

Resultados de la investigación sobre las **consecuencias emocionales y psicológicas** del **aborto inducido**

Dra. Marta B. Rondón



Resultados de la investigación sobre las **consecuencias emocionales y psicológicas** del **aborto inducido**

Documento elaborado por:

Dra. Marta B. Rondón

Por encargo de:

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos
(PROMSEX)

Lima - 2009



PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos
(PROMSEX)
Av. José Pardo 601, Oficina 604,
Miraflores, Lima 18 - Perú
Teléfono: (511) 447 8668 Fax: (511) 243 0460
www.promsex.org

Autora: Dra. Marta B. Rondón

Coordinación: Jorge Apolaya
Corrección de estilo: Rosa Cisneros
Diseño y diagramación: Julissa Soriano
Impresión: erre&erre artes gráficas

Hecho depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009 -13894
ISBN: 978-612-45154-3-9

Primera edición, noviembre 2009
Lima - Perú

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de International Women's Health Coalition,
HIVOS, INSAP y ESAR

Índice

- 5** I. PERSPECTIVAS TEÓRICAS
 - 5 1. Modelo del estrés y de los mecanismos de afronte
 - 6 2. Causas del malestar emocional o distrés relacionado al aborto
 - 7 3. La investigación cualitativa y la narrativa de las mujeres que abortaron
 - 10 4. El aborto como una experiencia traumática
- 15** II. ASPECTOS CONTROVERSIALES DE LA METODOLOGÍA DE LAS INVESTIGACIONES
- 20** III. REACCIONES FRENTE AL ABORTO
 - 20 1. ¿Cómo se sienten las mujeres (embarazadas) antes de abortar?
 - 22 2. ¿Cómo se sienten las mujeres luego del aborto?
 - 23 3. ¿Duran estas respuestas más de un mes?
 - 23 4. ¿Cuáles son las repercusiones emocionales del aborto a largo plazo?
- 27** IV. CONSECUENCIAS DEL ABORTO SOBRE LA SALUD MENTAL
 - 27 1. ¿El aborto causa daño a la salud mental de las mujeres?
 - 28 2. ¿Cuán prevalentes son los problemas de salud mental relacionados al aborto?
 - 28 3. ¿Cuál es el riesgo relativo del aborto en términos de salud mental en comparación con otras alternativas de acción de la mujer con un embarazo no deseado?
 - 29 4. ¿Cuáles son los factores que explican las variaciones individuales de las reacciones emocionales en respuesta al aborto?
- 33** V. REPERCUSIONES CLÍNICAS DE LOS HALLAZGOS
- 35** VI. LAS DECLARACIONES DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS INTERNACIONALES RESPECTO DE LA LITERATURA ACTUAL
 - 35 1. Real Colegio de Ginecólogos y Obstetras
 - 36 2. Real Colegio de Psiquiatras
 - 37 3. Asociación Americana de Psicología
 - 38 4. Asociación Psiquiátrica Americana
- 41** VII. CONCLUSIONES
- 42** REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. Perspectivas **teóricas**

Hay muchas maneras de conceptualizar las implicaciones del aborto sobre la salud mental y existe bastante literatura relevante, aunque no conclusiva. Hay que reconocer que las perspectivas éticas, religiosas y morales de quienes investigan en este tema, tanto como los puntos de vista de las mujeres que tienen abortos, afectan la percepción acerca de los efectos del aborto. Sin embargo, la investigación científica con rigor metodológico debe ayudarnos a lograr una visión inclusiva y generalizable respecto de las consecuencias emocionales del aborto.

1. Modelo del estrés y de los mecanismos de afronte

El modelo del estrés y su afronte, tal como fue enunciado por Lazarus (1984), es usado por casi todos los investigadores que han explorado sobre aspectos de salud mental y aborto. Algunos investigadores lo mencionan explícitamente y en la descripción de los métodos e instrumentos usados es evidente esta base teórica. Sin embargo, se podría plantear investigaciones desde otros modelos teóricos: la teoría de los vínculos, la pérdida, o la teoría de la toma de decisiones. Por otro lado, casi no hay investigación cualitativa de calidad en el tema.

En el modelo de Lazarus para que una situación resulte estresante el individuo debe percibirla como tal. Los procesos cognitivos que evalúan la situación permiten decidir si es una situación amenazadora, una pérdida, un reto, o una situación benigna.

Los mecanismos de afronte son maneras conscientes en que las personas reducen el estrés producido por diversas situaciones; el uso excesivo o exclusivo de un mecanismo de afronte puede exacerbar en vez de disminuir el conflicto y los efectos negativos de una situación dada.

En relación con este modelo teórico, el aborto se considera un evento potencialmente estresante en el contexto de una vida normal en la que hay muchos otros estresores. Un embarazo no deseado es también un estresor y, según este modelo, no se puede separar la experiencia psicológica del aborto de la experiencia psicológica de la

gestación no deseada. El aborto podría ser un estrés secundario que agrava el estrés, o una respuesta que alivia la angustia causada por el embarazo no deseado.

Un principio importante en la teoría de estrés y afronte es la variabilidad individual: el embarazo no deseado y el aborto no necesariamente se percibirán como estresantes y no llevarán ineludiblemente a reacciones psicológicas negativas. El estrés emerge de una interacción entre la persona y su ambiente, donde las circunstancias específicas son evaluadas como estresoras si exceden los recursos de la persona para adaptarse.

La experiencia del aborto de la mujer está mediada por su evaluación de la gestación y el aborto y de lo que pesan en su vida, por la capacidad que ella percibe tener para enfrentarse a estos eventos y por la manera en que afronte los eventos subsecuentes a la terminación del embarazo.

Lo anterior está moldeado por las condiciones del ambiente de la mujer: sus recursos materiales, apoyo social, acompañamiento de la pareja, situación legal del aborto en el lugar donde vive, etc., y por sus características personales (personalidad, actitudes, valores, experiencia previa a eventos estresores, antecedentes de trauma o violencia, y factores neurobiológicos).

2. Causas del malestar emocional o distrés relacionado al aborto

El aborto como un evento potencialmente estresor en el contexto de una vida sometida a otros estresores

Un tema importante es la diferenciación del distrés causado por el aborto propiamente dicho del causado por otras razones concomitantes: el abandono, la pobreza, la posibilidad de alterar el proyecto de vida, el embarazo no deseado o impuesto por violación. Solo hay dos estudios que comparan mujeres con embarazo no deseado llevado a término y mujeres con embarazo no deseado terminado voluntariamente.

Gilchrist y cols. (1995) encontraron en un grupo de 13 mil 261 mujeres con embarazos no deseados que no había diferencias en la incidencia de psicopatología luego del aborto y luego del parto, excepto que

las mujeres con antecedentes de psicosis que optaron por el aborto tuvieron menor riesgo de recaída que las que optaron por continuar el embarazo y aquellas a quienes se les negó el aborto tuvieron mayor riesgo de intentar suicidarse.

El modelo de estrés y afronte permite identificar varias fuentes del malestar emocional de algunas mujeres que deciden abortar:

- ✓ Terminar un embarazo deseado o significativo.
- ✓ Presión externa para realizarse un el aborto.
- ✓ Oposición percibida al aborto por parte de la pareja, los padres, familia o amigos.
- ✓ Percepción de falta de apoyo social.

Otras investigaciones (Major y Cozzarelli, 2000; Adler, 1992) han identificado otros factores que incrementan la probabilidad de presentar reacciones negativas frente al aborto como son: rasgos de personalidad, especialmente puntajes elevados en la escala de neuroticismo (que indica una tendencia a sobre reaccionar emocionalmente frente a los eventos de la vida), pobre autoestima y antecedentes previos de enfermedades psiquiátricas (tales como depresión).

Algunos de estos factores, como la percepción de falta de apoyo, la pobre autoestima y el antecedente de enfermedades psiquiátricas también pueden constituir factores de riesgo en caso de presentarse alternativas al aborto: continuar con el embarazo y criar, u optar por la adopción.

Sin embargo, se requiere mayor investigación cualitativa, que permitiría dilucidar cuáles son los aspectos distresantes del aborto, o quizás el peso relativo de cada uno de éstos, es decir, distinguir la influencia de los efectos biológicos de la gravidez y su interrupción, la decisión en sí misma, la idea de estar transgrediendo valores previamente asumidos, la ansiedad relativa al proceso médico o quirúrgico, o la pérdida, propiamente. ¿O hay diferentes estresores para diferentes mujeres y algunos coexisten en la misma persona?

3. La investigación cualitativa y la narrativa de las mujeres que abortaron

Lie, Robson y May (2008) han intentado sistematizar y examinar la literatura cualitativa en esta área, encontrando que la heterogeneidad

metodológica impide la comparación. En consecuencia, han hecho solamente una revisión de la narrativa de las mujeres, centrándose en la experiencia del aborto y no en los dilemas morales ni en las actitudes. El objetivo de su estudio fue determinar las diferencias entre las experiencias de aborto médico y quirúrgico.

La revisión identificó dos tipos principales de estudios:

- a. Los que estudiaron la experiencia del aborto médico.
- b. Los que estudiaron la experiencia del aborto en general.

Examinados cuatro estudios cualitativos que comparan el aborto médico y el quirúrgico (Simonds y cols., 1998; Elul y cols., 2000; Fielding y cols., 2002; y Lafaurie y cols., 2005), lo más saltante es el ámbito experimental limitado. Se aceptó que, por razones éticas, las muestras no fueran aleatorias y los sujetos se presentaran a sí mismos al estudio, pero aún así, se observó que no había suficiente data demográfica para generalizar los resultados.

Lafaurie y cols. (2005) realizaron 49 entrevistas en profundidad a mujeres de América Latina (México, Colombia, Ecuador y Perú) que habían optado por el aborto médico por su menor costo y su percepción de que sería menos doloroso, arriesgado y complicado. En general, su experiencia reforzó las actitudes iniciales, pero en los casos donde el sangrado fue muy abundante o se requirió intervención quirúrgica para terminar el procedimiento, las perspectivas fueron menos favorables. Este trabajo es valioso porque enfatiza la necesidad de proveer apoyo psicosocial, sobre todo a las mujeres que piensan que el aborto es un pecado, las muy jóvenes o muy pobres, que no saben casi nada acerca de su cuerpo y cuyos compañeros no las apoyan, o que se hayan embarazado a consecuencia de la violencia.

A pesar de la diversidad étnica de las participantes, en los 14 estudios sobre terminación del embarazo en general, no se encontró ninguna discusión de la relevancia de los factores culturales y étnicos. La mayoría de los estudios reclutaron mujeres que acudían a establecimientos de salud, con la ayuda de personal de salud; la mayoría realizaron entrevistas en profundidad, sólo hubo dos etnografías (Bennet, 2001; Andrews y Boyle, 2003) y sólo dos estudios vieron los efectos a largo plazo. (Alex y Hammarstrom, 2004; Goodwin y Ogden, 2007).

El análisis de los resultados proporciona información acerca de la autonomía de las mujeres y sus razones para elegir un aborto, sobre su experiencia del aborto y el ambiente en el que vivieron esta experiencia.

a. Elección y autonomía

Las mujeres refieren razones pragmáticas para optar por la interrupción del embarazo: falta de dinero para criar o la decisión de no criar solas, en el caso de mujeres sin pareja, y en el caso de las casadas, la planificación de una vida familiar sostenible teniendo en consideración los deseos de sus compañeros, las necesidades de los otros hijos y la calidad de vida. En las mujeres muy jóvenes, consideraciones respecto de la propia inmadurez fueron más importantes que consideraciones morales.

La decisión de abortar suele preceder al encuentro con el personal de salud y es modulada por los sistemas de valores y las normas sociales de la comunidad. La accesibilidad y calidad de servicios disponibles es un factor en la decisión de abortar. La privacidad y confidencialidad son importantes en lugares donde hay estigmatización respecto de las mujeres que abortan. Aunque la data sobre el tipo de procedimiento usado es escasa, se infiere que las consideraciones médico legales, así como la edad gestacional, son importantes.

b. Experiencias

Las experiencias emocionales complejas caracterizan la narrativa de las mujeres: arrepentimiento, culpa, distrés, ansiedad, dolor, pérdida, vacío y sufrimiento. El aborto médico se asocia con la idea de “pérdida” y el quirúrgico con la idea de “muerte”. Algunas mujeres también reportaron el temor a la muerte o a la esterilidad. Las experiencias emocionales se asocian con la edad gestacional, siendo menos negativa en los abortos tempranos.

El dolor físico del aborto médico fue percibido por algunas mujeres como una manera alternativa o vicariante de experimentar el duelo por el “hijo perdido”, (donde ‘vicariante’ hace referencia a la sustitución de una experiencia emocional por otra) y una posibilidad de “investigar su propio dolor”, así como la oportunidad de reflexionar y hacerse cargo de la responsabilidad por actos imprudentes.

Tales percepciones están mediadas por el contexto socio religioso de las mujeres. En Indonesia, por ejemplo, se cree que a los 120 días de gestación se adquiere el alma, a diferencia de las mujeres occidentales que en general refieren que “no es realmente un niño todavía”.

En un grupo sueco de 10 mujeres investigado por Hallden y cols. (2005) ellas refieren haber encontrado una nueva comprensión a su propia identidad, su cuerpo, su fertilidad y al significado de la maternidad luego del aborto. Por otro lado, un estudio (Andrews, 2003) en jóvenes

africanas pone al descubierto sus escasos conocimientos sobre la anatomía y fisiología de la reproducción y evidencia que la experiencia de aborto fue “positiva y motivadora del crecimiento”.

c. Ambiente

La calidad de los servicios fue evaluada de manera negativa por muchas mujeres, aun en países donde los sistemas nacionales proporcionan acceso universal: mujeres de Canadá y el Reino Unido se quejaron de las actitudes frías e impersonales. El aborto médico realizado en casa fue percibido como más privado, permitiendo a la mujer estar en un ambiente familiar, sin necesidad de entrar en contacto con extraños y ser sometida a juicios de valor. Pero, en el caso de mujeres sometidas a violencia en el hogar o en ambientes donde no se quería revelar su ocurrencia a los familiares, el aborto médico en domicilio resultó problemático.

4. El aborto como una experiencia traumática

Hay quienes argumentan que el aborto es una experiencia traumática por encima de la experiencia humana común, puesto que involucra la muerte de un ser, específicamente la destrucción voluntaria de un feto y la participación en un acto violento, así como la transgresión (Goodwin, 2007) de los instintos parentales, el resquebrajamiento del vínculo entre la madre y el no nacido y el sufrimiento emocional no reconocido (Coleman, 2005; Macnair, 2005; Speckhard, 1992).

La posición teórica de que las mujeres que se someten a abortos sufren daños emocionales se encuentra sobre todo en los primeros trabajos sobre las consecuencias del aborto y se deriva de las teorías psicoanalíticas de la pérdida y el duelo, así como de la experiencia de algunos profesionales en salud mental que trataban mujeres con trastornos psiquiátricos graves, tales como depresión crónica o enfermedad maniaco depresiva, que referían un antecedente de aborto (Adler, 1990).

Por otro lado, hoy se conoce que la respuesta adaptativa al estrés involucra un proceso, llamado *alostasis*, en que el medio ambiente interno (en el sistema nervioso central y en los efectores periféricos) varía para solucionar las demandas percibidas y anticipadas. Las respuestas fisiológicas y psicológicas frente al estrés son adaptativas en el corto plazo. Sin embargo, si la recuperación del evento agudo no se acompaña de una respuesta homeostática adecuada, que

detenga la respuesta aguda de los mediadores del estrés, sus efectos negativos sobre las funciones fisiológicas y psicológicas, llamados “carga alostática”, pueden tornarse excesivos. La carga alostática es la demanda extraordinaria sobre el cerebro y el cuerpo para adaptarse a los desafíos. Este concepto, postulado por Charney (2004) sobre los trabajos de los investigadores de la neurobiología acerca del trastorno de estrés posttraumático, permite relacionar los efectos adaptativos de la respuesta al estrés con los efectos nocivos de la persistencia del mismo.

En la estimación de los efectos emocionales del aborto es preciso considerar la homeostasis y la carga alostática desde la perspectiva de los efectos de un estrés psicológico importante sobre la compleja regulación cerebral, y las consecuencias de esos cambios cerebrales tanto sobre la resiliencia humana como sobre la vulnerabilidad a la psicopatología (Charney, 2004). Esto permite afirmar que la constitución genética de una mujer sometida al aborto influye en su riesgo de presentar una reacción psicológica adversa, tanto como influyen sus experiencias previas, su entorno conyugal, familiar y social y la manera como ella ha aprendido a afrontar las dificultades.

En los años 90 Speckhard y Rue acuñaron el término síndrome post aborto (SPA) para describir un síndrome similar al trastorno de estrés post traumático, que se caracteriza por re-experimentación, alteraciones cognitivas, embotamiento emocional, abuso de sustancias y conductas de evitamiento y falta de control de la ira. Se basaron en las descripciones de un grupo de treinta (30) mujeres con antecedentes de aborto hasta 25 años antes de la entrevista, 46% de quienes tuvieron los abortos en el segundo trimestre, 4% en el tercer trimestre y algunas en condiciones de clandestinidad. En este estudio retrospectivo no hay controles (por ejemplo mujeres que no hubieran tenido abortos, sino que decidieron continuar un embarazo no deseado), no se toma en cuenta el tiempo transcurrido desde la vivencia del aborto y no se describe la psicopatología previa, o su ausencia.

El tiempo transcurrido desde la experiencia del aborto hasta el momento de la entrevista (hasta 25 años) da lugar a un error metodológico llamado el “sesgo del recuerdo” que hace referencia a cómo se deforman los recuerdos en relación al ambiente y las nuevas experiencias a medida que pasa el tiempo. Aparte de ese sesgo, se puede observar que las mujeres descritas en la serie de Speckard y Rue no eran muy parecidas a la mayoría de mujeres que abortan: la mayoría lo hace en el primer trimestre.

Finalmente, debemos recordar que las series de casos proporcionan un nivel de evidencia de cuarto orden (fig. 1), que es demasiado débil para sostener la construcción de una entidad nosológica sobre sus hallazgos. A esto se debe sumar el sesgo introducido por la manera de reclutar la muestra: se solicitó la participación de mujeres que consideraran que el aborto había sido una experiencia traumática; es decir, la muestra no era representativa desde su diseño.

Las mismas fallas se encuentran en las otras series de investigaciones publicadas: en la serie de Gomez Lavin (1994), de diez mujeres, hay tres que fueron coaccionadas, una sometida a violencia doméstica grave, una con antecedente psiquiátrico y una que podría llamarse “SPA por poderes”, ya que la hija es quien tuvo el aborto.

Las clasificaciones vigentes reconocen la existencia de diversas reacciones frente a estresores que sobrepasan en lo inmediato, de manera duradera, la capacidad de reaccionar de los seres humanos. Si estos estresores no están fuera de la experiencia corriente de las personas, estamos frente a un trastorno de adaptación. Si por el contrario, la experiencia es catastrófica, abrumadora o inusual, nos encontramos frente a una reacción severa al estrés, que a su vez puede ser aguda o crónica (esta última, se identifica como trastorno de estrés post traumático).

En la perspectiva de quienes propugnan la inclusión de este síndrome en los manuales de clasificación de enfermedades (Gomez Lavin, 2005), todas las mujeres que tienen abortos se afectan de una u otra manera con sentimientos de tristeza y ansiedad, y sentimientos de culpa, junto con el correspondiente proceso de duelo (Bowles, 2000; Coleman Klock, 2005); Engelhard, 2001; Speckhard, 1992, 1993 y 2003; Tedstone, 2003; Neugebaer, 2003; Thapar, 1992; Izquierdo, 2002; Lemkau, 1991; Gomez, 1994; Angelo, 1992; Bagarozzi, 1994). En este contexto, se presentaría en algunas mujeres un cuadro psicopatológico caracterizado por una serie de síntomas ansiosos y depresivos, culpa, autodevaluación, trastorno de la conducta, reacciones autonómicas y tendencia a la cronificación. Este cuadro es el llamado “síndrome post aborto” y la hipótesis de los autores que propugnan su inclusión en la nosología, es que afectaría a un número muy grande de mujeres que han decidido abortar, convirtiendo al aborto en causa de patología psiquiátrica y en “malo” para el bienestar psicológico de las mujeres.

Un elemento a considerar es que en la argumentación de los propios preconizadores del SPA (Gómez Lavin, 2005) las influencias culturales, las características de personalidad y los problemas previos mo-

dularían la intensidad de la respuesta emocional al aborto (Bagarozzi, 1994; Tedstone, 2003).

En este momento del desarrollo de la taxonomía de las entidades psicopatológicas no se ha identificado la etiología de ningún padecimiento mental, por lo que lo que se conoce como trastorno es un conjunto de síntomas y signos comunes, que cumplen con criterios fenomenológicos operacionalizados en los manuales de clasificación. Aun cuando el nivel de avance taxonómico nos llevara a conocer la etiología de un trastorno dado (que pasaría a llamarse una “enfermedad”), en virtud de las dificultades teóricas y metodológicas para identificar la causa de las manifestaciones emocionales negativas de algunas mujeres después de un aborto, no se cuenta con sólida evidencia que permita llamarlo síndrome post aborto, y por tanto, no se le puede incluir como una entidad independiente en los manuales diagnósticos como la Clasificación Internacional del Enfermedades de la OMS (CIE) y el Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM).

II. Aspectos controversiales de la **metodología** de las investigaciones

Las preguntas complejas requieren respuestas complejas. La investigación acerca de la salud y la enfermedad tiene que considerar un gran número de variables y por eso sus resultados siempre tienen un grado de incertidumbre. Para disminuir la incertidumbre y contar con datos confiables y certeros que nos permitan avanzar, los investigadores deben delimitar sus preguntas e hipótesis y escoger sus muestras, materiales y métodos observando las reglas de la metodología. Quienes leen estudios de investigación, deben ser capaces de evaluar la calidad y peso de la evidencia presentada. En esta sección, presentamos algunas objeciones a la selección de las muestras y la elección de los métodos en los estudios sobre las consecuencias emocionales de la terminación del embarazo.

a. Representatividad de la muestra

Se ha criticado la alta tasa de no participación y de abandono, se ha encontrado que las mujeres que no participan de las investigaciones tienen actitudes más negativas frente al aborto, por lo tanto, las muestras con escasa respuesta o muy alto abandono tienen elevadas probabilidades de subestimar las reacciones negativas.

Figura 1: Criterios de Oxford

MUESTRA Representativa Aleatoria De tamaño suficiente para tener poder estadístico Reclutada primariamente (no conseguida secundariamente de otros estudios) Criterios claros de inclusión y exclusión	
CONTROLES No es suficiente "no abortada" Embarazo no deseado Características socio demográficas similares Embarazo llevado al término	
MOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN Debe minimizar el riesgo de "sesgo de recuerdo" Varias entrevistas, para recoger evolución de las dificultades de adaptación	
INSTRUMENTOS Convencionales y validados Escala diferentes a inventarios Instrumentos ad hoc proporcionan evidencia de menor valor	Las escalas e inventarios no hacen diagnóstico de trastornos, solamente miden la presencia o ausencia de síntomas y su intensidad
ENTREVISTA Indispensable para hacer diagnóstico de trastorno	

La escasa posibilidad de generalizar los resultados se desprende del uso de muestras provenientes de servicios de aborto o salud mental, de un solo grupo étnico o socio económico, en vez de usar muestras de la comunidad.

La definición de las muestras es un asunto muy importante: los criterios de exclusión e inclusión vagos no permiten diferenciar si la respuesta emocional negativa es frente al aborto, o más bien frente a otras circunstancias, como malformaciones genéticas que inducen a la mujer a abortar. Otros temas en la definición de la muestra incluyen si es un primer aborto o no, si ocurre en el primer trimestre, y el tipo (médico o quirúrgico).

Otro aspecto importante es la evaluación de las participantes en diferentes periodos de tiempo. De acuerdo con el modelo teórico de estrés y mecanismo de afronte, sería mejor evaluarlas en varios momentos para recoger información sobre como evolucionan los síntomas y la elaboración de respuestas adaptativas.

Figura 2: Los Criterios de Oxford para el nivel de la evidencia científica

1A	Revisión sistemática o metaanálisis de estudios aleatorios controlados	Mayor nivel de evidencia
1B	Un solo estudio aleatorio controlado	
2A	Por lo menos un estudio bien controlado, no aleatorio	
2B	Por lo menos un estudio casi-experimental, como un estudio de cohortes, bien diseñado	Menor nivel de evidencia
3	Estudios bien diseñados, como estudios comparativos, de correlación, caso-control y series de casos no experimentales	
4	Informes de comités de expertos, opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas	

b. Problemas de los instrumentos psicométricos

Un serio problema es que algunos estudios han creado sus propios instrumentos, o han adaptado y modificado instrumentos convencionales (sin hacerlos pasar por un proceso de validación y confiabilidad), lo que dificulta asignarles validez estadística y pone en duda su confiabilidad.

Otras críticas se relacionan con el uso predominante de inventarios de autovaloración, sin mediciones concomitantes por el investigador. Entonces, cuando se describe “ansiedad” o “depresión”, en realidad

se hace alusión a la percepción de síntomas de ansiedad o depresión, pero no al síndrome clínico y menos aún a un trastorno emocional.

La falta de definición de lo que se está midiendo es otro problema: los investigadores no definen, por ejemplo, si es ansiedad de rasgo, o estado ansioso, es decir, si se está midiendo la tendencia de la persona a reaccionar con ansiedad frente a estresores, o si se evalúa la presencia de síntomas de ansiedad en el momento de la entrevista.

El énfasis en las reacciones negativas puede ser también un problema metodológico, pues no se incluyen mediciones de otras variables, como resiliencia. El énfasis en ansiedad y depresión proviene de un dogma cultural e impide percibir otras respuestas al aborto. Tampoco se ha investigado suficientemente cuáles son los focos de la ansiedad y de la depresión. La explicación reduccionista de que ésta es ansiedad perioperativa (o sea una ansiedad transitoria que todas las personas experimentan cuando se someten a una operación quirúrgica), no toma en cuenta los hallazgos de las mediciones efectuadas algunas semanas luego del evento.

Las investigaciones sobre cómo los sentimientos de culpa dan lugar a la ansiedad son antiguas y ya no se encuentran en la literatura posterior a 1990.

Los diferentes patrones de respuesta de las mujeres que terminan con un embarazo no deseado en comparación con las respuestas de las mujeres que pierden un embarazo deseado, llevan a esperar que las investigaciones sobre el tema evalúen la deseabilidad e intencionalidad del embarazo (si fue deseado y planificado, o no) entre los factores que condicionan las dificultades en el ajuste posterior.

La calidad de las investigaciones sobre el impacto emocional del aborto es considerada escasa por el grupo de Charles y cols. (2008), que hizo una revisión de 21 artículos en inglés y encontró que usando los criterios de Oxford (fig. 1) eran mayoritariamente buenos o regulares y que la posibilidad de mostrar resultados negativos se relacionaba inversamente con la rigurosidad científica del estudio.

III. Reacciones frente al **aborto**

En esta sección se revisan estudios que han buscado determinar, desde la premisa que todas las experiencias vividas tienen consecuencias sobre la vida afectiva y emocional, las reacciones de las mujeres que enfrentan embarazos no deseados: qué se siente antes, qué se siente después de la interrupción y cuánto duran estas reacciones emocionales.

1. ¿Cómo se sienten las mujeres antes del aborto?

Entre el momento que la mujer se entera o se hace consciente del embarazo no deseado hasta el momento de efectuar el aborto ocurren niveles variables de ansiedad y malestar psicológico que han sido evaluados utilizando diversas escalas e inventarios. *Escalas* son listas de síntomas que el profesional evalúa como presentes o ausentes, e *inventarios* son las listas que el propio sujeto marca. Respecto de estos instrumentos, hay que recordar que *caso probable* significa un puntaje alto respecto a síntomas ansiosos, depresivos o de malestar psicológico, pero no un diagnóstico de trastorno.

Existen grandes variaciones en la magnitud de estas respuestas, que van desde el 61% de casos probables en un grupo de mujeres italianas, empleando el Cuestionario General de Salud (CGS), hasta el 15% usando el Symptom Checklist 90. Ambos son instrumentos de amplio uso y validados en muchos lugares, por lo que las variaciones deben atribuirse a que el CGS incluye síntomas físicos.

Otros autores que han examinado este tema (Zoleze, 1991; Urquhart, 1991) encuentran alrededor de dos tercios de mujeres con puntajes significativos en el SADS (Escala de síntomas de Depresión y Ansiedad) y la Escala de Edimburgo de Depresión en el post parto (EPDS).

Las series reportadas por Lauzon (Lauzon, 2000) se acompañan de cifras de la población general (PG), para comparación. Utilizando el Índice de Síntomas Psicológicos de Ilfeld, reporta que el 57% (en comparación con 21% de la PG) presenta síntomas de elevado estrés.

Este estudio además incorpora mediciones de los varones implicados, el 42% de los cuales presentaba alto estrés (comparado con el 21% de la población), y discute las causas probables del estrés: miedo al dolor en el caso de las mujeres y el dilema moral en el caso de los varones.

Otros estudios han determinado los niveles promedio de estrés antes del aborto: Bluestein y Routeledge, usando el Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES_D) encontraron niveles moderados de depresión en mujeres antes del aborto; Cozarelli (1993) halló, con el mismo instrumento, niveles bajos, pero mayores que la población general.

Usando el Inventario de Ansiedad de Estado y Rasgo, Wells (1991) encontró niveles elevados de ansiedad situacional. Este estudio, al igual que el de Lauzon, no es muy adecuado por usar una muestra muy pequeña, con alto nivel de no respondientes y criterios de exclusión que hacen que los resultados no sean generalizables.

Una alternativa a los inventarios y escalas es la entrevista: Hamark, Uddenberg y Forssman (1995) usaron entrevistas semiestructuradas en un grupo de 444 mujeres suecas y encontraron que el 38% de ellas tenían síntomas como insomnio una semana antes del aborto, 57% tenían emociones negativas, como temor, 18% emociones positivas, como optimismo, y 25% mixtas, como ambivalencia.

El estudio de Cohan, Dunkel Schetter y Lydon (1993) usó la Escala de Balance de Afectos en mujeres que acudían para prueba de embarazo, algunas de las cuales posteriormente tuvieron un aborto, encontrando que las que iban a abortar tenían más afecto negativo, la intensidad del cual dependió de la claridad respecto de la decisión de abortar. El nivel de emociones negativas no fue diferente del hallado en las mujeres que continuaron con el embarazo un mes después. Los resultados tienen que interpretarse con cuidado, pues la muestra fue muy pequeña.

Los estudios (Major, 2000; American Psychological Association 2008) con muestras grandes y mayor rigor metodológico muestran que antes del aborto las mujeres experimentan, en general, ansiedad y otros tipos de estrés emocional. En comparación con las mujeres que decidieron continuar sus embarazos, las mujeres que terminaron sus embarazos, mostraron más afecto negativo y mayores niveles de síntomas ansiosos, depresivos y de malestar psicológico.

2. ¿Cómo se sienten las mujeres luego del aborto?

La ansiedad situacional disminuyó significativamente luego del aborto, según los resultados de Wells (1991). Esto sería lógico si, como se postula, la ansiedad estaba relacionada al miedo y al dolor. Major (Major et al, 2000) evaluó la depresión, usando el Inventario Breve de Depresión, inmediatamente luego del aborto y un mes después, en 882 mujeres. Los niveles de depresión eran menores que antes de la intervención (ver más adelante) pero no da cifras para comparación. También este estudio reporta que un mes después los sentimientos positivos eran mucho más frecuentes que los negativos: en comparación con la situación mostrada antes del aborto, la depresión disminuyó y la autoestima aumentó después del mismo. En un seguimiento de dos años detectó un incremento paulatino de síntomas negativos, pero no hay modo de diferenciar si esto se debió a la experiencia de aborto o a otras circunstancias. Encontró que el riesgo para reacciones negativas era mayor en las mujeres más jóvenes, con baja autoestima y con depresión previa, y que tener más niños se relacionaba con más síntomas depresivos.

Un estudio más antiguo de la doctora Cozzarelli (1993) encontró niveles de ansiedad después del aborto cercanos a los de la población general, aunque el estudio no estaba diseñado para buscar síntomas, sino factores de predicción del ajuste positivo.

En 2006, Fergusson publicó su estudio de 630 mujeres de 15 a 25 años en Nueva Zelanda, encontrando que la ansiedad, depresión y otros síntomas estaban relacionados a la experiencia de aborto y a las circunstancias de la vida de las jóvenes estudiadas: abuso, enfermedad mental previa y dificultades circunstanciales.

Los resultados de la respuesta emocional inmediata al aborto no son claros, y se puede cuestionar la relevancia de enfocar este periodo exclusivamente desde la perspectiva teórica de un ajuste que ocurre longitudinalmente, influenciado por factores externos e internos de la mujer.

En suma, el aborto tiende a aliviar la percepción de estrés de la mujer con embarazo no deseado, sin embargo, se está creando el consenso de que algunas mujeres presentan complicaciones psicológicas de importancia relativa. Los síntomas que se identifican con mayor frecuencia son los ansiosos, las dificultades para dormir, el uso de sustancias y el riesgo incrementado de intentos suicidas (Gissler,

1996). La historia personal de aborto es un componente de un paquete complejo de muchas relaciones personales y factores situacionales, que en su momento precipitaron un embarazo no deseado y posteriormente la decisión de abortar, y que simultáneamente inciden sobre el riesgo de presentar reacciones emocionales negativas (Coleman y cols., 2002).

3. ¿Duran estas respuestas más de un mes?

La respuesta a esta pregunta probablemente es más relevante que la anterior, puesto que asumimos que la ansiedad relacionada al procedimiento (miedo al dolor, a las complicaciones de la cirugía, o a la pastilla, si se procede médicamente) ya habría desaparecido y ya se habría procesado el duelo. La persistencia de síntomas emocionales negativos varias semanas después del aborto sería un indicador más confiable de riesgo para la salud mental relacionado a la terminación del embarazo.

Sin embargo, los resultados obtenidos en la mayor parte de estudios que abordan esta cuestión son variados, aunque Bradshaw y Slade (2003) en su revisión de la literatura posterior a 1990 encuentran evidencia de que al menos 30% de las mujeres se quejaban de algunos síntomas después de un mes.

En este metanálisis la autoestima no parece afectarse de manera duradera y, en general, los síntomas ansiosos y depresivos se resuelven paulatinamente, dando lugar a que estos autores afirmen que las mujeres que abortan no presentan un riesgo mayor para la salud mental que las que llevan el embarazo a término.

Utilizando un puntaje compuesto de la escala de bienestar positivo del SCL-90 y cuatro otras sub escalas (ansiedad, depresión, hostilidad y somatización) en un estudio de 650 mujeres un mes post aborto, Major y cols. (1997) encontraron que los niveles de bienestar positivo eran “moderadamente altos”.

Miller, Pasta y Dean (1998) hallaron que la ansiedad de rasgo, es decir la tendencia a reaccionar con ansiedad, que era alta antes del aborto, disminuía a las dos semanas del aborto y permanecía estable por 6 - 8 meses después.

Por el contrario, Rizzardo y cols. (1992) encontraron que los puntajes pre aborto elevados en el SCL 90 en 253 mujeres (categorizadas como

extrovertidas y extrovertidas-neuróticas) no disminuían al primer mes, pero lo hacían a los tres meses en las siguientes categorías: índice de severidad global, ansiedad, somatización y depresión, aunque la hostilidad aumentó en las mujeres extrovertidas-neuróticas. Su conclusión es que las respuestas a corto y mediano plazo frente al aborto dependen de las características de personalidad de las mujeres.

Major, en el estudio del año 2000, halló que los puntajes de depresión, que habían disminuido dramáticamente luego del aborto, subían levemente un mes después pero sin alcanzar los niveles elevados pre aborto.

Es importante señalar que los estudios de los síntomas compatibles con estrés post traumático son un capítulo reciente en esta área y se derivan no sólo de la supuesta existencia del síndrome post aborto, sino también de la constatación que el TEPT es más común en mujeres que en varones, y que se presenta por exposición a circunstancias no catastróficas, como un parto complicado (Ballard, 1995).

Miller (1998) encontró que había síntomas de evitación dos semanas antes del aborto y que éstos disminuían dramáticamente dos semanas post aborto, aunque su trabajo es difícil de interpretar porque usó una modificación *ad hoc* de la Escala de Impacto de Eventos.

Slade y cols., en 1998, examinaron con la Escala de Impacto de Eventos (sin modificar) a un grupo de mujeres para ver si el aborto quirúrgico se relacionaba con más síntomas de TEPT que el médico. Encontraron que no había diferencias significativas entre ambos grupos. Las mujeres sometidas a abortos médicos tuvieron más pensamientos intrusivos. En comparación con mujeres expuestas a eventos traumáticos, los niveles de evitación eran similares, pero los de intrusiones eran menores en las mujeres que habían abortado.

En cuanto a la presentación de patología psiquiátrica severa luego del aborto, aunque con la evidencia actual no se puede postular que el aborto, el embarazo o el parto sean la causa de una enfermedad mental, existen interesantes observaciones de la menor prevalencia de depresión luego de un aborto que luego de un parto (Brewer, 1997; Gilchrist, 1995). Las tasas de psicosis post parto, que se reportan hasta de 1 por mil, son mayores que las de alteraciones severas post aborto, que están alrededor de 0,2 por mil (David y cols., 1985; Gaynes, 2005; Robinson y Stewart, 1993).

En un seguimiento a cinco años, con un diseño metodológicamente impecable, Broen (2005) examinó la hipótesis de que habría un curso prolongado en las respuestas emocionales al aborto inducido (en comparación con el aborto espontáneo). Con entrevistas a los 10 días, 6 meses, 2 años y 5 años después del evento, se hizo un seguimiento a 39 mujeres que tuvieron aborto espontáneo y a 79 que tuvieron aborto inducido (de un grupo de 255). Las mujeres con aborto espontáneo eran casi todas “casos” según la Escala de Impacto de Eventos a los 10 días, pero mejoraron rápidamente en las escalas de duelo, culpa, evitación e ira, mientras que entre las mujeres que abortaron de manera inducida, dos tercios persistieron como “casos” a los cinco años, sobre todo a expensas de la escala de evitación. Puntajes elevados en la escala de culpa a los 10 días predijeron los puntajes altos de evitación a los 5 años. Los puntajes de “alivio” permanecieron altos para las mujeres con aborto inducido durante todo el periodo de estudio, lo que indicaría que probablemente percibieron su situación pre aborto como muy estresante.

Asimismo, durante las cuatro entrevistas las mujeres con aborto inducido presentaron elevados puntajes de ansiedad (según la Escala de Ansiedad de Hamilton). Sin embargo, puesto que la salud mental de las mujeres que abortaron voluntariamente fue peor aun antes del evento, no se puede inferir que la evolución prolongada de los síntomas se deba al aborto.

Más recientemente, Ferguson y su grupo (2007) hicieron un estudio que compara mujeres que abortaron con aquellas que dieron a luz, incluyendo embarazos no planificados. Este estudio longitudinal a 25 años examinó la relación entre aborto y embarazo antes de los 21 años y sus repercusiones. Los autores concluyeron que las jóvenes que escogieron abortar mostraron resultados más positivos en 6 de 10 medidas –incluyendo educación, ingresos, dependencia del subsidio público y violencia doméstica– y en consecuencia, mayores niveles de logros personales.

Estos resultados motivan una relectura de la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud: “ *es la sensación de bienestar en el que el individuo realiza sus habilidades, puede enfrentarse a las dificultades habituales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y contribuye a su comunidad*”. La capacidad de realizar las propias habilidades académicas y de vivir con autonomía y sin violencia es un poderoso indicador positivo de salud mental.

IV. Consecuencias del aborto sobre la **salud mental**

La salud mental resulta de la compleja interacción de factores individuales biológicos y psicológicos con factores de la pareja, la familia y la sociedad: las experiencias que le toca vivir a cada persona le afectan de maneras diversas. La posibilidad de que una vivencia resulte en daño a la salud mental no se mide de una manera simple. En esta sección se plantean las condiciones de un estudio ideal para determinar si el aborto causa daño a la salud mental, y se revisan investigaciones que dilucidan con qué frecuencia aparecen problemas de salud mental después de un aborto, cuál es el riesgo relativo de que una mujer sufra problemas de salud mental al decidir la interrupción de un embarazo no deseado en comparación con el riesgo de tener problemas de salud mental por llevar el embarazo hasta el término y cuáles serían los factores que influyen en la probabilidad de que una mujer dada presente problemas emocionales.

1. ¿Causa el aborto daño a la salud mental de la mujer?

Esta es la pregunta que se escucha y debate con más frecuencia, pero, por la naturaleza de la investigación requerida no se puede contestar adecuadamente. En rigor, la respuesta exigiría un estudio prospectivo ciego, donde mujeres con embarazos no deseados, en condiciones cuidadosamente controladas para factores sociales, culturales y psicológicos, fueran asignadas a tres grupos: aborto, continuación y tenencia del bebé y continuación del embarazo y adopción. Este tipo de proyecto no se puede emprender por razones éticas. Las inferencias respecto de daño causal hechas sobre la base de hallazgos de síntomas ansiosos y depresivos o aun de trastornos psiquiátricos, como depresión mayor o trastorno de estrés post traumático, son inapropiadas desde el punto de vista del valor estadístico (APA, 2008).

2. ¿Cuán prevalentes son los problemas de salud mental relacionados al aborto?

Para responder a esta pregunta se requiere tener una definición convencional y consensuada de “problemas de salud mental” e instrumentos que permitan la medición de dicha patología con confiabilidad y validez. Los reportes de sentimientos de tristeza, ansiedad y preocupación luego de un aborto no constituyen “problemas de salud mental” respecto de los cuales exista consenso. De hecho, se pueden configurar como respuestas normales frente a un estresor, en el contexto del modelo teórico de estrés y mecanismo de afronte. Los trastornos mentales que cumplen con los criterios registrados y descritos en las clasificaciones de enfermedades (verbigracia la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades o el Manual Diagnóstico y Estadístico en su cuarta versión –DSM IV–) sí son “problemas de salud mental” consensualmente definidos.

Para propósitos de comparar la prevalencia, se requiere saber con qué frecuencia aparecen estos trastornos en la población de mujeres de características demográficas comparables no sometidas a aborto. Las observaciones del tamaño de las muestras de la mayoría de los estudios, su procedencia de establecimientos de salud y no de la comunidad, la alta tasa de no respondientes y de abandonos en el seguimiento, son muy importantes escollos para la comparabilidad de los resultados de los estudios sobre efectos emocionales del aborto y no permiten inferir válidamente si las mujeres que se someten al aborto tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud mental.

3. ¿Cuál es el riesgo relativo del aborto en términos de salud mental en comparación con otras alternativas de acción de la mujer con un embarazo no deseado?

Esta pregunta se dirige al tema crucial del riesgo relativo del aborto en comparación con el de las alternativas que una mujer embarazada puede tomar. Las comparaciones con mujeres no embarazadas o con mujeres que llevan el embarazo a término pero no consideraron el aborto no son válidas. Para responder a esta pregunta se requiere comparar el riesgo relativo de problemas de salud mental, como dijimos, consensuados y convencionalmente definidos, de las mujeres con un embarazo no deseado que deciden abortar, con el riesgo de las que deciden llegar a término, y de aquellas a quienes se les niega

el aborto. ¿El estrés psicológico de decidir terminar con un embarazo es mayor o menor que el de tener un niño en circunstancias desfavorables de pobreza y desprotección social? O ¿es mayor o menor que el riesgo de tener un niño e interrumpir los estudios permanentemente?

Al respecto, el seguimiento prospectivo y posterior comparación de mujeres (edades 14 a 21 años) con embarazos no deseados (1247) que abortaron (479) y otras que dieron a luz (768), encuentra que no hay diferencias en la tasa de depresión (28.6% versus 24,8%) entre ambos grupos. Las mujeres que escogieron abortar tenían mayor nivel educativo y familias más pequeñas (promedio 1,24 frente a 2,68). En los análisis predictivos se encontró que el mayor nivel educativo y la familia pequeña se relacionan con menor riesgo de depresión futura (Russo y Schemiege, 2006).

4. ¿Cuáles son los factores que explican las variaciones individuales de las reacciones emocionales en respuesta al aborto?

Esta es una importante cuestión porque el riesgo individual de una mujer de presentar efectos emocionales negativos después de un aborto, o de cualquier estresor, varía de acuerdo con sus circunstancias sociales e individuales incluyendo factores estructurales y funcionales del sistema nervioso central genéticamente determinados o dependientes de su exposición previa a estresores. Las investigaciones que pretendan responder esta pregunta deben, por lo menos, tener un diseño prospectivo. En este momento no hay ningún estudio publicado de este tipo.

Para intentar responder, hay que tomar en cuenta las diversas maneras en que las mujeres experimentan los eventos de la reproducción, incluyendo el aborto.

La experiencia del embarazo no deseado, por ocurrir en un momento de la vida en que la mujer no está preparada, por ejemplo, se puede relacionar con la asociación que existe entre escaso nivel de instrucción y depresión, donde el embarazo no deseado interrumpe la educación de la adolescente o mujer joven y de esa manera se convierte en un riesgo para depresión futura (Russo, 2006).

Variaciones en la experiencia del aborto

Las respuestas al aborto no sólo reflejan la reacción frente a la decisión de abortar y el procedimiento en sí mismo, sino también la noción acerca de la maternidad y su relación con la identidad como mujer. Además, las mujeres deciden abortar en una variedad de contextos personales, sociales, culturales, económicos, religiosos y legales, que afectan la manera cómo la mujer va a experimentar la amenaza a su integridad personal, el estigma, la pérdida, el ejercicio de su autonomía y el temor o ansiedad que experimentará.

Las razones para buscar un aborto varían, pero en general se relacionan con el embarazo no deseado, ya sea que hubiera sido oportuno antes o después del momento dado, o que nunca hubiera sido deseado para esa mujer. En los países desarrollados, la mitad de las mujeres experimentan un embarazo no deseado en su vida (Finer y Henshaw, 2006); y en la América Latina, la mayoría de las gestaciones son no deseadas por las razones que describe Langer: las mujeres aún no pueden decidir cuándo desean embarazarse porque no están protegidas de la violencia sexual y porque la disponibilidad de anticonceptivos modernos es escasa.

Las mujeres argumentan como razones para abortar: no estar listas para cuidar un bebé (u otro bebé más), la preocupación económica, el deseo de evitar ser madre soltera, problemas de relación y ser muy joven o inmadura para criar (Finer, 2005). Muy raras veces dicen que han sido coaccionadas para abortar, pero esta situación existe. El metanálisis de Kirkman y cols. (2009) muestra que las razones citadas por las mujeres muestran una gran complejidad, que resulta de tomar en consideración su propio bienestar, el de otros hijos que pudieran tener, y la contribución de otras personas significativas, incluyendo al padre genético.

La edad gestacional en la que se realiza el aborto también varía: la mayoría se realiza en el primer trimestre (Boonstra, 2006), pero algunas veces, sobre todo en adolescentes que no se dieron cuenta o no supieron decidir antes de la semana 12, puede ocurrir después.

Los procedimientos para el aborto varían, desde los quirúrgicos cruentos en manos de empíricos hasta los procedimientos médicos, pasando por una gama de variaciones que dependen de la disponibilidad y acceso al aborto seguro y de la práctica prevalente en un sistema sanitario dado.

El origen étnico y la religiosidad de las mujeres también influyen sobre la experiencia del aborto. En USA se ha encontrado que las mujeres latinas, a pesar de su mayor afiliación católica, tienen más abortos que las caucásicas. Se postula que la pobreza y el escaso acceso a servicios de salud, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva, interactúan con las convicciones religiosas y la resultante es una mayor tasa de abortos, con consecuencias emocionales, probablemente más complejas (Erikson y Kaplan, 1998).

Por otro lado, existen algunas publicaciones, basadas también en los modelos teóricos discutidos, que reportan algunas respuestas positivas luego del aborto, relacionadas con el crecimiento personal y la afirmación de la autonomía. Un estudio cualitativo enfatiza que la respuesta al aborto se construye socialmente a lo largo del tiempo, como ocurre con otras experiencias (Avalos, 1999). La interpretación retrospectiva del aborto en la historia personal depende del crecimiento personal experimentado por la mujer y de sus circunstancias, encontrándose que aquellas que permanecieron relacionadas con el hombre que las embarazó revelan una experiencia más positiva.

Particularmente, cuando el aborto es legal y voluntario, la mayoría de mujeres encuentran que es una experiencia positiva, con crecimiento y maduración psicológica, y en lo inmediato, la sensación de alivio y de haberse responsabilizado por la propia vida. En el estudio de Kero (Kero y cols., 2004), las mujeres que presentaron respuestas positivas al aborto, de un grupo de 58, manifestaron que habían decidido abortar pues priorizaban sus otros hijos, trabajo o estudio.

En suma, la experiencia del aborto no es uniforme para todas las mujeres y varía según las circunstancias que dieron lugar a la decisión de abortar, las circunstancias de la relación marital de la mujer al momento de decidir el aborto, la razón, el tipo y momento de la terminación del embarazo, lo que ocurre en la vida de la mujer luego del procedimiento, y el contexto socio político macro en que ocurre el aborto. Es importante tomar en cuenta esta variabilidad al interpretar los resultados de los estudios sobre las consecuencias del aborto.

V. Repercusiones clínicas de los hallazgos

Aunque las investigaciones publicadas no abordan este tema, existe la necesidad de puntualizar lo siguiente:

1. Si las mujeres afectadas por reacciones negativas de tipo síntomas ansiosos o depresivos han visto disminuida su funcionalidad personal, familiar o social, y si han requerido algún tipo de intervención por este motivo.
2. Posibles intervenciones pre aborto que permitan disminuir estas reacciones distresantes para diversos grupos de mujeres vulnerables y posibles intervenciones post aborto dirigidas a mujeres identificadas como de alto riesgo para respuestas prolongadas o patológicas.

No tenemos información sobre cuál es la proporción de mujeres con antecedente de aborto que requieren tratamiento por depresión o ansiedad, y si la tuviéramos, no podríamos afirmar que su patología se debe al aborto.

Sin embargo, el impacto más importante de las investigaciones sobre las repercusiones del aborto tiene que ver con la necesidad de afinar los procedimientos de cribado para detectar a las personas que requieren intervenciones psicológicas pre y post aborto para ayudarlas a adaptarse a este estresor de una manera saludable y no solo evitar la patología si no también madurar emocionalmente como consecuencia de la crisis.

VI. Declaraciones de sociedades científicas internacionales respecto de la **literatura actual**

1. Real Colegio de Ginecólogos y Obstetras del Reino Unido

“El aborto inducido es un procedimiento seguro que ha contribuido significativamente a la salud de las mujeres. Antes que se diera la ley del aborto (Acta del Aborto de 1997) 32 mujeres morían cada año a consecuencia de abortos ilegales...”, han afirmado en su nota de divulgación Briefing note - Scientific Information on Abortion.

En el mismo documento, frente al tema de la relación causal del aborto con el TEPT, afirman que para resolver la cuestión es necesario un estudio prospectivo aleatorio, en el que mujeres que desearan terminar su gestación sean asignadas al azar a ser abortadas o a que se les niegue el aborto sin posibilidad de conseguirlo en otro lugar.

Discuten a continuación la escasa validez de estudios que usan controles no adecuados (mujeres que abortan versus mujeres con embarazos deseados que llegan a término). Mencionan que el resultado de los muchos estudios realizados es que las mujeres experimentan, por lo general, alivio y disminución del estrés luego del aborto; admiten la existencia de reacciones negativas graves, que son bajas y se relacionan con determinados factores como la interrupción de un embarazo deseado y el aborto tardío; finalmente, afirman que los problemas emocionales graves ocurren en casos donde existe una vulnerabilidad que antecede al evento.

2. Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido

En el año 2008, probablemente impulsados por demandas legales de pacientes a quienes no se les había anticipado la posibilidad de presentar distrés emocional luego de un aborto, el Comité de Ciencia y Tecnología sobre los Avances Científicos relativos al Acta de Aborto de 1967 le solicitó al Real Colegio de Psiquiatras que revise su Declaración de 1994. Esta institución emprendió entonces una revisión de la literatura disponible y emitió un pronunciamiento en el que expresa “su preocupación en asegurar la protección de la salud mental de las mujeres, ya sea que tengan un aborto o decidan continuar con el embarazo”.

Reconoce la existencia de riesgo de trastornos mentales tanto durante el embarazo como luego del parto y afirma que “la pregunta específica de si el aborto inducido tiene o no efectos dañinos sobre la salud mental de las mujeres aun no se ha respondido. La evidencia científica disponible no es concluyente, algunos estudios indican que no hay daño, mientras otros estudios identifican un rango de trastornos emocionales que ocurren después del aborto”.

Hace luego una invocación para que las mujeres con trastornos emocionales pre existentes reciban cuidados pertinentes, ya sea que tengan un aborto o continúen con la gestación y enfatiza la importancia de obtener el consentimiento informado antes del aborto, proceso en el cual recomienda que se mencione la posibilidad de riesgos y beneficios potenciales para la salud física y mental.

Sin embargo, es importante mencionar que la falta de enjuiciamiento de la mala calidad científica y de las fallas metodológicas en los estudios referidos al Síndrome Post Aborto, llevó a diversas autoridades del ámbito internacional a cuestionar ésta Declaración. La especialista Nada Stotland, presidenta en funciones la Asociación Americana de Psiquiatría, al frente de un grupo de expertas autoras de estudios y revisiones sobre el tema, hizo referencia a cuán perjudicial era esta posición del RCP ya que podía ser usada para limitar el acceso al aborto, dado que las pacientes con trastornos mentales importantes (psicosis, fase maniaca de la enfermedad bipolar, depresiones) son particularmente vulnerables al embarazo no deseado, requieren dosis altas de medicación muchas veces múltiple, no desean llevar un embarazo en tales circunstancias y muchas veces sienten que su condición mental no les permite ejercer el rol parental, aparte que existe

la posibilidad de que presenten sicosis (Stotland, comunicación personal).

En una carta publicada en la revista oficial del Royal College of Psychiatrists, este grupo afirma “el análisis de la metodología de la mayoría de los estudios publicados en los últimos diez años revela groseras fallas en la metodología con importantes manipulaciones de los datos estadísticos y la omisión de tomar en cuenta datos clave, como el estatus de salud mental antes del aborto, si el embarazo fue o no deseado y las motivaciones y circunstancias del aborto las conclusiones de estos estudios, sin embargo, han servido para la invención de entidades como «trauma post aborto» y «depresión y psicosis post aborto», que no tiene un fundamento médico-científico. La afirmación que el aborto causa daño psiquiátrico es la estrategia central de los grupos anti-aborto, y se ha introducido con éxito en el debate legislativo y las discusiones públicas. La ciencia rigurosa, por otro lado, nos dice que el aborto en sí mismo no causa psicopatología. La existencia o el antecedente de trastorno psiquiátrico es, al mismo tiempo, una razón para buscar el aborto y el predictor más potente de trastorno psiquiátrico después del aborto. Los riesgos del parto, por su parte, ya han sido bien documentados. Las mujeres embarazadas que atraviesan conflictos emocionales tienen que tomar decisiones difíciles: el advertir a las mujeres que el aborto tiene probables consecuencias emocionales adversas es científicamente impreciso y es probable que cause en las mujeres susceptibles, la misma patología que se supone debe prevenir”

3. Asociación Americana de Psicología

En 1998 publicó el Informe de la Mesa de Trabajo sobre Salud Mental y Aborto, liderada por Brenda Major, quien es una de las más productivas y rigurosas investigadoras en el campo. El grupo examinó 185 artículos y concluyó que la literatura revisada no aborda adecuadamente la prevalencia de enfermedades mentales entre las mujeres americanas que han tenido abortos. En general, sin embargo, la prevalencia de problemas de salud mental observada en mujeres que han tenido un solo aborto legal en el primer trimestre por razones no terapéuticas era comparable a la prevalencia de problemas mentales comparables en la población de mujeres de los EUA.

De todas maneras, queda claro que algunas mujeres experimentan dolor y tristeza y sentimientos de pérdida luego de un aborto y algu-

nas experimentan trastornos clínicamente significativos, incluyendo depresión y ansiedad. Sin embargo, la Mesa de Trabajo no encontró ninguna evidencia suficiente para apoyar la afirmación que la asociación entre aborto y problema de salud mental sea causada por el aborto en sí mismo, en desmedro de otros factores.

El reporte identificó “factores que predicen las reacciones más negativas después de un aborto de primer trimestre: percepciones de estigmatización, necesidad de guardar el aborto en secreto, y escaso apoyo social para la decisión de abortar; una historia previa de problemas de salud mental, factores de personalidad como una baja autoestima y el uso de estrategias de afronte como la evitación y la negación; y características de la propia gestación, incluyendo si la mujer la deseó y cuán comprometida se siente con ésta. A lo largo de los estudios la salud mental previa demostró ser el predictor más poderoso de la salud mental luego del aborto. Muchos de los factores antes enumerados también predicen reacciones emocionales frente a otros estresores, como el parto, y por lo tanto, no son únicamente predictores de dificultades emocionales luego del aborto.

Finalmente, la Mesa de Trabajo, y la Asociación Americana de Psicología, insiste en la necesidad de estudios bien diseñados, aunque expresa reservas respecto de que alguna vez se pueda afirmar inequívocamente cuáles son las consecuencias para la salud mental del aborto dada la complejidad y diversidad de las mujeres y sus circunstancias.

4. Asociación Psiquiátrica Americana

En una declaración emitida en 1978 la APA declaró que “las consecuencias emocionales del embarazo no deseado sobre los padres y sus descendientes puede llevar a distrés emocional duradero e incapacidad y los niños nacidos de embarazos no deseados están en riesgo de abuso, negligencia, enfermedad mental y privación de una vida de calidad. Los embarazos que resultan de la coerción, las violaciones, o el incesto dan lugar a mayor malestar emocional potencial en los niños y sus padres. Las adolescentes más vulnerables a los embarazos no deseados son aquellas que provienen de condiciones socioculturales adversas, como la pobreza, la discriminación y la desorganización familiar y las estadísticas indican que el embarazo resultante está plagado de complicaciones médicas que amenazan el bienestar de la madre y el feto. Los partos que resultan de adolescentes

embarazadas tienden a la prematuridad y riesgos importantes para la salud de la madre y el niño y los neonatos tienen un alto porcentaje de defectos congénitos, dificultades para el desarrollo y una expectativa de vida menor que el promedio de nuestra población. Debido a estas consideraciones, y en el interés del bienestar público, la APA:

1) Se opone a toda modificación constitucional, legislación o regulación que limite la planificación familiar y los servicios de aborto para cualquier grupo poblacional; 2) reafirma su posición que el aborto es un procedimiento médico en el que los clínicos deben respetar el derecho a elegir de las pacientes —el psiquiatra puede ser llamado a asistir al médico o a la paciente en casos en que se necesite expandir la apreciación mutua de la motivación para abortar y de sus consecuencias; y, 3) afirma que la libertad para actuar en la interrupción del embarazo se debe considerar un imperativo de salud mental con implicancias importantes de salud y sociales”.

Adicionalmente, en 2008, la presidenta de la APA emitió un pronunciamiento en el que afirmó “que no hay evidencia convincente que el aborto sea causa de enfermedad psiquiátrica. Es preciso distinguir «sentimientos» de «enfermedades» ...los sentimientos negativos frecuentemente se derivan de las circunstancias que dieron lugar al aborto: relaciones abusivas, falta de apoyo, o de las propias circunstancias del aborto, como la presencia de manifestantes en los lugares de atención ...la mejor manera de proteger la salud mental de las mujeres que consideran tener un aborto es asegurarse que tengan información precisa e imparcial, que tengan buenos cuidados médicos y que sus familiares y amigos les brinden apoyo ya sea que decidan abortar o seguir adelante con el embarazo”.

VII. Conclusiones

1. Si nos remitimos a la literatura existente sobre el riesgo para la afectación de la salud mental de las mujeres que escogen tener un aborto en el primer trimestre, encontramos que no existe evidencia, en los estudios con muestras grandes y bien definidas, de que la experiencia del aborto tenga como consecuencia la aparición de enfermedades psiquiátricas como la depresión o el trastorno de estrés post traumático.
2. La evidencia científica existente señala que no existe el llamado “síndrome post aborto” y que la existencia de patología psiquiátrica previa es el más importante factor de riesgo para presentar trastornos del afecto y las emociones luego de un aborto o un parto.
3. Aun más, el riesgo de depresión luego de un embarazo es mayor que el riesgo de un aborto; y en el caso de un embarazo no deseado, el riesgo de depresión parece estar relacionado a la interrupción del proyecto vital de la mujer, como se evidencia en que tanto el parto como el aborto tienen el mismo riesgo de producir daño a la salud mental.

Referencias bibliográficas

Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. & Wyatt, G. E. (1992). "Psychological factors in abortion: A review". *American Psychologist*, 47: 1194-1204.

Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. & Wyatt, G. E. (1990). "Psychological responses after abortion". *Science*, 248: 41-44.

Andrews J, Boyle J. African American Adolescents' Experiences with Unplanned Pregnancy and Elective Abortion. *Health Care for Women International*, 2003; 24: 414-433

Aléx L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion - a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Services*. 2004; 18: 160-168.

Angelo, E. J. "Psychiatric sequelae of abortion: the many faces of post-abortion grief". *Linacre Q*, 1992; 59: 69-80.

American Psychological Association (2008). *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*. Autores: Major, B., Applebaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F. & West, C. <En línea: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>>.

Avalos, P. "Hindsight and the abortion experience: what abortion means to women years later". *Gender Issues*, 1999; 17(2): 35-57.

Bagarozzi, D. A. "Identification, assessment and treatment of women suffering from post traumatic stress after abortion". *J Fam Psychoter*, 1994; 5: 25-54.

Ballard, C. G., Stanley, A. K. & Brockington, I. F. "Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth". *The British Journal of Psychiatry*, 1995; 166: 525-528.

Bennett LR. Single women's experiences of premarital pregnancy and induced abortion in Lombok, Eastern Indonesia. *Reproductive Health Matters*. 2001; 9: 37-43. doi: 10.1016/S0968-8080(01)90006-0.

Bluestein, D. & Rutledge, C.M. (1993). "Family relationships and depressive symptoms preceding abortion". *Family Practice Research Journal*, 13: 149-156.

Boonstra, H., Gold, R., Richards, C. & Finer, L. (2006). *Abortion in women's lives*. New York: Guttmacher Institute.

Bowles, S.V., James, L.C., Solursh, D.S., Yancey, M.K., Epperly, T.D., Folen, R.A. et al. "Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion". *An Fam Physician*, 2000; 61: 1689-96.

Bradshaw, Z. & Slade, P. "Links The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature". *Clin Psychol Rev*, 2003 Dec.; 23(7): 929-58.

Brewer, C. (1977). "Incidence of post-abortion psychosis: a prospective study". *BMJ*, 1: 476-477.

Broen, A., Moum, T., Bodtker, A.S. & Ekeberg, O. "The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study". *BMC Medicine*, 2005; 3: 18 doi: 10.1186/1741-7015-3-18. Revisión: 10 de Abril del 2009.

Charles, V.E., Polis, C.B., Sridhara, S.K. & Blum, R.W. "Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence". *Contraception*. 2008 Dec; 78(6): 436-50. Epub 2008 Sep 23

Charney, D.S. (2004). "Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress". *Am J Psychiatry*, 161(2): 195-216

Cohan, C.L., Dunkel-Schetter, C. & Lydon, L. (1993). "Pregnancy decision making: Predictors of early stress and adjustment". *Psychology of Women Quarterly*, 17: 223-239.

Coleman, P. K., Maxey, C. D., Rue, V. M. & Coyle, C.T. (2005). "Associations between voluntary and involuntary forms of perinatal loss and child maltreatment among low-income mothers". *Acta Paediatrica*, 94(10): 1476-1483.

Coleman, P.K., Reardon, D.C., Rue, V.M. & Cogle, J. "State-funded abortions versus deliveries: a comparison of outpatient mental health claims over 4 years". *Am J Orthopsychiatry*, 2002; 72: 141-52.

Cozzarelli, C. (1993). "Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion". *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6): 1224-1236.

David, Henry P. et al. (1985). "Postpartum and Postabortion Psychiatric Reactions". In Paul Sachder, ed., *Perspectives on Abortion* (pp. 107-16). Metuchen, NJ: Scarecrow Press.

Elul B, Pearlman E, Sorhaindo A, Simonds W, Westhoff C." In-depth Interviews with Medical Abortion Clients: Thoughts on the Method and Home Administration of Misoprostol". *J Am Med Womens Assoc*. 2000; 55: 169-172.

Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A. & Arntz, A. "Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss". *Gen Hosp Psychiat*, 2001; 23: 62-6.

Erickson, P. I. & Kaplan, C. P. (1998). "Latinas and abortion". En L. J. Beckman & S. M. Harvey (Eds.), *The new civil war: The psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 133-156). Washington DC: American Psychological Association.

Ferguson D.M. et al. "Abortion among young women and subsequent life outcomes". *Perspective on sexual and reproductive health*, 2007; 39(1): 6-12.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Ridden, E. M. (2006). "Abortion in young women and subsequent mental health". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1): 16-24.

Fielding, S.L., Edmunds, E., Schaff, E. A. "Having an Abortion Using Mifepristone and Home Misoprostol: A Qualitative Analysis of Women's Experiences". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2002; 34: 34-40. doi: 10.2307/3030230.

Finer, L. B. & Henshaw, S. K. (2006). "Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2): 90-95.

Finer, L. B., Frothwirth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S. & Moore, A. M. (2005). "Reasons U. S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37: 110-118.

Gaynes, B. N. et al. (2005, February). *Perinatal Depression: Prevalence, Aree-ning Accuracy, and Screening Outcomes*. Evidence Report/Technology Assessment N° 119. AHRQ Publication N° 05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Gilchrist, A. C., Hannaford, P. C., Frank, P. & Kay, C. R. (1995). "Termination of pregnancy and psychiatric morbidity". *British Journal of Psychiatry*, 167: 243-248.

Gissler, M., Hemminki, E. & Lonnqvist, J. (1996). "Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: Register linkage study". *British Medical Journal*, 313: 1431-1434.

Gomez Lavin, C. "Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer". *Cuaderno de Bioética*, 1994; 17-18: 28-31.

Gomez Lavin, C. & Zapata García, R. (2005). "Diagnostic categorization of post-abortion syndrome". *Actas Esp Psiquiatr*, 2005; 33(4): 267-272.

Goodwin, P., Ogden, J. "Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time". *Psychology and Health*. 2007; 22: 231-248

Hamark, B., Uddenberg, N. & Forssman, L. (1995). "The influence of social class on parity and psychological reactions in women coming for induced abortion". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74: 301-306.

Halden, B.M., Christensson, K. & Olsson, P. (2005). "Meanings of being pregnant and having decided on abortion: Young Swedish women's experiences". *Health Care for Women International*, 26(9):788-806

Izquierdo, F. M. "Un abordaje de las secuelas psicopatológicas en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)". *An Psiquiatr*, 2002; 18: 355-8.

Kero, A. et al (2004). "Wellbeing and Mental Growth – Long Term Effects of Legal Abortion". *Social Science & Medicine*, 58: 2559-69.

Kersting, A. et al. "Trauma and grief of 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies – a pilot study". *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, March 2005; 26(1): 9-14.

Klock, S. C., Chang, G. & Hill, J. "Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion". *Psychosomatics*, 1997; 38: 503-7.

Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S. & Rosenthal, D. "Reasons women give for abortion: a review of the literature". *Arch Womens Ment Health*, 2009, Jun 11. [Epub ahead of print].

Korenromp M.J. et al. "Long term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study". *Prenatal Diagnosis*, 2005; 25: 253-260.

Lafaurie, M.M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D.L. & Chávez, S. "Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study". *Reprod Health Matters*, 2005 Nov; 13(26): 75-83.

Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A. & Boyer, R. (2000). "Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortion". *Canadian Family Physician*, 46: 2033-2040.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

Lemkau, J. P. "Post-abortion adjustment of health care professionals in training". *Am J Orthopsychiatry*, 1991; 61: 92-102.

Lie, Mabel L.S., Robson, Stephen C. & May, Carl R. "Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies". *BMC Health Services Research*, 2008.

MacNair, R. M. (2005). *Perpetration-induced traumatic stress: The psychological consequences of killing*. New York: Authors Choice Press.

Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M. & Gramzow, R. H. (2000). "Psychological responses of women after first-trimester abortion". *Archives of General Psychiatry*, 57: 777-784.

Major, B., Zubek, J. M., Cooper, M., Cozzarelli, C. & Richards, C. (1997). "Mixed messages: Implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event". *Journal of Personality and Social Psychology*, 72: 1349-1363.

Miller, W. B., Pasta, D. J. & Dean, C. L. (1998). "Testing the model of the psychological consequences of abortion". En L. J. Beckman, & S. M. Harvey (Eds.). *The new civil war* (pp. 235-267). Washington, DC: American Psychological Association.

Neugebauer, R. "Depressive symptoms at two months after miscarriage: interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective". *Depress Anxiety*, 2003; 152-61.

Rizzardo, R., Magni, G., Desideri, A., Cosentino, M. & Salmaso, P. (1992). "Personality and psychological distress before and after legal abortion: A prospective study". *Journal of Psychosomatics, Obstetrics and Gynecology*, 13: 75-91.

Robinson, G.E. & Stewart, D.E.(1993). "Postpartum Disorders". En Stotland, Nada L. (ed.). *Psychological Aspects of Women's Health Care* (pp. 115-38). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Rue, V.M., Coleman. P. K., Rue, J. J. & Reardon, D.C. (2004). "Induced abortion and traumatic stress: Preliminary comparison of American and Russian women". *Medical Science Monitor*, 10, SR5-16.

Russo, N.F. & Schmiege, S. J. (2006). "Depression and unwanted first pregnancy: Methodological issues, additional findings". *British Medical Journal*, February 10, 2006. <En línea: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/331/7528/1303>>

Simonds, W., Ellertson, C., Springer, K. & Winikoff, B. "Abortion, revised: participants in the U.S. clinical trials evaluate mifepristone". *Social Science and Medicine*. 1998; 46: 1313-1323. doi: 10.1016/S0277-9536(97)10063-6.

Slade, P., Heke, S., Fletcher, J. & Steward, P. (1998). "A comparison of medical and surgical methods of termination of pregnancy: Choice, psychological consequences and satisfaction with care". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105:1288-1295.

Speckhard, A. C. & Rue, V.M. (1992). "Post abortion syndrome: An emerging public health concern". *Journal of Social Issues*, 48: 95-119.

Speckhard, A. & Mufel, N. "Universal responses to abortion? Attachment, trauma and grief responses in women following abortion". *J Pren Perinat Psychol Health*, 2003; 18: 3-37.

Speckhard, A. & Rue, V. (1993). "Complicated mourning: dynamics of impacted post abortion grief". *J Prenat Perinat Psychol Health*, 8: 5-32.

Simonds, W., Ellertson, C., Springer, K. & Winikoff, B. "Abortion, revised: participants in the U.S. clinical trials evaluate mifepristone". *Social Science and Medicine*. 1998; 46: 1313–1323. doi: 10.1016/S0277-9536(97)10063-6.

Tedstone, J. E. & Tarrier, N. "Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment". *Clin Psychol Rev*, 2003; 23: 409-48.

Thapar, A. K. & Thapar, A. "Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale". *Br J Gen Pract*, 1992; 42: 94-6.

Urquhart, D.R. & Templeton, A.A. (1991a). "Psychiatric morbidity and acceptability following medical and surgical methods of induced abortion". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98: 396-399.

Wells, N. (1991). "Pain and distress during abortion". *Health Care for Women International*, 12: 293-302.

Zolese, G. (1991). "Letter". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98: 1312-1313

La autora agradece los comentarios de la señora Rossina Guerrero

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

people
unlimited
HIVOS



International Women's Health Coalition

 **INSAP**
Instituto de Salud Popular

FUNDACIÓN
ESAR 
Educación para la Salud Reproductiva

ISBN: 978-612-45154-3-9



9 786124 515439