El aborto y la salud mental de la mujer: Conocimiento a la práctica

Priscilla K. Coleman, Ph.D.
Bowling Green State University
Bowling Green, Ohio USA

Los temas que voy a tratar hoy…

¿Qué nos dice la literatura sobre el aborto y los problemas de salud mental?

¿Cómo transmitimos efectivamente la evidencia disponible y mejoramos la atención en salud?

La literatura sobre el aborto y la salud mental de la mujer ha crecido considerablemente en las últimas décadas y el rigor científico de los estudios publicados ha incrementado substancialmente.

El enfoque de la investigación ha sido *la* ***identificación de los factores de riesgo****, su* ***frecuencia****, y los problemas psicológicos* ***después del aborto***.

Factores de Riesgo de Problemas Psicológicos Después del Aborto

- Durante la adolescencia
- Soltería
- Aborto segundo trimestre
- Problemas emocionales previos o traumas no resueltos
- Visión conservadora del aborto y/o afiliaciones religiosas

Factores de Riesgo de Problemas Psicológicos Después del Aborto

- Ambivalencia o dificultad en tomar la decisión antes del aborto.

- Inversión emocional en el embarazo.

- Participación en relaciones inestables o violentas.

Factores de Riesgo de Problemas Psicológicos Después del Aborto

- ❖Percepción de falta de apoyo en la pareja, miembros de la familia o amigos
- ❖Sentirse obligada por la pareja u otros, o por las circunstancias de la vida.

Consecuencias Psicológicas

El aborto está asociado a un mayor riesgo de desenlaces psicológicos negativos en comparación con embarazos no planeados llevados a término.

Consecuencias Psicológicas

..Y la información indica que el riesgo de daño psicológico a largo plazo es considerablemente mayor con el aborto que con otras formas de pérdida perinatal

Consecuencias Psicológicas

Una abundante literatura de estudios metodológicamente sofisticados recogidos alrededor del mundo, indican que el aborto incrementa significativamente el riesgo de los siguientes problemas de salud mental:

- ❖Depresión
- ❖Ansiedad
- ❖Abuso de substancias
- ❖Comportamiento suicida e ideación

Un mínimo de 20 a 30% de las mujeres que abortan sufren de serias y prolongadas consecuencias psicológicas negativas.

Fortalezas de los estudios Publicados en los últimos 10 años

- **Muestreos más grandes, mucha representación a nivel nacional**
- **Control estadístico de la historia psicológica previa**
- **Controles para** variables predictivas **personales y** situacionales de aborto.

Fortalezas de los estudios Publicados en los últimos 10 años

- **Recolección prospectiva o longitudinal de datos con menores tasas de deserción**
- **Uso apropiados de grupos de control**
- **Medidas sistemáticas de salud mental, frecuentemente con códigos de diagnóstico asignados por profesionales.**

Ejemplos de estudios recientes alrededor del mundo

Nueva Zelanda

En 2008, Fergusson y colaboradores publicaron un estudio longitudinal en el *British Journal of Psychiatry", revelando los siguientes riesgos incrementados asociados al aborto en comparación a embarazos no planeados y llevados a término:*

- Ideación suicida: 61%
- Dependencia de alcohol: 188%
- Dependencia de drogas ilícitas: 185%
- Depresión profunda: 31%
- Desórdenes de ansiedad: 113%

Australia

Publicado en el mismo volumen del *British Journal of Psychiatry* se encontraba un estudio realizado por los investigadores Australianos Dingle y colaboradores.

Australia

Las mujeres con un historia abortiva obtuvieron casi el doble de riesgo de sufrir depresión en comparación a aquellas que no abortaron.

Esta historia abortiva fue también asociada con un riesgo casi el triple para uso de drogas y doble para desórdenes alcohólicos.

Noruega

El sociólogo Noruego Pedersen, publicó dos estudios asociando el aborto con problemas de salud mental.

La información para estos estudios fue obtenida de l Estudio Longitudinal Joven en Noruega (“*Young in Norway Longitudinal Study),* que tiene una representación nacional e incluye más de 700 participantes.

Noruega

Las mujeres que abortan tienen un riesgo incrementado de presentar:

- Dependencia de nicotina: 400%
- Problemas de alcohol: 180%
- Uso de marihuana: 360%
- Uso de otras drogas ilegales: 670%

También se reportó que eran casi tres veces más propensas que sus pares sin abortos de experimentar problemas de depresión profunda.

Dingle, Fergusson, Pedersen, y otros son representantes de una nueva ola de investigadores internacionales que tienen el valor de publicar información objetiva, políticamente incorrecta, anunciado, con la esperanza de que mujeres que sufren después del aborto eventualmente recibirán la atención profesional que se merecen.

Medicina basada en la evidencia

La Medicina basada en la evidencia se define como

un proceso que integra la experiencia clínica con la mejor evidencia externa y elección del paciente

para maximizar la calidad y cantidad de vida del paciente.

Medicina basada en la evidencia

Irónicamente, mientras ha crecido la necesidad de conocer la medicina basada en evidencia durante la última década, y que se están desarrollando estrategias para modernizar la entrega del sistema de cuidado de salud para cerrar el espacio entre el conocimiento y la práctica, la división es más grande que nunca en relación a la entrega de información precisa, sin sesgos sobre los riesgos del aborto en mujeres que están considerando este procedimiento

Los problemas de salud mental post aborto en mujeres están bien establecidos en la literatura profesional, y el reto actual es empacar la información general de una manera accesible y fiable con el fin de introducir un cambio concordante con la medicina basada en la evidencia.

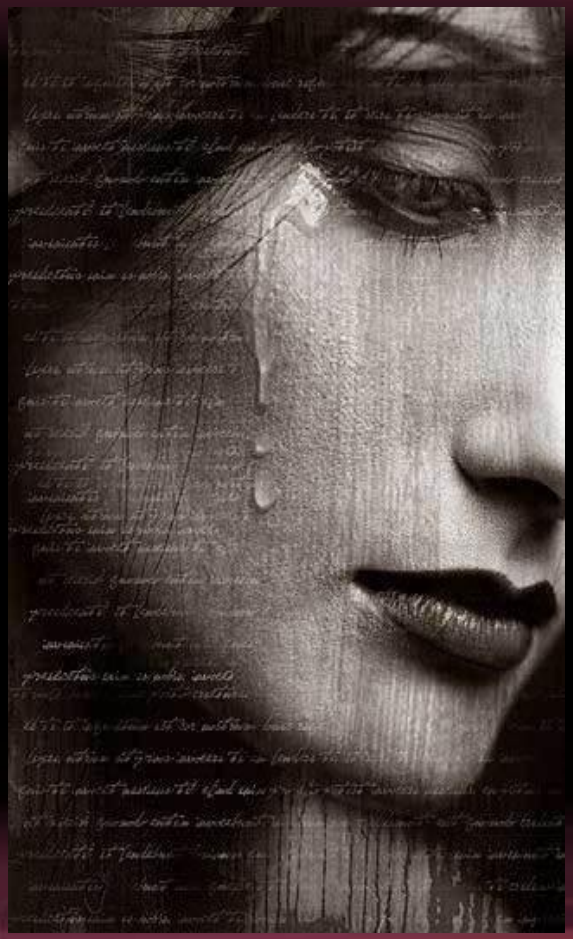
Tres Desafíos Contemporáneos

1. Producir una sinopsis exacta y fácil de entender de la mejor evidencia disponible.

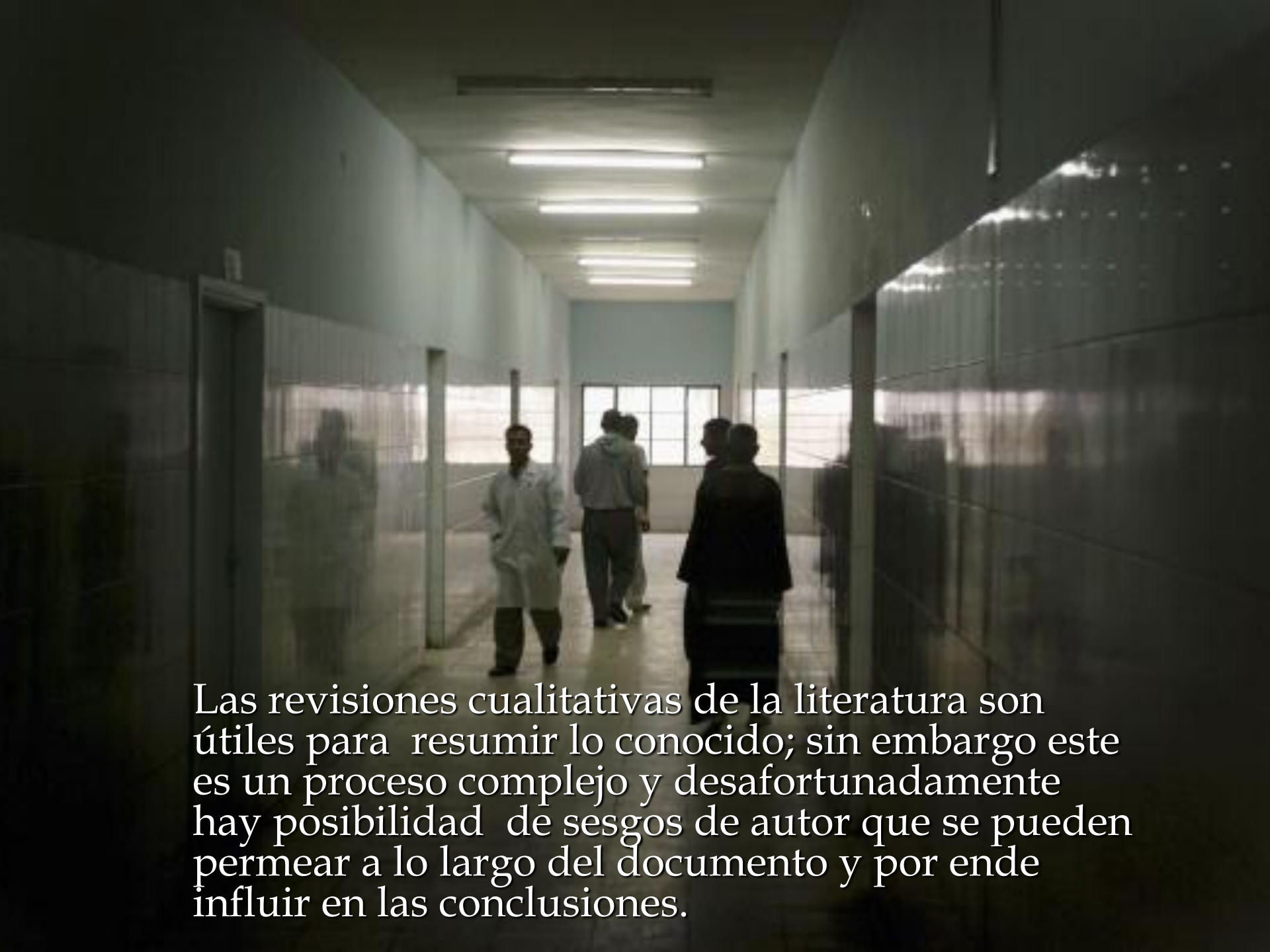
2. Continuar investigando activamente el tema enfocándose en áreas desatendidas.

3. Transmitir la información científica de manera más efectiva a organizaciones profesionales, médicos y sociedad en general, con el fin de mejorar los cuidados de salud.

Primer Desafío: La necesidad de una revisión sistemática de la Evidencia



Se necesita urgentemente revisiones contundentes de calidad y cantidad para contrarrestar las afirmaciones parcializadas de estudios, y reflejar de manera precisa la documentación extensa de investigaciones publicadas que prueban los riesgos psicológicos del aborto



Las revisiones cualitativas de la literatura son útiles para resumir lo conocido; sin embargo este es un proceso complejo y desafortunadamente hay posibilidad de sesgos de autor que se pueden permear a lo largo del documento y por ende influir en las conclusiones.

Meta-Análisis (Revisión Cuantitava)

Al combinar sistemáticamente los resultados numéricos de muchos estudios de alta calidad haciendo la misma pregunta general, (e.j. *¿Existe una relación entre el aborto y la salud mental?)* se revelaron muchos resultados confiables.

Los estudios tienen un peso estadístico y el meta análisis ofrece una alternativa lógica y más objetiva a las revisiones cualitativas cuando el área de estudio está envuelta en controversia política.

Meta-Análisis

He conducido un meta-análisis sabiendo que la verdad del sufrimiento de innumerables mujeres está en los datos publicados. Este es el método más seguro y defendible de agrupar la información.

Coleman, P.K. (Septiembre, 2011): El Aborto y la salud mental: Una síntesis cuantitativa y análisis de investigaciones publicadas desde 1995 – 2009. British Jounal. *British Journal of Psychiatry*.

Criterio de Inclusión al Meta-Análisis

1. Tamaño de muestra de 100 o más participantes.

2. Uso de un grupo de comparación (sin aborto, embarazo a término o embarazo no planeado a término)

3. Uno o más desenlaces de salud mental: depresión, ansiedad, uso de alcohol, uso de marihuana o comportamientos suicidas.

Criterio de Inclusión al Meta-Análisis

4. Controles para terceras variables.

5. Uso de Odds Ratios.

6. Publicaciones en Inglés de investigación entre 1995 y 2009.

Resultados del Meta-Análisis

El primer meta análisis que incluyó todos los 36 Odds Ratios ajustados de los 22 estudios identificados, dio como resultado un Odds Ratio general de 1.81 (IC 95%: 1.57-2.09), p<.0001.

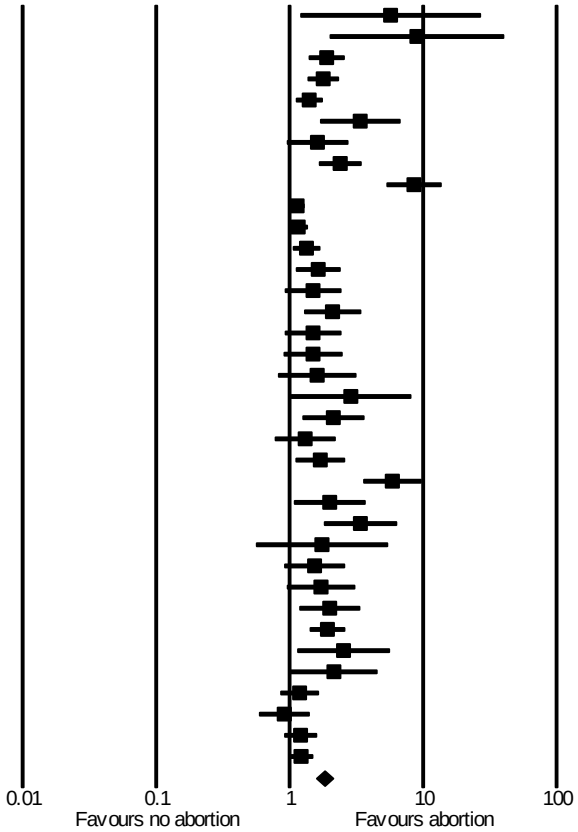
Las mujeres quen tenido experiencias abortivas experimentaron un riesgo incrementado del 81% de sufrir problemas mentales de diversos tipos en comparación con aquellas que no tenían historia de abortos.

Figure 1

Study name	Upper limit	Odds ratio	Lower limit	Z-Value	p-Value
Coleman 2006 [ALCO]	27.268	5.720	1.200	2.189	0.029
Coleman 2006 [MARIJ]	40.697	9.000	1.990	2.854	0.004
Coleman, Coyle, Shuping, & Rue 2009 [ALCO]	2.595	1.898	1.388	4.014	0.000
Coleman, Coyle, Shuping, & Rue 2009 [ANX]	2.348	1.787	1.360	4.171	0.000
Coleman, Coyle, Shuping, & Rue 2009 [DEP]	1.776	1.405	1.111	2.841	0.004
Coleman, Maxey, Spence, & Nixon 2008 [ALCO]	6.810	3.390	1.688	3.430	0.001
Coleman, Reardon, & Cougle 2005 [ALCO]	2.761	1.620	0.950	1.773	0.076
Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002 [ALCO]	3.474	2.396	1.652	4.609	0.000
Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002 [MARIJ]	13.787	8.554	5.307	8.814	0.000
Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002b [ANX]	1.300	1.140	1.000	1.958	0.050
Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002b [DEP]	1.375	1.160	0.979	1.711	0.087
Cougle, Reardon, & Coleman 2005 [ANX]	1.705	1.340	1.053	2.381	0.017
Cougle, Reardon, Coleman 2003 [DEP]	2.420	1.639	1.110	2.485	0.013
Dingle, Alati, Clavarino, Najman & Williams 2008 [DEP]	2.449	1.500	0.919	1.620	0.105
Dingle, Alati, Clavarino, Najman, & Williams 2008 [ALCO]	3.446	2.100	1.280	2.937	0.003
Dingle, Alati, Clavarino, Najman, & Williams 2008 [ANX]	2.449	1.500	0.919	1.620	0.105
Dingle, Alati, Clavarino, Najman, & Williams 2008 [MARIJ]	2.500	1.500	0.900	1.556	0.120
Fergusson 2008 (suicidal ideation)	3.171	1.610	0.818	1.377	0.168
Fergusson 2008 [ALCO]	8.196	2.880	1.012	1.982	0.047
Fergusson 2008 [ANX]	3.649	2.130	1.243	2.752	0.006
Fergusson 2008 [DEP]	2.224	1.310	0.772	1.000	0.317
Gilchrist 1995 (intentional self harm)	2.614	1.700	1.106	2.418	0.016
Gissler, Hemminki, & Lonnqvist 1996 [SUIC]	9.784	5.900	3.558	6.878	0.000
Pedersen 2007 [ALCO]	3.717	2.000	1.076	2.192	0.028
Pedersen 2007 [MARIJ]	6.411	3.400	1.803	3.782	0.000
Pedersen 2008 [DEP]	5.484	1.750	0.558	0.960	0.337
Reardon & Cougle 2002 [DEP]	2.608	1.540	0.909	1.606	0.108
Reardon, Coleman, & Cougle 2004 [ALCO]	3.112	1.720	0.951	1.793	0.073
Reardon, Coleman, & Cougle 2004 [MARIJ]	3.390	2.000	1.180	2.575	0.010
Reardon, Cougle, Rue et al. 2003 [DEP]	2.623	1.924	1.411	4.140	0.000
Reardon, Ney, Scheuren, et al. 2002 [SUIC]	5.665	2.540	1.139	2.278	0.023
Rees & Sabia, 2007 [DEP]	4.573	2.150	1.011	1.988	0.047
Schmiege & Russo 2005 [DEP]	1.663	1.190	0.852	1.019	0.308
Steinberg & Russo 2008 [ANX/NCS]	1.420	0.914	0.588	-0.400	0.689
Steinberg & Russo, 2008 {ANX/NCFG]	1.609	1.210	0.910	1.310	0.190
Taft & Watson 2008 [DEP]	1.507	1.220	0.988	1.846	0.065
	2.092	1.814	1.573	8.195	0.000

Statistics for each study

Odds ratio and 95% CI



Resultados del Meta-Análisis

Se realizó un segundo meta-análisis con efectos separados basados en el tipo de medida de desenlace.

- **Marihuana:** OR=3.30; IC 95%: 1.64-7.44, p=.001)
- **Comportamiento suicida:** OR=2.55; IC 95%: 1.31-4.96, p=.006
- **Uso/abuso de alcohol:** OR=2.10; IC 95%: 1.76-2.49, p<.0001
- **Depresión**: OR=1.37; IC 95%: 1.22-1.53, p<.000
- **Ansiedad:** OR=1.34; IC 95%: 1.12-1.59, p=.0001

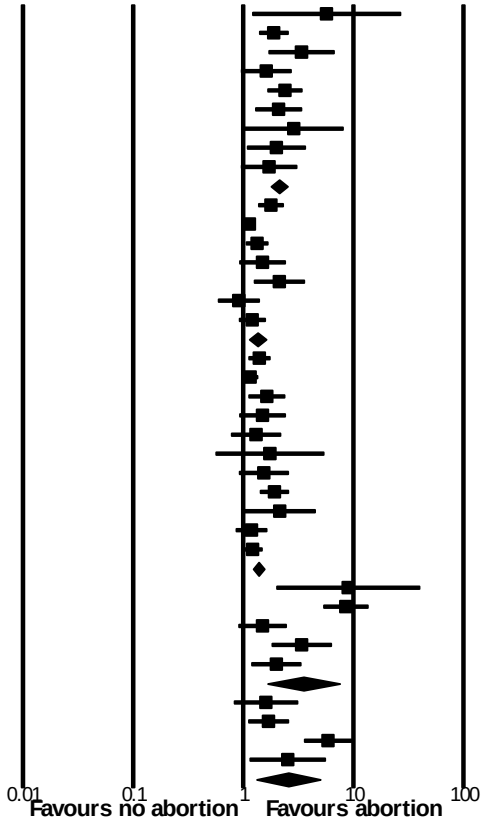
El nivel de riesgo incrementado asociado con el aborto varía entre el 34% y 230% dependiendo de la naturaleza del desenlace.

Figure 2

Group by Outcome	Study name	Upper limit	Odds ratio	Lower limit	Z-Value	p-Value
alcohol	Coleman 2006 [ALCO]	27.268	5.720	1.200	2.189	0.029
alcohol	Coleman, Coyle, Shuping, & Rue 2009 [ALCO]	2.595	1.898	1.388	4.014	0.000
alcohol	Coleman, Maxey, Spence, & Nixon 2008 [ALCO]	6.810	3.390	1.688	3.430	0.001
alcohol	Coleman, Reardon, & Cougle 2005 [ALCO]	2.761	1.620	0.950	1.773	0.076
alcohol	Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002 [ALCO]	3.474	2.396	1.652	4.609	0.000
alcohol	Dingle, Alati, Clavarino, Najman, & Williams 2008 [ALCO]	3.446	2.100	1.280	2.937	0.003
alcohol	Fergusson 2008 [ALCO]	8.196	2.880	1.012	1.982	0.047
alcohol	Pedersen 2007 [ALCO]	3.717	2.000	1.076	2.192	0.028
alcohol	Reardon, Coleman, & Cougle 2004 [ALCO]	3.112	1.720	0.951	1.793	0.073
alcohol		2.494	2.100	1.768	8.464	0.000
anxiety	Coleman, Coyle, Shuping, & Rue 2009 [ANX]	2.348	1.787	1.360	4.171	0.000
anxiety	Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002b [ANX]	1.300	1.140	1.000	1.958	0.050
anxiety	Cougle, Reardon, & Coleman 2005 [ANX]	1.705	1.340	1.053	2.381	0.017
anxiety	Dingle, Alati, Clavarino, Najman, & Williams 2008 [ANX]	2.449	1.500	0.919	1.620	0.105
anxiety	Fergusson 2008 [ANX]	3.649	2.130	1.243	2.752	0.006
anxiety	Steinberg & Russo 2008 [ANX/NCS]	1.420	0.914	0.588	-0.400	0.689
anxiety	Steinberg & Russo, 2008 {ANX/NCFG]	1.609	1.210	0.910	1.310	0.190
anxiety		1.599	1.340	1.123	3.253	0.001
depression	Coleman, Coyle, Shuping, & Rue 2009 [DEP]	1.776	1.405	1.111	2.841	0.004
depression	Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002b [DEP]	1.375	1.160	0.979	1.711	0.087
depression	Cougle, Reardon, Coleman 2003 [DEP]	2.420	1.639	1.110	2.485	0.013
depression	Dingle, Alati, Clavarino, Najman & Williams 2008 [DEP]	2.449	1.500	0.919	1.620	0.105
depression	Fergusson 2008 [DEP]	2.224	1.310	0.772	1.000	0.317
depression	Pedersen 2008 [DEP]	5.484	1.750	0.558	0.960	0.337
depression	Reardon & Cougle 2002 [DEP]	2.608	1.540	0.909	1.606	0.108
depression	Reardon, Cougle, Rue et al. 2003 [DEP]	2.623	1.924	1.411	4.140	0.000
depression	Rees & Sabia, 2007 [DEP]	4.573	2.150	1.011	1.988	0.047
depression	Schmiege & Russo 2005 [DEP]	1.663	1.190	0.852	1.019	0.308
depression	Taft & Watson 2008 [DEP]	1.507	1.220	0.988	1.846	0.065
depression		1.535	1.370	1.223	5.421	0.000
marijuana	Coleman 2006 [MARIJ]	40.697	9.000	1.990	2.854	0.004
marijuana	Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002 [MARIJ]	13.787	8.554	5.307	8.814	0.000
marijuana	Dingle, Alati, Clavarino, Najman, & Williams 2008 [MARIJ]	2.500	1.500	0.900	1.556	0.120
marijuana	Pedersen 2007 [MARIJ]	6.411	3.400	1.803	3.782	0.000
marijuana	Reardon, Coleman, & Cougle 2004 [MARIJ]	3.390	2.000	1.180	2.575	0.010
marijuana		7.441	3.503	1.649	3.261	0.001
suicide	Fergusson 2008 (suicidal ideation)	3.171	1.610	0.818	1.377	0.168
suicide	Gilchrist 1995 (intentional self harm)	2.614	1.700	1.106	2.418	0.016
suicide	Gissler, Hemminki, & Lonnqvist 1996 [SUIC]	9.784	5.900	3.558	6.878	0.000
suicide	Reardon, Ney, Scheuren, et al. 2002 [SUIC]	5.665	2.540	1.139	2.278	0.023
suicide		4.964	2.552	1.312	2.759	0.006

Statistics for each study

Odds ratio and 95% CI



Resultados del Meta-Análisis

En un tercer meta análisis se obtuvieron Odds Ratio en base al tipo de grupo de comparación:

- **No aborto:** OR=1.59; IC 95%: 1.36-1.85, p<.0001
- **Llevado a término:** OR=2.38; IC 95%: 1.62-3.50, p<.0001
- **Embarazo no planeado llevado a término:** OR=1.55; IC 95%: 1.30-1.83,p<.0001

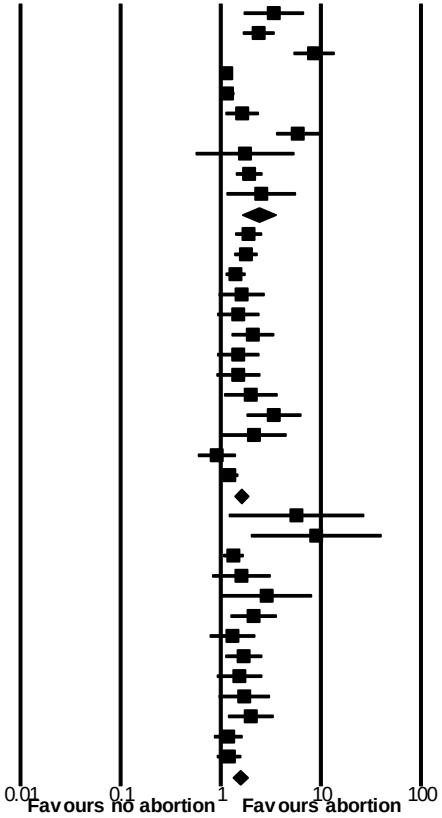
Sin importar el tipo de grupo de comparación empleado, se asoció el aborto con un riesgo aumentado del 55% al 138% en problemas mentales.

Figure 3

Group by Control Group	Study name	Upper limit	Odds ratio	Lower limit	Z-Value	p-Value
delivery	Coleman, Maxey, Spence, & Nixon 2008 [ALCO]	6.810	3.390	1.688	3.430	0.001
delivery	Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002 [ALCO]	3.474	2.396	1.652	4.609	0.000
delivery	Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002 [MARIJ]	13.787	8.554	5.307	8.814	0.000
delivery	Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002b [ANX]	1.300	1.140	1.000	1.958	0.050
delivery	Coleman, Reardon, Rue, & Cougle 2002b [DEP]	1.375	1.160	0.979	1.711	0.087
delivery	Cougle, Reardon, Coleman 2003 [DEP]	2.420	1.639	1.110	2.485	0.013
delivery	Gissler, Hemminki, & Lonnqvist 1996 [SUIC]	9.784	5.900	3.558	6.878	0.000
delivery	Pedersen 2008 [DEP]	5.484	1.750	0.558	0.960	0.337
delivery	Reardon, Cougle, Rue et al. 2003 [DEP]	2.623	1.924	1.411	4.140	0.000
delivery	Reardon, Ney, Scheuren, et al. 2002 [SUIC]	5.665	2.540	1.139	2.278	0.023
delivery		3.502	2.386	1.626	4.443	0.000
no ab	Coleman, Coyle, Shuping, & Rue 2009 [ALCO]	2.595	1.898	1.388	4.014	0.000
no ab	Coleman, Coyle, Shuping, & Rue 2009 [ANX]	2.348	1.787	1.360	4.171	0.000
no ab	Coleman, Coyle, Shuping, & Rue 2009 [DEP]	1.776	1.405	1.111	2.841	0.004
no ab	Coleman, Reardon, & Cougle 2005 [ALCO]	2.761	1.620	0.950	1.773	0.076
no ab	Dingle, Alati, Clavarino, Najman & Williams 2008 [DEP]	2.449	1.500	0.919	1.620	0.105
no ab	Dingle, Alati, Clavarino, Najman, & Williams 2008 [ALCO]	3.446	2.100	1.280	2.937	0.003
no ab	Dingle, Alati, Clavarino, Najman, & Williams 2008 [ANX]	2.449	1.500	0.919	1.620	0.105
no ab	Dingle, Alati, Clavarino, Najman, & Williams 2008 [MARIJ]	2.500	1.500	0.900	1.556	0.120
no ab	Pedersen 2007 [ALCO]	3.717	2.000	1.076	2.192	0.028
no ab	Pedersen 2007 [MARIJ]	6.411	3.400	1.803	3.782	0.000
no ab	Rees & Sabia, 2007 [DEP]	4.573	2.150	1.011	1.988	0.047
no ab	Steinberg & Russo 2008 [ANX/NCS]	1.420	0.914	0.588	-0.400	0.689
no ab	Taft & Watson 2008 [DEP]	1.507	1.220	0.988	1.846	0.065
no ab		1.856	1.592	1.366	5.939	0.000
unintended	Coleman 2006 [ALCO]	27.268	5.720	1.200	2.189	0.029
unintended	Coleman 2006 [MARIJ]	40.697	9.000	1.990	2.854	0.004
unintended	Cougle, Reardon, & Coleman 2005 [ANX]	1.705	1.340	1.053	2.381	0.017
unintended	Fergusson 2008 (suicidal ideation)	3.171	1.610	0.818	1.377	0.168
unintended	Fergusson 2008 [ALCO]	8.196	2.880	1.012	1.982	0.047
unintended	Fergusson 2008 [ANX]	3.649	2.130	1.243	2.752	0.006
unintended	Fergusson 2008 [DEP]	2.224	1.310	0.772	1.000	0.317
unintended	Gilchrist 1995 (intentional self harm)	2.614	1.700	1.106	2.418	0.016
unintended	Reardon & Cougle 2002 [DEP]	2.608	1.540	0.909	1.606	0.108
unintended	Reardon, Coleman, & Cougle 2004 [ALCO]	3.112	1.720	0.951	1.793	0.073
unintended	Reardon, Coleman, & Cougle 2004 [MARIJ]	3.390	2.000	1.180	2.575	0.010
unintended	Schmiege & Russo 2005 [DEP]	1.663	1.190	0.852	1.019	0.308
unintended	Steinberg & Russo, 2008 {ANX/NCFG]	1.609	1.210	0.910	1.310	0.190
unintended		1.836	1.551	1.309	5.082	0.000

Statistics for each study

Odds ratio and 95% CI



Observando los porcentajes de riesgo atribuibles a población de los Odds Ratios calculados:

En resumen: Se encontró que casi el 10% de la incidencia de problemas de salud mental fueron directamente atribuibles al aborto

Porcentajes de Riesgo Atribuibles a Población para Desenlaces Específicos

- **Ansiedad: 8.1%**
- **Depresión: 8.5%**
- **Uso de alcohol:10.7%**
- **Uso de marihuana: 26.5%**
- **Suicidio: 34.9%**
- **Todos los comportamientos suicidas: 20.9%**

Segundo Desafío

Continuar activamente estudiando la psicología del aborto con un énfasis especial en estudios de eficacia de tratamiento

Futuras líneas de Investigación: Estudios de Eficacia de Tratamiento

1. La falta de protocolos de tratamiento validados empíricamente afirman de manera indirecta la posición de la APA y otras organizaciones profesionales que sugieren que no hay daño alguno, dejando a muchas mujeres sin esperanza de alivio.

Por ende una meta esencial para el futuro es desarrollar protocolos de tratamiento, probarlos y publicar los resultados.

Futuras líneas de Investigación

2. La mayoría de los estudios existentes están basados en reportes propios.

   Investigaciones que incorporen información de individuos importantes en la vida de la mujer y/o la evaluación del comportamiento mejorará los esfuerzos para evaluar la complejidad de las experiencias de la mujeres.

3. Las investigaciones disponibles no han dado suficiente atención a la experiencia individual de las mujeres y el rango de los efectos negativos.

Los investigadores deben realizar más entrevistas independientes con muestras geográficamente diversas para entender mejor la profundidad y amplitud de esas experiencias.

Por ejemplo, una mujer en uno de nuestros estudios cualitativos experimentó una condena social, vergüenza, aislamiento y pretensiones…. Temas olvidados en la investigación académica…

"Cada vez que he mencionado mi experiencia del aborto, me he sentido condenada por aquellos que miran pero que no hablan; adivino; porque no sé qué están pensando. Entonces sencillamente regreso a mi propio modos de manejar mi experiencia, es decir, escondo detrás de mi pared de culpa y vergüenza o detrás de la ilusión de tener una vida perfecta"

4. Estudios a corto plazo pueden ser potencialmente engañosos porque las mujeres pueden haber suprimido sus emociones hasta experimentar otros eventos de vida, tales como un nacimiento, lo que provoca una reacción tardía.

Por ello es necesario realizar estudios que hagan seguimiento a mujeres por muchos años para entender mejor cómo la experiencia del aborto converge con otros eventos de vida que impactan la calidad de vida de la mujer.

Ghost in the House
(El Fantasma en la Casa)
by Amanda Lewanski

Transmite las emociones conflictivas y el dolor que el aborto puede traer a la vida futura de la mujer.

Ghost in the House

(*El Fantasma en la Casa*)

Ven niño. Es de noche. Ven a mí.

Siéntate conmigo una vez más.

Vamos a mecernos aquí, mientras los demás duermen.

Déjame ver--tu hermana tiene cinco;

El bebé hoy cumple tres meses;

Tu pequeño hermano dos,

Y yo no he decidido si les contaré

De Ti

Y tú, tendrías ocho este año.
No sé tú nombre.

El color de tus ojos o el de tu pelo
O dónde o cómo culpar.
El miedo lo fue todo, el miedo a un cambio.
Porque yo vi al miedo como pérdida.
Contra mis sueños, mis planes, mi vida.
Parecías un tan pequeño precio,

Tu olor, tu peso en mis brazos
Tu cabeza sobre mi pecho–
Yo no sabía estas cosas cuando
Decidí que era lo mejor.
Y ahora estoy perdida
y tan confundida.
Y no sé qué sentir,
Por ti, que fuiste una enfermedad,
Cada año es más real;

Tu hermana y tus hermanos,
Ellos te proclaman al crecer

Y no, no es cada día
Que encuentro tu sombra aquí;
La mayor parte del tiempo estoy demasiado ocupada
Para lágrimas y reflexión,
Pero a veces cuando los niños duermen
Y me encuentro sola,
Me siento en la obscuridad, me meso
Y traigo a mi bebé al hogar.

Tercer desafío

El tercer desafío es difícil: **transmitir más eficazmente la información científica a organizaciones profesionales, profesionales y a la sociedad.** Esto requiere de un cambio cultural, donde se reconozca que un porcentaje significativo de las mujeres experimentan un efecto psicológicos adverso por el aborto.

Con este reconocimiento deberían hacerse más esfuerzos para prevenir el daño psicológico y más esfuerzos que acojan las necesidades emocionales de aquellos que sufren.

Con conocimiento, compromiso, organización efectiva, y compasión podemos ayudar a profesionales, mientras ellos se esfuerzan en potenciar a las mujeres…

...¡para que tomen decisiones
saludables para ellas y sus
familias!