivo) y con una constitución personal humana, definida y única.

Según se ha enseñado históricamente en las instituciones educativas, científicamente está biológicamente probado que la vida empieza desde la concepción, cuando entra el espermatozoide al óvulo, y se produce el llamado *Burst of light*. En *Science Alert* (2016) se describe como los científicos capturan imágenes de rayos intensos de luz que se crean justo en el momento que el espermatozoide penetra el óvulo, evidenciando la habilidad de un desarrollo saludable de un embrión. Estos minúsculos “fuegos artificiales” se ha encontrado que duran aproximadamente dos horas luego de la fertilización. (VIDEO: *Scientific Fireworks at Conception*, 1 de mayo, 2016). Ver Anejo 2-“Desarrollo de un bebé”.

Por ende, el Proyecto de la Cámara 1084, reconoce la vida humana desde la concepción, ya que elabora en torno a la Ley 246-2011, conocida como “Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores”, específicamente el Artículo 2, donde se establece que el derecho de los menores a la vida supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción...” El desarrollo de este ser humano es continuo y progresivo, similar a las etapas de vida desde el período neonatal hasta la vejez, e inevitablemente hasta la muerte natural. Este ser humano temprano es un miembro de nuestra especie “*Homosapiens*”; es de nuestra especie.

Es importante enfatizar que el garantizar las probabilidades de nacimiento de un concebido abona favorablemente a aumentar la tasa de nacimientos y tasa de fecundidad; pues dichas tasas han bajado drásticamente en Puerto Rico con el pasar de las décadas.

*“Latido del Corazón”:*

Según lo enfatiza el propio proyecto de ley 1084, lo cual recalcamos, las probabilidades de sobrevivencia de un concebido están intrínsecamente relacionadas positivamente y en coinonía con el desarrollo de la ciencia, el conocimiento médico, la tecnología y el desarrollo de importantes derechos humanos para todo ser viviente desde la concepción. Los adelantos científicos y tecnológicos han sido tal, **que el latido cardiaco fetal es un indicativo importante de prospectiva viabilidad, y un signo existente de la óptima salud de un embarazo.** Dicho proyecto de ley indica que la *American Pregnancy Association* establece que entre las seis y media semanas a las siete semanas de edad gestacional se reconoce el latido cardiaco de un ser humano en desarrollo dentro del vientre materno. En la Tabla “Periodos críticos en el desarrollo prenatal humano” (Anejo 3) destacamos en detalle, la evidencia científica y real existente del desarrollo de los órganos fetales, acorde con las etapas de gestación identificados, desde la concepción al parto.

El Estado de Texas, USA, por ejemplo, se impide la interrupción del embarazo a partir de las seis semanas de gestación, período en el cual se pueden detectar los latidos del corazón. (*BBC News Mundo*, 1 de septiembre de 2021). Otros países que condicionan la terminación de un embarazo, y lo prohíben en su totalidad son: Chile, Nicaragua, El Salvador, Malta y República Dominicana. (*BBC News Mundo*, 22 de agosto de 2017), además del creciente número de otros estados en Estados Unidos de América.

*Cirugías fetales humanas:*

Otro ejemplo clásico donde enlazamos dichos adelantos médicos tecnológicos es la existencia de cirugías fetales humanas. Con esto, se han desarrollado y perfeccionado varios procedimientos quirúrgicos distintos, dando como resultado una mejora significativa en la



evolución para muchos concebidos. Hace un tiempo, la ciencia ha realizado con éxito cirugías fetales, o sea intervenir al concebido en el vientre materno por diversas razones médicas o congénitas. Algunas de las condiciones para las cuales la cirugía prenatal se realiza son:

-Obstrucción del tracto urinario inferior,

-Síndrome de transfusión Inter gemelar,

-Mielomeningocele,

-Hernia diafragmática congénita,

-Masas cervicales que ocluyen la tráquea

-Tumores tales como: malformación adenomatoidea quística congénita o teratoma sacrococcígeo.

En Barcelona han desarrollado el Área de Medicina Fetal que disponen de sub-especialistas en los diferentes problemas fetales y una estructura innovadora para una atención integral a la madre y el concebido. Las unidades especializadas evalúan más de 1,400 consultas anuales y se realizan más de 100 intervenciones de terapia y cirugía fetal. El programa multidisciplinario de cirugía sobre el feto, en el contexto de la Agrupación Sanitaria Hospital *Clínic-Sant Joan de Deu*, les permite ofrecer todos los tratamientos fetales disponibles en la actualidad. **De esta forma se evidencia la importancia de salvaguardar y proteger la vida prenatal, la salud de la madre, y los estándares médicos.**

En este contexto, es importante destacar que la ciencia le da cuidado médico individual y específico al feto, aunque la madre este totalmente saludable, reconociendo y protegiendo la vida de un ser humano diferente en desarrollo. Hoy día, desde las 18 semanas se considera que el

concebido está lo suficientemente fuerte para resistir una cirugía, ofreciéndole anestesia al mismo y por ende evidenciando que el concebido ya siente dolor. Esto muy bien lo presenta este proyecto de ley 1084, que señala en el *Journal of Medical Ethics* del 2020 la evidencia de un artículo médico titulado *Reconsidering Fetal Pain*. Este concluye que el dolor fetal se evidencia entre las doce y veinticuatro semanas de edad gestacional. (Derbyshire y Bockmann, 2020; Kizer1 y Vanegas, 2016)

Según el PC 1084, datos de los años 2015 al 2020, evidencian que se desconoce la causal y los métodos utilizados para un porcentaje de terminaciones de embarazo realizadas para este periodo. Por ende, es apremiante que se enfatice la importancia de documentar con especificidad y puntualidad las indicaciones médicas de emergencia para la terminación de embarazo, al igual que documentar la etapa gestacional del concebido, y los métodos disponibles que fueron considerados. La documentación es fundamental para dar a conocer estadísticas fidedignas de lo que ocurre en Puerto Rico en cuanto a las terminaciones de embarazos y sus causales. Dicha información es sumamente pertinente al elaborar planes estratégicos de prevención. Nuevamente recalcamos que es menester enfatizar la importancia de garantizar, ante todo, el “*preservar las dos vidas: la vida de la mujer y del concebido*”; gesto que entendemos es prioritario.

Estamos en la entera disposición de continuar aportando todos nuestros conocimientos médicos y de salud mental en pro de la salud y el bienestar, y para beneficio a la humanidad. “La riqueza más grande de una sociedad es la vida humana en el vientre de una madre y cuidándola, revertimos el envejecimiento de nuestra sociedad” (Dra. Valcárcel-Ruiz)

## **Conclusión**

Luego de exponer la evidencia empírica sobre la potencialidad de la vida y el daño psicológico que puede sobrellevar una mujer al realizarse un aborto ya sea voluntario o por razones médicas, es necesario hacer una pausa y analizar si la finalidad del Proyecto de la Cámara 1403, cumple con su objetivo de ofrecer servicios de salud esenciales como lo establece en intención: la salud esencial tiene que ir encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.

“La Conferencia Mundial de Viena sobre Derechos Humanos (1993) enuncia: "(...) la importancia del **disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental** (*énfasis añadido*) durante toda su vida. (...) la igualdad de condición y los derechos humanos de la mujer, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles (...) el derecho de la mujer a tener acceso a **una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación** (*énfasis añadido*)" (artículo 41) (ONU, 1993). Pero es la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo, en septiembre de 1994, donde se promulgaría de una manera más elocuente lo atinente al concepto de salud reproductiva y derechos reproductivos:

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones

relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (ONU, 1995a)” (Zarate-Cuello, 2014)

Tomamos en cuenta que el derecho de decisión que le asiste a la mujer sobre su reproducción y su cuerpo termina donde comienzan los derechos del nasciturus, cuyo límite se presenta en el instante mismo de la fecundación, el aborto no puede considerarse como un derecho humano. Jamás podría considerarse como un derecho quitarle la vida a un miembro de su misma especie “Homosapiens”. Por tanto, bajo ninguna consideración deben ponderarse los derechos de un ser humano por encima del derecho a la vida de otro ser humano. La vida humana no se pondera, se respeta. Y hemos presentado evidencia empírica e irrefutable que la vida comienza desde la concepción.

Los derechos que conseguimos, nosotras las mujeres, fue que se nos permitió tener la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y de respeto mutuo en pareja sin riesgos; libre de dominación, discriminación y violencia; con igualdad y la posibilidad de contar con un sistema de seguridad en salud y el más alto nivel de bienestar; con el propósito de tener hijos o no, en ejercicio de la libertad de procreación. No obstante, se ha empañado lo anterior pretendiendo brindar protección a la dignidad de la vida humana de la mujer, mientras sientan las bases para la total indiferencia hacia los derechos humanos del nasciturus.

Por lo anterior, portavoces ConCiencia rechaza el Proyecto de la Cámara 1403 toda vez que carece de validez y coherencia la intención del mismo. La aprobación del mismo, llevaría a Puerto Rico a un estado de alerta, toda vez que se estaría apoyando un proceso el cual se ha evidenciado que provoca malestares psicológicos tan profundos como para desarrollarse en trastornos mentales. Puertorriqueñas mentalmente vulnerables y sin apoyo del Estado (ya que el Estado es quien legislaría a favor de la raíz del problema), serían presa fácil para el desarrollo de

la “indefensión aprendida” como, por ejemplo. Este tipo de conducta se perfila en las víctimas de agresión por parte de sus parejas, trata humana y abuso sexual. Este proyecto, en vez de proteger a la mujer, la expone a más violencia y a la invisibilización, por pensar que sus libertades no tienen límites. El aborto será un factor altamente riesgoso para la salud mental de nuestras madres gestantes.

La población descrita en este proyecto de ley abarca la pertinencia de educar, orientar y alertar a las madres con el fin de que estén debidamente orientadas sobre los procedimientos médicos, y dentro del contexto que nos ocupa: el aborto. Dichos argumentos son cónsonos con las responsabilidades actuales de la comunidad galena hacia la sociedad en general sobre todo a los pacientes quienes se le prestan servicio. El Colegio Americana de Ginecólogos y Obstetras promueve la alfabetización de salud como parte de la educación al paciente. Entiéndase que es parte de sus funciones en el ejercicio de la profesión. Dicha recomendación emitida por el Comité de Seguridad Pública y Mejoramiento de Calidad y el Comité de Cuidado de Salud para mujeres desprovistas de servicios recomiendan que debido al potencial efecto de la alfabetización de salud en los resultados de los pacientes, los obstetras-ginecólogos deben tomar los pasos apropiados para asegurar que ellos comunican de una manera comprensiva para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas sobre su cuidado de salud.

Personal del sistema de salud debe aprender a comunicarse con los pacientes efectivamente tomando en consideración las circunstancias y habilidades de comprensión sobre la información de salud brindada. Herramientas y métodos accesibles a todos los pacientes, incluyendo aquellos con literaria de salud limitada, debe ser desarrollada para abarcar la información de salud relacionada. Este grupo plantea la necesidad inminente de que los pacientes sea educados y sus capacidades cognitivas, emocionales, intelectuales, entre otras sean atendidas

con la mayor rigurosidad con el fin de que los pacientes reciban un servicio óptimo el cual no violente sus derechos como pacientes.

Remitiéndonos al Proyecto de la Cámara 1403, los médicos que ejercen este tipo de intervenciones están llamados a realizar dicho proceso. Entendemos que ante la responsabilidad de esta comunidad médica, el mismo está llamado a orientar sobre la etapa gestacional, su etapa de desarrollo y las alternativas para el concebido sobre todo en casos que no haya una emergencia médica. De la misma forma orientar como la terminación de un embarazo voluntario o medico puede afectar a la madre gestante.

Por todo lo anterior, entendemos meritorio **apoyar** el P. de la C. 1084. PCC solicita la consideración de unas enmiendas y añadir en esta intención de ley, la creación de un protocolo interagencial en el cual la madre gestante puede ser orientada sobre las alternativas de embarazo; entre ellos adopción, entrega de custodia al padre u otros recursos alternos, acompañamiento, ayuda psicológica, social y espiritual, de ser necesario, entre otros. En casos de menores de dieciocho años sin asistencia de sus padres registrales o custodios, el mismo sea referido a las agencias pertinentes para evaluación.

Portavoces ConCiencia **recomienda añadir un artículo** donde presente un cuidado tanto a la madre como al concebido de ser negado la terminación de embarazo, que lea de esta forma.

“Como medida preventiva se desarrollará un protocolo Interagencial a favor de la madre y el concebido en la que haya viabilidad gestacional. Este protocolo a favor de las vidas de la madre y el concebido serian tanto a nivel ejecutivo y judicial. El mismo busca brindar educación a la madre gestante, información necesaria para canalizar servicios educativos como inicio de adopción, entrega de custodia a padre u otros recursos familiares o coordinación

educativa para la preservación familiar. Se promovería ayuda psicológica, económica y social, según la necesidad que presente la madre gestante, para preservar la salud mental y física de la madre y del concebido”.

**Al apoyar esta medida, estamos contribuyendo a la salud pública de nuestro país, contribuyendo al cuidado de nuestras mujeres y protegiendo la vida del concebido. Continuamos protegiendo la vida de nuestras mujeres puertorriqueñas, que además de vivas, las queremos sanas.**

Atentamente,

Dra. Yiddish M. Álvarez, Ph.D.  
Presidenta  
Portavoces ConCiencia

Dra. Rosalina Valcárcel-Ruiz, MD, MPH  
Vice-presidenta  
Portavoces ConCiencia

## Referencias

- Babbel, S. (2010). *Post abortion stress syndrome (PASS)- does exist?* Psychology Today. Recuperado en Junio, 4, 2022. [Http: Psychologytoday.com/us/blog/somatic-psychology/201010/post-abortion-stress-syndrome-pass-does-it-exist](http://Psychologytoday.com/us/blog/somatic-psychology/201010/post-abortion-stress-syndrome-pass-does-it-exist)
- Brewer, C. (1978). *Induce abortion after feeling fetal movements: Its causes and emotional consequences.* Journal of Biosocial Science, 10 (2), 203-208. doi:10.1017/S0021932000011639
- Biggs, M.G., Neuhaus, J.M., Foster, DG. (2015) Mental health abortion diagnoses 3 years after receiving or being denied and abortion in the United States. *American Journal of Public Health* 105(12)
- Coleman PK, Coyle CT, Rue VM. (2010). *Late-term elective abortion and susceptibility to posttraumatic stress symptoms.* J Pregnancy. 2010;2010:130519. doi: 10.1155/2010/130519. Epub 2010 Aug 1. PMID: 21490737; PMCID: PMC3066627.
- Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J. (2002). *A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term.* Am J Obstet Gynecol. 2002 Dec;187(6):1673-8. doi: 10.1067/mob.2002.127602. PMID: 12501082.
- Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. (2003). *Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort.* Med Sci Monit. 2003 Apr;9(4):CR105-12. PMID: 12709667.
- Derbyshire SW, Bockmann JC. Reconsidering fetal pain, *Journal of Medical Ethics* 2020;46:3-6.
- di Giacomo E, Pessina R, Santorelli M, Rucco D, Placenti V, Aliberti F, Colmegna F, Clerici M. (2021) *Therapeutic termination of pregnancy and women's mental health: Determinants and consequences.* World J Psychiatry. 2021 Nov 19;11(11):937-953. doi: 10.5498/wjp.v11.i11.937. PMID: 34888166; PMCID: PMC8613757.
- Kizer, S. y Vanegas, H., (2016). *Revista de Obstetricia y Ginecología.* Venezuela, 76 (2) Caracas, jun. 2016
- Lopez Moratalla, N. (2012). *How does the brain change after an abortion.* Cuadernos de Bioética. ISSN 1132-1989, ISSN-e 2386-3773, Vol. 23, N° 78, 2012, págs. 565-586.
- Mahkorn, S. (1979) *Pregnancy and Sexual Assault, The Psychological Aspects of Abortion,* eds. Mall & Watts, (Washington, DC, University Publications of America, 1979), 55-69.
- Muñoz, F., Lopez-Acuña, D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larrieu, M., Uvilla, S., Zeballos, J., (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2), 2000



Natalie P Mota, BA ; Margaret Burnett, MD, FRCPC ; Jitender Sareen, MD, FRCPC (2010) *Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample*. The Canadian Journal of Psychiatry, 55(4), April (2010).

Portella, Percy Pacora, (2014). *Aborto terapéutico: ¿realmente existe?*. Acta Médica Peruana. 31 (4) Oct-Dic (2014)

Reardon, D. C. (2018). *The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities*. SAGE Open Medicine. <https://doi.org/10.1177/2050312118807624>

Reardon, D. (s.f.) *Rape, Incest and Abortion Searching beyond the myths*. Adapted from an article by David C. Reardon, PhD. The Elliot Institute. Recuperado en Septiembre 6, 2022 en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.495.4378&rep=rep1&type=pdf>

Schroeder, D. (2012) "My Rape Pregnancy and My Furor Over Social Myths", *Elliot Institute. After Abortion.org*. Recuperado en Septiembre 4, 2022 en <http://afterabortion.org/2012/my-rape-pregnancy-and-my-furoroversocial-myths/>

Sisson G, Ralph L, Gould H, Foster DG (2017). *Adoption decision making among women seeking abortion*. Womens Health Issues. 2017 Mar-Apr;27(2):136-144. doi: 10.1016/j.whi.2016.11.007. Epub 2017 Jan 30. PMID: 28153742.

World Population Review. Recuperado Apr 29, 2022, from <https://worldpopulationreview.com/about>

Zárate Cuello, A. (2014). ¿ES EL ABORTO UN DERECHO SEXUAL Y REPRODUCTIVO DE LA MUJER? ANÁLISIS DESDE EL BIODERECHO, LA BIOÉTICA, LA BIOPOLÍTICA Y LA BIOJURÍDICA EN ESTADOS UNIDOS, ESPAÑA Y COLOMBIA. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 14(2), 12-27.

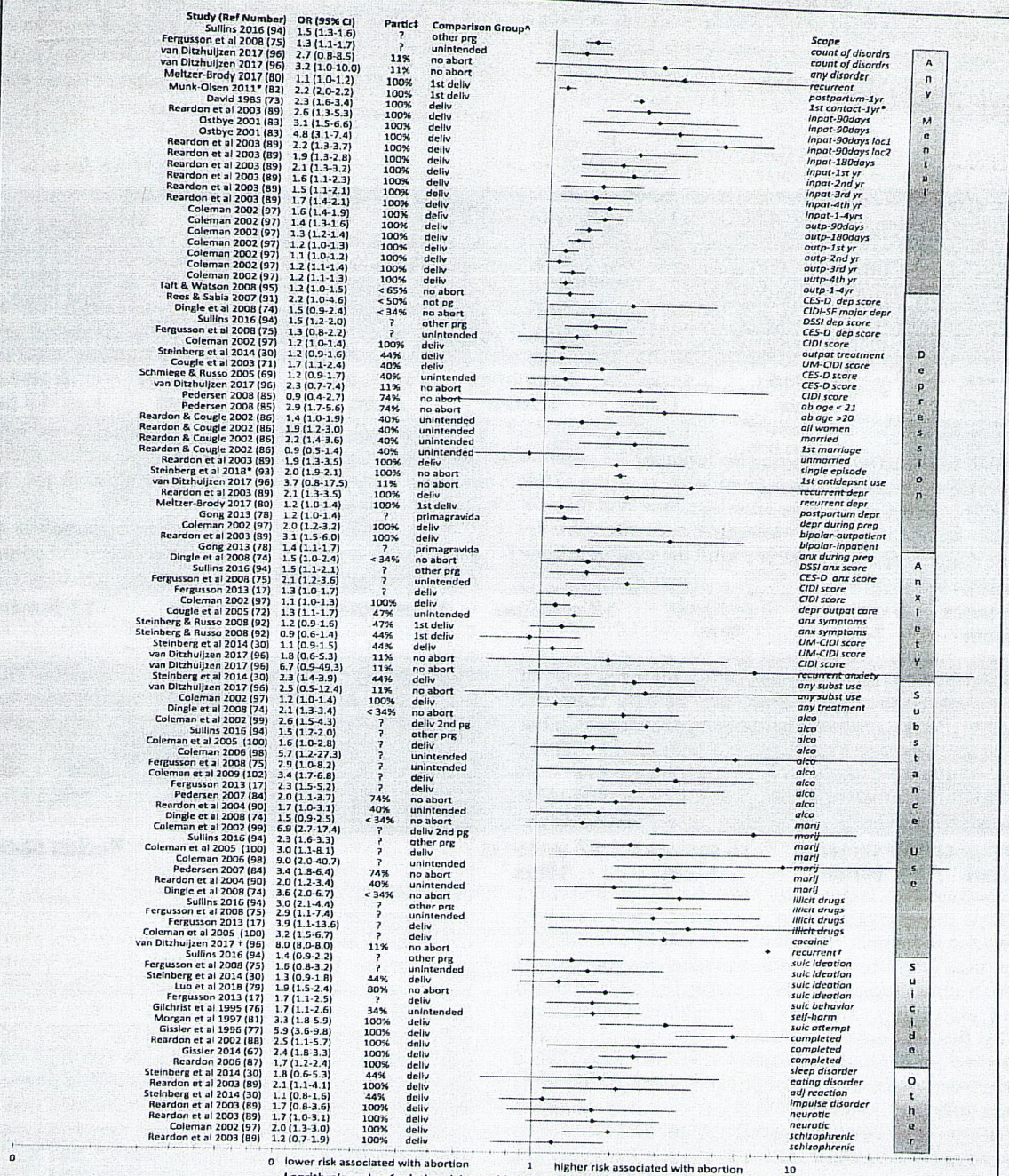
Zareba, K., Lucia La Rosa, V., Ciebiera, M., Makara-Studzinska, M., Commodari, E., Gierus, J. (2020). Psychological effects of abortion. An updated narrative review. *Eastern Journal of Medicine*. 25(3): 477-483.

Zhang Q, Wang N, Hu Y, Creedy DK. (2022). *Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study*. *Reprod Health*. 2022 Mar 9;19(1):64. doi: 10.1186/s12978-022-01366-1. PMID: 35264193; PMCID: PMC8906361.

## ANEJOS

### Anejo 1

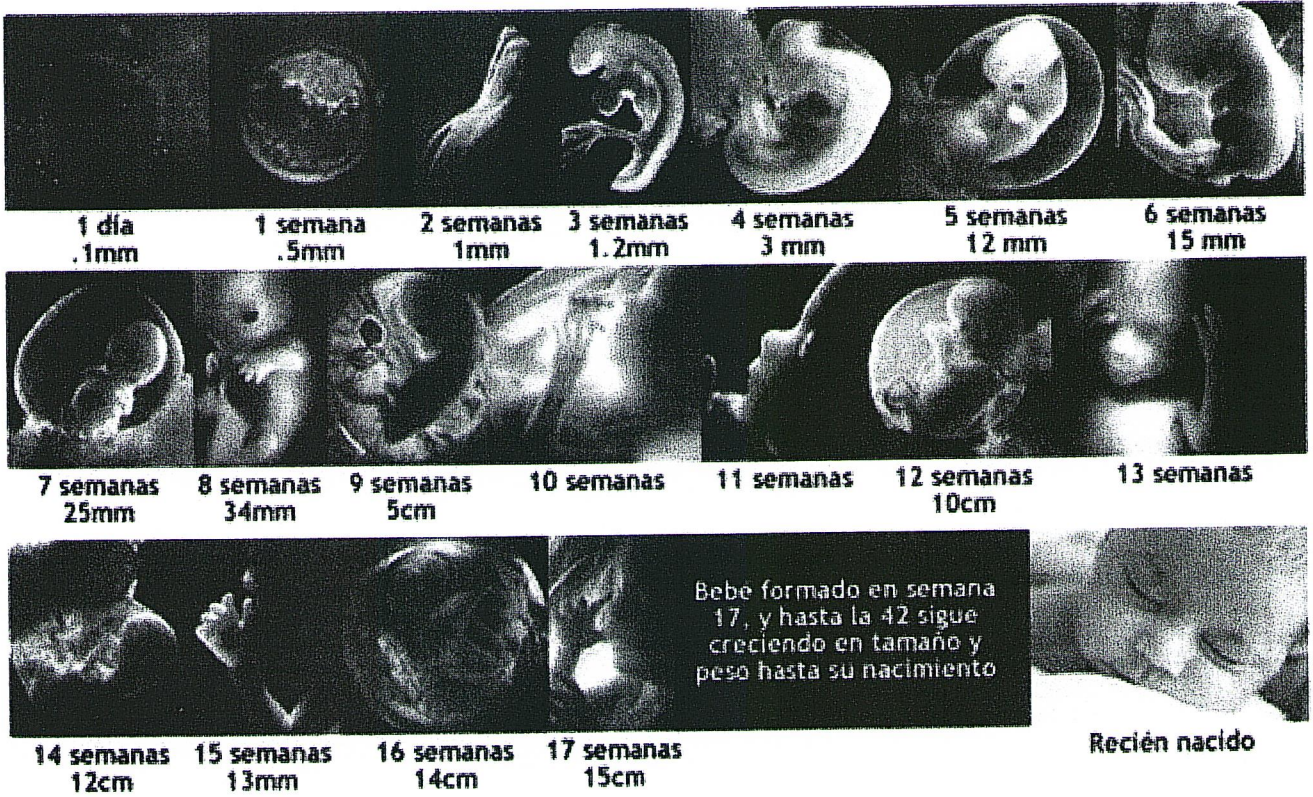
*Investigaciones que correlacionan Salud Mental con Aborto*



\*OR was calculated using all cases during 12 months after pregnancy outcome  
 † OR=1 is place holder. Recurrent substance disorder was 20.7% for abortion group and 0.0% for the matched control group, yielding an incalculable "infinite" odds ratio.  
 ‡ Unless reported by the study authors or other published analyses of a data set, participation rates were calculated by dividing the sample at the end of the study by the eligible sample. If only the initial refusal rate and drop out rate were reported, participant rates were calculated with the available data and marked with a < sign.  
 \* Comparison groups: "deliv" includes women with a history of delivering a live baby. "1st deliv" compares outcomes to women after a first live birth only.  
 "unintended" includes women who delivered an unintended pregnancy. "no abort" includes women who delivered or were never pregnant as long as they have no known

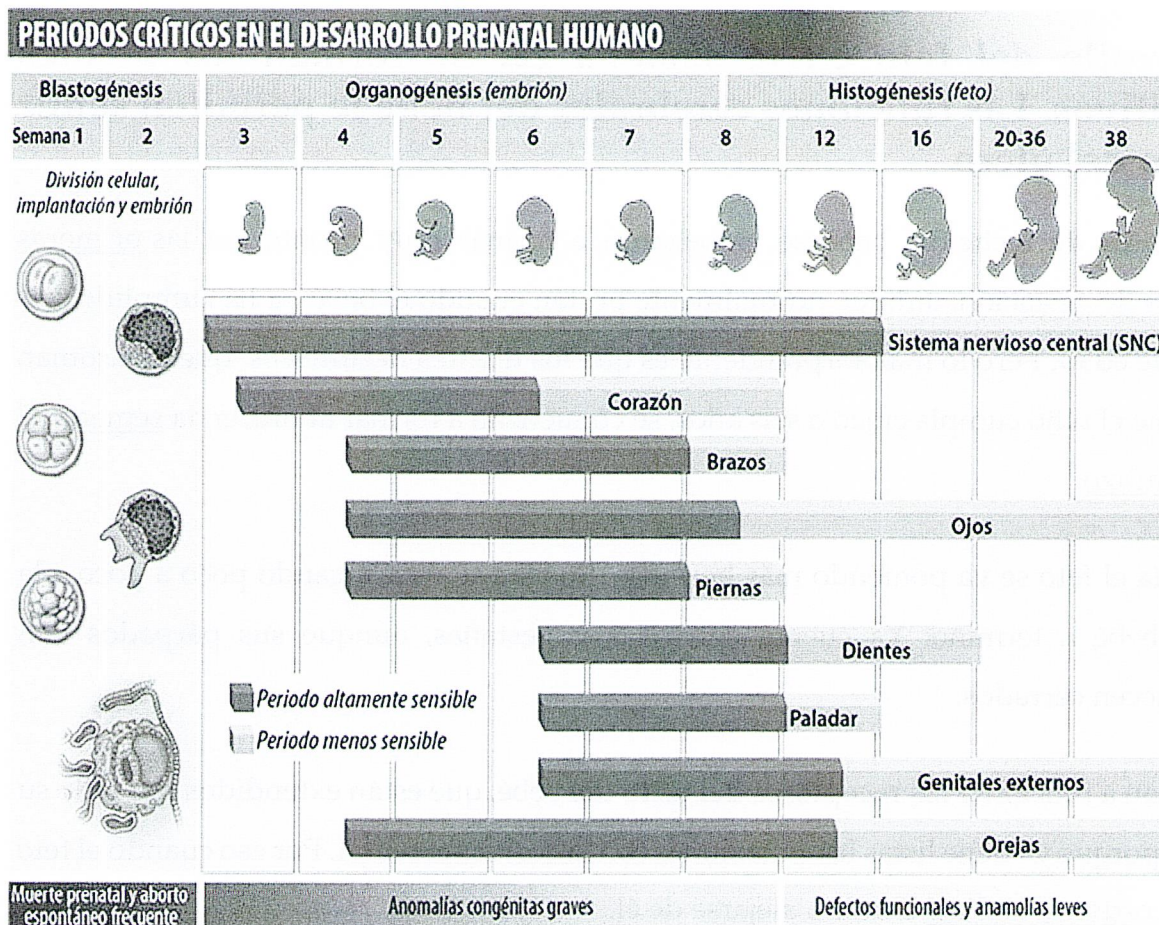
Anejo 2

Desarrollo de un bebé



Anejo 3

Periodos críticos en el desarrollo prenatal humano



# Viabilidad de un Bebé

<https://www.natalben.com/desarrollo-feto-semana-22-se-forman-los-dientes-definitivos>

## Desarrollo del feto en la semana 22: Se forman los dientes definitivos. Las funciones cerebrales del bebé le permiten sentir dentro del útero

Los **dientes de leche** del bebé se empezaron a formar muy pronto, en las primeras semanas de gestación, aunque normalmente brotan cuando el bebé ya ha cumplido seis meses de edad. Pero lo más sorprendente es que los **dientes definitivos**, que no asoman hasta que el niño cumpla cinco o seis años, se comienzan a formar ahora, en la semana 22 de embarazo.

Día a día el feto se va poniendo más hermoso. Su **cara** se va acercando poco a poco a la de un bebé a término: Ya cuenta con cejas y pestañas, aunque sus párpados aún permanecen cerrados.

Empiezan a funcionar los **receptores del tacto** del bebé, que están extendidos por todo su cuerpo porque ya tiene listas las conexiones con la corteza cerebral. Por eso cuando el feto toca el cordón umbilical tiende a alejarse de él.

El sistema límbico de **cerebro**, compuesto por un conjunto de estructuras relacionadas con las respuestas emocionales, la memoria y el aprendizaje, se encuentra en pleno desarrollo. Algunas teorías afirman que el bebé después de nacer es capaz de recordar algunas emociones vividas en el útero materno y que el feto es muy sensible a los estados de ánimo de la madre. No hay nada demostrado científicamente, pero todos los expertos están de acuerdo en que es fundamental que la madre se encuentre en el mejor estado posible.

<https://www.youtube.com/watch?v=756H6MCLERc>

<https://www.youtube.com/watch?v=eOqZtkfLCKI>

<https://www.youtube.com/watch?v=IM2-8se6pp8>



Babies thuck their thumbs inside the womb as early as 10 weeks

## Fetus hand reaches out Posted on May 16, 2013

<https://www.famouspictures.org/fetus-hand-reaches-out/>

**Behind the camera:** Michael Clancy

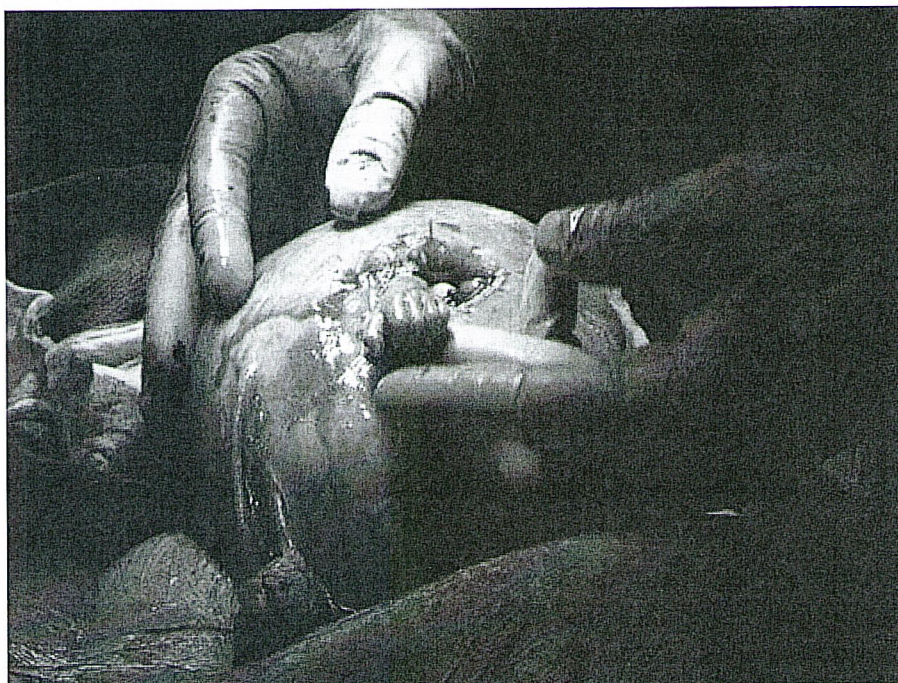
**Where:** Vanderbilt, Hospital Nashville

**Photo Summary:**

Samuel Armas touching the surgeon's hand while still being in his mother's womb  
21 weeks.

**Picture Taken:** August 19, 1999

In late 1999, the closing days of the millennium, a story broke about a popular picture that was being emailed around the world. Matt Drudge a right-wing radio commentator who at the time had a show



on FOX was actually prevented from airing the photo. The shot was of an operation with what appeared to be a baby's arm reaching out of its mother's womb and grabbing the surgeon's finger. The picture was immediately seized upon by the anti-abortion establishment, which ensured that it would become an iconic picture.

# Background

Spina bifida is a disease where a baby developing inside its mother's womb has a small lesion on its back exposing the spinal column. While the baby swims around the womb it hits the uterus walls and if the exposed spinal column hits the uterus walls the spinal nerves can be damaged. By the time the baby is brought to term irreversible damage is done. The results differ depending on the extent of the harm with some children being able to control their bowels and walk using crutches but others are forced to use wheelchairs, suffer from learning problems and endure endless operations to fix chronic life-threatening issues.

## Enter the doctors

In 1992 two doctors, Dr. Joseph Bruner and Dr. Noel Tulipan met for lunch at Vanderbilt hospital. Tulipan treated many spina bifida patients but felt that the damage could be lessened if the lesion or opening that allowed the spinal damage could be closed as soon as it was detected. At the time, technology forced surgeons to wait until the baby was delivered before they could close the spinal column. Bruner seeing the potential of a pre-birth operation suggested the two work together to perfect a surgical operation where they would operate on the fetus in the womb, "The idea," Tulipan recalls, "was that we could prevent enough of the secondary injuries so that more spina bifida children would have a chance to walk."

The two spent years practicing and perfecting the operation before settling on a procedure where they would remove the uterus, place it on the mother's stomach, drain the amniotic fluid, operate on the fetus, refill the uterus, place it back in the mother and then allow the baby to continue full term. The operation soon had some success and word began to spread. Letters and emails started pouring in. Some letters were from grown spina bifida patients who felt that the operation was playing god, risking the life of the fetus in order to create a "perfect" baby. However, most of the communication was from desperate parents willing to risk the surgery.

## Not one but two

The pictures circling the Internet are actually of two babies undergoing the new Vanderbilt procedure. One picture is of Trish and Mike Switzer's baby, Sarah Marie and the other popular shot is of the Armas' baby, Samuel Armas. Both are being operated on by the two Vanderbilt surgeons Dr. Bruner and Dr. Tulipan.

## Sarah Marie Switzer



The Switzer baby shot was taken by photographer Max Aguilera-Hellweg for LIFE magazine. During July 1, 1999, operation he captured the moment Dr. Bruner gently placed Sarah Marie's hand back into the uterus. "She's going to be beautiful," he recalled saying. Her parents would agree when on August 22, 1999, almost two months after having the surgery Sarah Marie Switzer was born. Born nine weeks premature, doctors were amazed at the health of the baby and allowed Sarah Marie to go home with her parents in early Sept. Sarah Marie showed none of the signs of extreme spina bifida and even kicked her legs as an infant rare in most spina bifida patients.



Sarah Marie Switzer's arm

Samuel Armas' parents, Alex and Julie, discovered that Samuel had spina bifida during an ultrasound at 14 weeks. Doctors offered to terminate the pregnancy as the risks of delivering a healthy baby are rare. Julie refused to accept this solution and with her family scoured the net for information about the disease. It was then she came across the Vanderbilt procedure being performed by Bruner and Tulipan. She quickly raised the money, as an experimental procedure American insurance companies refuse to pay for the operation, and performed the surgery during the 21st week of surgery.

The Armas's family also allowed the operation to be photographed and let Nashville free-lance photographer Michael Clancy take pictures of the Aug. 19, 1999 operation, the 54th mother to undergo the procedure. Clancy's picture eventually was published as part of a September 7, 1999, article in USA TODAY. From there other media picked it up and it quickly spread around the world.

This photo has become an icon ... Depending on your political point of view, this is either Samuel Armas reaching out of the uterus and touching the finger of a fellow human, or it's me pulling his hand out of the uterus ... which is what I did. ... The baby did not reach out the baby was anesthetized. The baby was not aware of what was going on.

Both mother and fetus were drugged and would not have been able to move on their own and according to Dr. Tulipan, who closed the hole in Samuel's spine, at 21 weeks Samuel, "would have no ability to reach out and grab anything,"

Clancy the photographer offers a different version where he claims that little Samuel “thrust” his arm out of the uterus incision and Clancy took a picture when the surgeon, “reached over and lifted the hand, which reacted and squeezed the doctor’s finger. As if testing for strength, the doctor shook the tiny fist. Samuel held firm.” The medical journal write up of the operation offers this version of events:

[[Just as surgeon Dr. Joseph Bruner was closing the incision in Julie Armas’ uterus, Samuel’s thumbnail-sized hand flopped out. Bruner lifted it gently and tucked it back in.

Whatever happened, a healthy Samuel was born on December 2, 1999, and almost four years later, on September 25, 2003, Alex and Julie Armas testified before the U.S. Senate Subcommittee on Science, Technology, and Space about the photo and their experience with the surgery. Samuel was also present and his father said, “Today, Samuel is nearly four years old and has not had to endure the surgeries that are common for most children with spina bifida. He’s walking with leg braces, is cognitively normal, and loves looking for bugs.”

## The Drudge Connection

In Nov 1999 the right-wing news gossip guru, Matt Drudge, had a Saturday night television show called Drudge on the Fox News Channel. Drudge wanted to show Samuel’s image on his Nov 13 show but Fox news directors refused to allow Matt to display the image. He refused to go back on air crying censorship and the two parties supposedly, “amicably”, went their separate ways with the November 6, 1999 episode of Drudge being the last.

Fox News directors refused to allow the airing of the picture because they feared that Drudge, a staunch anti-abortionist, would use the picture to further his argument against late-term abortions. The news directors felt that this use would miss-represent a picture that they felt represented a breakthrough medical procedure for spina bifida NOT a picture to be used for or against abortion.

## Buy it to Kill it

When Michael Clancy took the picture of little Samuel he had no idea that he was going to get in a life-altering experience and at the same time battle LIFE. In fact, when he initially took the picture he didn’t even know if the shot was in focus. To prevent digital manipulation of images USA Today requires that all film be submitted unprocessed. So he had to wait until 10 days after he submitted the film before he finally heard that the

---

photos turned out alright. USA Today loved the shots and the photo editor called saying, "It's the most incredible picture I've ever seen." They were published on September 7th, 1999 in USA Today and The Tennessean Newspaper with Clancy's caption, that Samuel reached out on his own.

When Clancy's picture was released he didn't realize it but he was scoping, at the time, one of the biggest magazines in the world, LIFE magazine. They had Max Aguilera-Hellweg take the Switzer baby shot and were planning to do a big story called "Born Twice" in their December 1999 issue. Their photo was posed and as Clancy asserted his picture wasn't, the baby reached out on its own. Also, the Switzer baby operation was taken at 24 weeks into the pregnancy, while the shot of Samuel was taken at the 21-week mark.

Clancy offered to sell the picture to LIFE and initially, they agreed. Clancy's agent told him over the phone, "They do want to buy your picture. They want to buy it to kill it." The photojournalist quickly told him no way and that if LIFE didn't buy it to print then he would spread the shots through multiple media outlets and thus kill the LIFE magazine big breaking news item as by then the story would be old news. After negotiations that went on over four days LIFE eventually decided to pass on the photo and true to his word Clancy aggressively published his photo so by the time December rolled around LIFE had buried their story and picture in the back of their Dec issue.

Mike Clancy thought he had won his little battle but then a bomb dropped. Dr. Bruner, whose hands which are present in both shots, released a statement where he stated, "The baby did not reach out, The baby was anesthetized. The baby was not aware of what was going on." This directly contradicted what Mike Clancy stated and published in his caption where he claimed that Samuel reached out on his own. The doctor's statement in Clancy's opinion "stripped any credibility" that he had as a journalist. His Editors and co-workers were soon asking why he lied about the picture but Clancy stuck to his guns always claiming that Samuel reached out and grasped Dr. Bruner's hand. Even though the photographer was eventually forced to leave his profession as a result of the caption discrepancy he doesn't blame Bruner stating, "He's an incredible surgeon but [he] simply could not admit the unborn child came out from under the anesthesia too soon."

## Results

Dr. Bruner, while acknowledging that his experimental surgery is still in the early development stages and poses significant risks, he looks to a future where this surgery will be performed across the world, offering incredible promises to parents of unborn children with birth defects.