#  Definición del aborto

Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas. Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaría cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción. A veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas.

Según la Organización Mundial de la Salud, es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal con medios adecuados. Esta definición no hace mención si el feto está vivo o muerto. En tanto que desde un punto de vista legal se considera aborto a la muerte del feto Ya se analizó acerca del comienzo del embarazo y por qué la comisión de expertos de la OMS lo ubica en el momento de la implantación del blastocito en el endometrio, lo cual no es lo mismo que el concepto biológico de célula viva e individual. Es más, con la aparición de la Fertilización asistida se han producido fenómenos muy curiosos. En un reciente intercambio de cartas al Editor de una prestigiosa Revista científica como es el Analiza of Internas Medicine. Un investigador dice que el embarazo se inicia desde el momento de la concepción, pues el embrión humano es genéticamente un individuo distinto desde ese momento. La implantación para él simplemente es un cambio de su hogar y su forma de nutrición. Otro investigador le contesta que el Colegio de Americano de Obstetras y Ginecólogos define el comienzo del embarazo desde la implantación y pone un ejemplo para aclarar el punto. Una mujer tiene sus óvulos congelados en un Centro de Fertilización asistida y uno de ellos es fecundado por los espermatozoides de su esposo, también congelados. Esto ocurre en una placa de Petri y a la mujer, a 64 millas de distancia, se le comunica del éxito y se la cita para la transferencia a su útero. Se pregunta el investigador si la mujer ¿podría anunciar a sus amigos que está embarazada?. ¿Podría su obstetra de la ciudad donde vive , iniciar el control prenatal? . De hecho hay una fertilización exitosa de un individuo genéticamente diferente a sus padres pero que no será un embarazo hasta que se i El punto de viabilidad de la definición , también es variable. El peso de menos de 1000 g al momento de nacer daba muy pocas posibilidades de sobrevida hasta la década de los 80, en Chile. Y por cierto que con menos de 900 g las alternativas eran casi nulas. Sin embargo con la parición de la Unidades de Tratamiento Intensivo Neonatal y las tecnologías la viabilidad aumento en proporciones impresionantes. Esto cambió , de tal modo que se debe registrar sea vivo o muerto todo recién nacido con más de 500 g. Y la mortalidad ya no se refiere sólo a los de 1000 g y más. Se expresa la mortalidad por pesos del R.N. En 30 años los límites de la viabilidad aumentó para los fetos chilenos y lo que antes podría ser calificado de aborto para la medicina de 1980, hoy al 2016 no lo es.

Desde un punto de vista legal, la Corte Suprema de Chile ha definido aborto como: La interrupción del proceso natural del embarazo que produce la muerte del feto o producto de la concepción. Hay otras definiciones legales que en diferente forma expresan la muerte fetal sea intrauterina o extrauterina o por el efecto de la extracción en el momento en que el feto es aun inviable por su edad gestacional. mplante

#  Clases de aborto

Aborto espontáneo o natural:

El aborto espontáneo se debe tanto a defectos paternos como maternos. Respecto a los primeros, es digno de señalar que del 40% al 50% de los abortos espontáneos de origen materno son atribuidos a la sífilis, muchas veces desconocida, ignorada, o negada a sabiendas. El restante 50% se debe a alcoholismo habitual y crónico, agotamiento físico o intelectual, vejez entre otras.

La causa de orden materno son variadas. Las malformaciones de cada uno de los órganos del aparato genital femenino; los pólipos, fibromas, cánceres, las endometritis, entre otras. También algunas enfermedades como diabetes, hipertensión, o enfermedades producidas por infecciones bacterianas o virales son causantes de aborto espóntaneo.

Como causas conjuntas, paternas y maternas, y que actúan a la vez, podemos citar los matrimonios muy jóvenes, los tardíos, la vejes prematura o la decrepitud de uno de los conyuges, la miseria, el hambre, la privaciones, el terror, la desesperación, el alcoholismo común, la sífilis o la tuberculosis, también padecidas conjuntamente. Todas estas causas pueden actuar en el momento propulsor de la fecundación.

Otras causas de aborto espóntaneo son las malformaciones del embrión.

Aborto provocado o aborto criminal

Algunos pueblos no consideran acto criminal el aborto provocado, ya que entre ellos es conceptuado como un acto natural. Este criterio se ha mantenido en ciertas civilizaciones y hoy es practicado impunemente en ciertas sociedades.

En Europa Occidental el aborto es más o menos duramente reprimido, según la política de natalidad llevada por los países en cuestión. Sin embargo, y pese a la persecución penal de que es objeto, sus prácticas se desarrollan clandestinamente, y muy a menudo, sin las necesarias garantías de higiene y asepsia, lo cual provoca graves lesiones o la muerte a la embarazada.

Dentro de este grupo se incluye el aborto producido por imprudencia. Su distintiva es su carácter negativo de omisión voluntaria o imprudencia unido a la aceptación de los resultados abortivos.

Aborto terapéutico

Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo sus contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera perdida (producto muerto) o respresenta un gravísimo peligro para la madre .

#  Métodos para abortar

Existen dos procedimientos de aborto seguro, avalados y recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecobstetricia (FIGO), por la por sus altas tasas de eficacia. Ambos procedimientos permiten interrumpir embarazos no planeados o no deseados de forma segura, procurando el bienestar, la salud, y en muchos casos la justicia social, de quienes recurren a él.

Uno de ellos es el aborto con medicamentos, es decir, la ingesta de tabletas (usando la dosis y sustancias correctas) para inducir el aborto de forma segura (antes de las 12 semanas de gestación), mediante la estimulación de contracciones en el útero y la dilatación del cuello uterino, de forma simultánea, lo cual permite la evacuación en los días siguientes a la toma.Porcentaje de eficacia.

El aborto con medicamentos, cuando se usa la dosis recomendada, durante las primeras 12 semanas de gestación, tiene un porcentaje de eficacia del 95% al 98% con el régimen combinado (misoprostol y mifepristona). Mientras que, cuando se usa el misoprostol solo en la misma edad gestacional, tiene un porcentaje de eficacia del 85%. Las pastillas abortivas se usan para interrumpir un embarazo tomando dos medicamentos diferentes: la mifepristona y el misoprostol.

Primero tomas una pastilla llamada mifepristona. El embarazo necesita una hormona llamada progesterona para avanzar normalmente. La mifepristona bloquea la progesterona que produce tu cuerpo, impidiendo que el embarazo avance.

Después tomas el segundo medicamento, misoprostol, ya sea inmediatamente o hasta 48 horas después. Este medicamento causa cólicos y sangrado para vaciar tu útero. Es parecido a tener un periodo con sangrado muy abundante y con cólicos. El proceso es muy similar a tener un aborto espontáneo (pérdida) en la etapa inicial del embarazo. Si no tienes sangrado durante las 24 horas después de tomar el segundo medicamento, llama a tu enfermerx o doctorx.

Cuando te realizas un aborto con pastillas para abortar, tu doctorx o enfermerx te dará ambos medicamentos en el centro de salud. También te dará instrucciones detalladas sobre dónde, cuándo y cómo tomar los medicamentos, lo cual puede variar dependiendo de las leyes del estado donde vives y de las políticas del centro de salud al que vayas. Puede que también te de antibióticos para prevenir una infección.

¿Qué tan efectivas son las pastillas para abortar?

Las pastillas para abortar son muy efectivas. Sin embargo, esto depende de cuánto tiempo de embarazo tienes en el momento en que tomes los medicamentos.

Para las personas que tienen 8 semanas o menos de embarazo, las pastillas abortivas son efectivas en 98 de cada 100 casos.

Para las personas que tienen entre 8 y 9 semanas de embarazo, las pastillas para abortar son efectivas en 96 de cada 100 casos.

Para las personas que tienen entre 9 y 10 semanas de embarazo, las pastillas abortivas son efectivas entre el 91 y 93 de cada 100 casos. Si te dan una dosis extra de medicamento, son efectivas en 99 de cada 100 casos.

Para las personas que tienen entre 10 y 11 semanas de embarazo, las pastillas para abortar son efectivas en 87 de cada 100 casos. Si te dan una dosis extra de medicamento, son efectivas en 98 de cada 100 casos.

Usualmente, las pastillas abortivas funcionan. En caso de que no En las primeras semanas de gestación se suele recurrir a uno de estos dos:

Uso de medicación para forzar la expulsión del embrión del útero. Suelen utilizarse dos fármacos, la mifepristona por vía oral y el misoprostol por vía vaginal, aunque en ciertos casos se puede recurrir a uno solo.

Aspiración del contenido del útero, normalmente bajo anestesia, con o sin la asistencia de fármacos para dilatar el útero.

Que se utilice uno u otro depende fuertemente de lo avanzado que está el embarazo cuando se produce el aborto, aunque algunos factores de la historia clínica de la mujer también deben tomarse en consideración. Un aborto farmacológico no es la mejor opción en caso de llevar un DIU que ha fallado, ni en casos de coagulopatías severas, ni en los embarazos ectópicos (embrión implantado fuera del útero).

¿Cómo funcionan los fármacos abortivos?

La mifepristona es un medicamento que bloquea la acción de la progesterona, facilita el desprendimiento de la placenta, permite la dilatación del cuello del útero y sensibiliza al útero a la acción del misoprostol. El misoprostol termina de dilatar el cuello del útero e induce la contracción uterina, facilitando la expulsión del embrión.

La mifepristona es un medicamento que solo se consigue en hospitales. El misoprostol existe en las farmacias para ser utilizado por vía oral, pues su otro uso autorizado es para prevenir lesiones estomacales y facilitar la cura de úlceras duodenales (era el “protector de estómago” antes que se generalizara el uso del omeprazol) pero solo se vende presentando la correspondiente receta médica.

Me han dicho que puedo comprar algo en la farmacia para abortar…

Hay quien intenta comprar misoprostol en la farmacia para abortar sin ir al médico, pues no faltan en internet instrucciones para abortar solo con misoprostol. Pero esto tiene dos problemas principales:

El misoprostol no se vende en farmacias sin receta. Los farmacéuticos estamos bien concienciados respecto a los riesgos del uso del misoprostol sin cuidado médico.

Aun si consiguieras obtener misoprostol, te expones a un riesgo de salud. Por un lado, te privas del consejo médico, fundamental en los casos en los que el aborto farmacológico está contraindicado. Por el otro, los resultados cambian, porque el misoprostol fuerza las contracciones, pero te faltaría el efecto facilitador de la mifepristona. El misoprostol sin combinar funciona bien en alrededor del 80% de los casos siguiendo el protocolo adecuado, pero el otro 20% requiere atención médica de urgencia.

Los protocolos que se encuentran en internet solo son útiles para las mujeres que no pueden acceder a un aborto legal de calidad. Siendo que en España el aborto es legal y pueden cuidarte bien desde el inicio del proceso, tienes una opción mejor para tu salud que abortar sola en casa.

Me venden por internet medicamentos para abortar…

No te lo podemos decir más claramente: ¡no los compres! Las farmacias españolas registradas para vender medicamentos online no pueden vender medicamentos que requieren receta médica. Y si compras medicamentos fuera de este canal, compras medicamentos que no tienen las garantías de seguridad necesarias. Nada impide que te manden a casa pastillas sin principio activo, caducadas, con la dosis equivocada, o fabricadas en condiciones no aceptables.

¿Y los métodos caseros?

Aunque hay plantas que tienen acción abortiva, no existen preparados que aseguren que el aborto se producirá correctamente. El boca a boca y posts varios de internet sugieren ponerte aspirinas, perejil u otras plantas en la vagina, así como tomarte tés de plantas varias. Puede que causen un aborto, puede que te intoxiques tú también, o puede incluso que se produzca un sangrado, pero sin que haya aborto, con lo cual ¡menuda broma! Y para qué detallar el riesgo de infección o lesiones permanentes… definitivamente, en este siglo y con las opciones que tenemos en España, los métodos caseros para abortar no son la mejor opción

#  Efectos físicos

Médicos Sin Fronteras (MSF) se esfuerza por reducir la mortalidad y el sufrimiento en las poblaciones afectadas por conflictos y crisis. La organización médico-humanitaria está decidida a luchar contra las principales causas de mortalidad materna, incluyendo el aborto no seguro.

El aborto no seguro es una de las cinco principales causas de mortalidad materna –junto con las hemorragias, las infecciones, la presión arterial alta (preeclampsia y eclampsia) y el parto obstruido–, y además es la única de las cinco que es casi totalmente prevenible. Estas cinco causas son responsables del 75% de las muertes maternas en todo el mundo; el aborto no seguro, por su parte, es responsable de al menos 1 de cada 12 muertes maternas.

Según un estudio liderado por la Organización Mundial de la Salud publicado en 'The Lancet', de los 55,7 millones de abortos que se solicitaron aproximadamente cada año entre 2010 y 2014, alrededor de 25 millones fueron abortos no seguros. El aborto no seguro tiene consecuencias médicas que en muchos casos son irreversibles y que pueden causar la muerte de la mujer embarazada. MSF es testigo una y otra vez de cómo, cuando no hay servicios accesibles de aborto seguro, muchas mujeres recurren a métodos no seguros a pesar de los considerables riesgos que entrañan.

Se calcula que, cada año, al menos 22.000 mujeres adultas y jóvenes mueren a causa de abortos no seguros, el 97% de ellas en África, Latinoamérica y el sur y oeste de Asia\*; además, siete millones de mujeres tienen que ser hospitalizadas cada año por complicaciones tras someterse a este tipo de prácticas a manos de personal sin la cualificación necesaria y en entornos sin los mínimos estándares médicos. Algunas de estas mujeres sufrirán algún tipo de discapacidad permanente y otras nunca podrán tener más hijos. En todo caso, estas cifras son solo estimaciones ya que muchas mujeres y jóvenes no pueden buscar atención médica aunque sufran complicaciones y nadie sabe cuántas mueren.

Médicos respondiendo a una cuestión médica

Prevenir la mortalidad y el sufrimiento causados por un aborto no seguro requiere tres acciones principales: proporcionar anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, ofrecer servicios de interrupción sin riesgos (incluyendo proporcionar asesoramiento a la mujer) y tratar las complicaciones resultantes del aborto.

Médicos Sin Fronteras incluye los servicios de atención para la interrupción voluntaria del embarazo dentro de sus programas de atención materna, después de estudiar las disposiciones legales y la percepción de la comunidad y del personal sanitario.

MSF no tiene una posición política ni ética sobre el aborto; como organización médico-humanitaria, considera las consecuencias de los abortos no seguros como una cuestión médica a la que hay que responder. Los riesgos de un aborto no seguro son bien conocidos y pueden prevenirse prestando una atención adecuada a estas mujeres.

Las muertes a causa de abortos no seguros se reducen enormemente cuando la mujer puede acceder a servicios médicos. Por ejemplo, tras la legalización del aborto en Sudáfrica en 1996, diversos estudios confirmaron que, para el año 2000, la mortalidad materna por abortos no seguros se había reducido en un 91%; además, el número de mujeres con infecciones causadas por estos procedimientos se había reducido a la mitad.

Complicaciones del aborto no seguro

MSF no alienta el aborto en absoluto. La interrupción del embarazo es, exclusivamente, elección de la mujer. El único objetivo de MSF es evitar las consecuencias del aborto no seguro.

Cuando una mujer está decidida a interrumpir su embarazo, buscará la forma de someterse a un aborto independientemente de si el procedimiento es seguro y legal o no. Y si no le es posible acceder a un aborto en condiciones médicas seguras, arriesgará la vida para interrumpir el embarazo. Cuando ocurren complicaciones derivadas de un aborto no seguro, la mujer suele renunciar a buscar ayuda médica profesional por temor a las consecuencias sociales que esto le pueda acarrear.

Las principales complicaciones de un aborto no seguro son hemorragia grave, infección, peritonitis y lesiones en vagina y útero; también pueden darse consecuencias a largo plazo que afecten a embarazos futuros, entre ellas la infertilidad.

MSF y el aborto no seguro

No todos los proyectos de salud sexual y reproductiva de MSF cuentan con un componente de atención a las consecuencias de abortos no seguros. Sin embargo, dado el impacto que los abortos no seguros tienen en la mortalidad, MSF quiere implementar todas las medidas posibles para responder a esta cuestión.

En 2019, en sus proyectos en todo el mundo, MSF atendió 329.900 partos, de los cuales 27.300 fueron con cesárea. También atendimos a 28.800 víctimas de violencia sexual y a 25.800 mujeres y niñas por complicaciones sufridas tras someterse a abortos en condiciones no seguras; a cerca de 21.500 mujeres y niñas que lo solicitaron MSF les proporcionó un servicio seguro de interrupción del embarazo. En algunos de los hospitales donde trabaja MSF, hasta el 30% de las complicaciones obstétricas atendidas se deben a abortos no seguros.

#  Efectos psicológicos

El aborto espontáneo es un evento traumático que afecta a cada mujer de manera diferente, pero puede provocar dolor, ansiedad, depresión e incluso síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Si bien los profesionales de la salud materna tienen una atención avanzada para los efectos físicos de la pérdida del embarazo, FIGO destaca una deslumbrante supervisión en el bienestar de las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo: las prácticas para la atención psicológica están significativamente menos desarrolladas.

A nivel mundial, alrededor del 12-15 por ciento de los embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo. Los estudios sugieren que después de un aborto espontáneo, entre el 30 y el 50 por ciento de las mujeres experimentan ansiedad y entre el 10 y el 15 por ciento experimenta depresión, que generalmente dura hasta cuatro meses.

Según el Instituto Nacional de Salud y Excelencia en la Atención (NICE) en el Reino Unido, el dolor después de un aborto espontáneo es "comparable en naturaleza, intensidad y duración" a las reacciones de dolor en personas que sufren otros tipos de pérdidas importantes.

Un estudio de 2016 llama la atención sobre la naturaleza traumática de un embarazo perdido: encontró que cuatro de cada diez mujeres experimentaron síntomas de TEPT dentro de los tres meses posteriores a un aborto involuntario o un embarazo ectópico. Los síntomas de trastorno de estrés postraumático informados por los participantes del estudio incluyeron pesadillas, recuerdos retrospectivos y volver a experimentar sentimientos asociados con la pérdida. Algunas mujeres también notaron que intentaron evitar situaciones que les recordarían su pérdida, como las amigas o familiares embarazadas.

Dicho autor principal, OBYGN Dra. Jessica Farren,

"En este momento no hay una cita de seguimiento de rutina para las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo o un embarazo ectópico. Tenemos controles para la depresión postnatal, pero no tenemos nada establecido para el trauma y la depresión después de la pérdida del embarazo".

"Hay una suposición en nuestra sociedad [Reino Unido] de que no le dirá a nadie que está embarazada hasta después de 12 semanas. Pero esto también significa que si las parejas experimentan un aborto espontáneo en este momento, no le dicen a las personas. Esto puede resultar en los profundos efectos psicológicos de la pérdida temprana del embarazo que se roza debajo de la alfombra ".

Aunque una revisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2013 concluyó que no hay evidencia suficiente para recomendar ofrecer apoyo psicológico como estándar después de un aborto espontáneo, sugiere que las citas de seguimiento podrían ayudar a identificar a las mujeres en riesgo de desarrollar problemas de salud mental u ofrecer apoyo para aquellos que ya están en apuros.

La experiencia del aborto involuntario podría afectar aún más la salud mental materna en los embarazos posteriores. Un estudio de 2010 encontró que las mujeres que habían experimentado un aborto espontáneo anteriormente, incluso cuando también tenían un hijo vivo, experimentaron más ansiedad y angustia específica del embarazo que las mujeres sin antecedentes de aborto espontáneo.

La mala salud mental materna tiene un impacto inmediato y a largo plazo en el bienestar de las mujeres. Limita las oportunidades para la participación social y económica y reduce la capacidad de autocuidado y cuidado, lo que a su vez afecta la salud y el desarrollo de los niños

#  Estudios científicos

Especialista derrumba con argumentos científicos los mitos post-aborto

La activista invitada por el Departamento de Psicología Aplicada disertó sobre este tópico en conferencia virtual

Con fundamentos científicos es como se pueden rebatir los mitos que existen en torno al aborto, aseveró la integrante de la asociación civil Acompañamiento después de un Aborto Seguro (ADAS), Olivia Ortiz al referir que en más de una década de brindar este servicio en la Ciudad de México donde está permitida la interrupción legal y voluntaria del embarazo hasta la doceava semana de gestación, se ha comprobado que “el mayor factor de riesgo para la salud mental y emocional post-aborto, es la salud mental pre-aborto, y no la experiencia del aborto en sí misma”.

Al dictar la Conferencia “Mitos Post-aborto” impartida a estudiantes de la Licenciatura en Psicología del CUCS, la psicóloga Clínica por la UNAM, detalla que tanto la depresión, infertilidad, drogadicción, cáncer o culpa son solo algunos de los mitos que circundan en torno a la interrupción del embarazo y que la catalogan como una experiencia negativa.

“Cuando hablamos de los mitos sobre el aborto, tenemos que pensar que muchos de estos están relacionados con cuestionar la seguridad del aborto y se plantea como si fuera un procedimiento riesgoso que va a tener secuelas físicas, emocionales y psicológicas”.

Ante ello, la especialista sustenta su respuesta en la vasta literatura que indica lo contrario desde que se despenalizó este procedimiento y se protocolizaron los métodos seguros, a partir de lo cual ya nadie “se cuestiona si el proceso deja secuelas físicas, excepto cuando está practicado, insisto, bajo condiciones inseguras o con personal no capacitado”.

Respecto al síndrome post-aborto, Olivia Ortiz refirió que la evidencia científica no ha encontrado vínculo alguno entre tener un aborto y experimentar problemas de salud mental posterior, para lo cual aprovechó en distinguir la ciencia y de la pseudociencia, la primera basada en el método científico y la segunda basada en conclusiones a priori para las que crea argumentos a posteriori para sostenerlas.

“Desde los años 90 se realiza investigación internacional en las que se muestran contradicciones y sesgos metodológicos imposibles de sostener, por lo que no existe evidencia científica que sustente el Síndrome Post-aborto como un diagnóstico legítimo de salud mental”.

Aclara que esta evidencia refiere a mujeres sanas, para quienes el aborto legal y voluntario, practicado de manera segura, rara vez representa consecuencias negativas inmediatas y duraderas en su salud mental. Pero enfatiza en “mujeres sanas”, toda vez que uno de los principales factores de riesgo para la salud mental y emocional post-aborto es la salud mental pre-aborto y no la experiencia del aborto en sí.

Sostuvo lo anterior en el estudio conocido como Turnaway realizado en Estados Unidos en 2014 en el que hicieron un seguimiento durante 5 años a 800 mujeres para documentar la experiencia post-aborto y la compararon con mujeres a quienes se les negó el aborto por exceder el límite de tiempo gestacional del producto.

“Lo que nos aporta este estudio es que a quienes se les negó el aborto deseado presentaron más emociones negativas que aquellas que se practicaron el aborto deseado. En la primera semana el 95 por ciento de las personas que obtuvieron un aborto sintieron que abortar había sido la decisión correcta; a los 3 años el 99 por ciento ratificó que abortar había sido la decisión correcta y a los 5 años, las investigadoras no encontraron diferencias entre las mujeres que tuvieron acceso al aborto y aquellas a quienes se les negó en relación a depresión, culpa, satisfacción con la vida y trastorno de estrés post-traumático”.

Refirió también el estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” publicado en 2019, que buscó examinar los factores psicosociales y la sintomatología depresiva en mujeres que llevaron a cabo una interrupción legal del embarazo en una clínica de la Ciudad de México.

Detalló que de una muestra de 114 mujeres entrevistadas, sólo 26 por ciento de éstas, presentaron sintomatología depresiva y el 73 por ciento de éstas no presentó ninguna sintomatología depresiva tras la práctica del aborto.

El estudio revela que las emociones negativas como estrés, preocupación y ansiedad se identificaron principalmente en el momento de la noticia del embarazo, mismas que disminuyeron cuando tomaron la decisión de abortar y más aún al término del procedimiento, quienes por el contrario refirieron sentirse “aliviadas”.

Aquí, la Olivia Ortiz lanzó la pregunta si en realidad existe miedo genuino de las mujeres a abortar o solo están respondiendo a “tácticas de miedo” impuestas por quienes se oponen al aborto.

Tras afirmar que el “aborto no es una enfermedad”, la conferencista invitada aseveró que ADAS precisó que la forma de operar de la agrupación, es mediante “intervenciones” que puedan modificar o replantear la forma como las mujeres han sido intervenidas por la sociedad a lo largo de su vida que van desde la educación, la cultura, la religión, etc. Y lo hace a través de tres niveles de “intervención”: Empoderamiento con acompañamiento; información y una perspectiva afirmativa de la interrupción del embarazo.

“ADAS lo que plantea que una mujer que está afrontando un embarazo no deseado se vuelve un fuego cruzado de una cantidad de información relacionada en contra y a favor del aborto, situación en la que ADAS “interviene” para recordarle que ella puede intervenir en su propio proceso de manera activa”.

La "Intervención ADAS", dijo, surgió hace 13 años “como una alternativa de atención emocional a mujeres que voluntariamente, interrumpieron un embarazo para evitar el silencio y la soledad de dicha experiencia. Es una intervención profesional con un marco de referencia que toma elementos de la psicoterapia narrativa, el psicoanálisis, el feminismo y las teorías de género, para que la mujer clarifique el dilema de la situación embarazo-aborto y las condiciones en las que lo enfrentó. Añadió que ADAS ofrece un espacio confidencial, respetuoso, con escucha atenta y sin juicios de cada mujer que protege y promueve los derechos sexuales y reproductivos.

#  Dispositivos intrauterinos y el aborto

Los dispositivos intrauterinos (DIUs) Paragard (de cobre), Mirena y Lilleta (con hormonas) son los anticonceptivo de emergencia más efectivos que existen. Funcionan hasta 5 día después de haber tenido sexo sin protección y te siguen protegiendo contra contra embarazos de 7 a 12 años (dependiendo del que elijas).

¿Qué tan efectivo es el dispositivo intrauterino (DIU) como anticonceptivo de emergencia?

El dispositivo intrauterino (DIU) baja tus chances de quedar en embarazo en más de un 99.9%, si te lo colocas hasta 5 días después de haber tenido sexo sin protección. Es el método anticonceptivo de emergencia más efectivo que hay. A diferencia de la pastilla del día después, que es el otro anticonceptivo de emergencia que hay, el DIU funciona igual de bien sin importar cuánto pesas. Para saber cuál anticonceptivo de emergencia funciona mejor para ti, contesta nuestro cuestionario (sólo disponible en inglés).

Una de las mayores ventajas de usar el dispositivo intrauterino (DIU) como anticonceptivo de emergencia, es que además te permite tener un anticonceptivo súper efectivo de 7 a 12 años (dependiendo del tipo que elijas). Entonces, una vez que te pongan el DIU, no tendrás que volver a pensar en los anticonceptivos de emergencia, hasta que dejes de usarlo.

¿Cómo se usa el dispositivo intrauterino (DIU) como anticonceptivo de emergencia?

Para que el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre funcione como anticonceptivo de emergencia, unx doctorx o enfermerx debe ponértelo máximo 5 días después de tener sexo sin protección. Llama a tu doctorx, a la clínica de planificación familiar o al centro de salud de Planned Parenthood más cercano a ti, tan pronto te des cuenta de que necesitas un anticonceptivo de emergencia. Llama lo más pronto que puedas, pues puede que sea difícil conseguir una cita médica de inmediato para que te pongan el DIU Paragard.

En tu cita médica, un doctorx o enfermerx te insertará el DIU en tu útero y eso es todo. No tienes que hacer nada más. Una vez que el DIU está en su lugar, obtienes un anticonceptivo de emergencia muy bueno, Y ADEMÁS, un método anticonceptivo de larga duración. Conoce más sobre el dispositivo intrauterino (DIU).

Si no puedes conseguir una cita para que te pongan el DIU hasta 5 días después de haber tenido sexo sin protección, toma una pastilla del día después (que en inglés se conoce como morning after pill) como ella o Plan B, tan pronto como puedas. Las pastillas del día después no son tan efectivas para prevenir un embarazo como el DIU, pero definitivamente son mejores que no hacer nada.

¿Cuáles son los efectos secundarios del dispositivo intrauterino (DIU)?

Tener problemas graves con el dispositivo intrauterino (DIU) es poco común: millones de personas lo han usado de forma segura.

Algunas personas tienen efectos secundarios molestos pero que no hacen daño, después de ponerse el DIU. Usualmente, estos desaparecen entre 3 a 6 meses, una vez que tu cuerpo se acostumbra a tener el DIU en el útero.

Todos los DIUs pueden causar dolor leve a moderado cuando te los ponen y cólicos durante algunos días después de que te lo insertan.

El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre puede causar efectos secundarios como tener periodos más abundantes y cólicos más fuertes. Mientras que con los DIUs hormonales hay más chances de que ocurra lo contrario, pues pueden hacer que tus periodos sean más ligeros, irregulares o que no te baje el periodo mientras usas el DIU.

Lee más sobre la seguridad y los efectos secundarios del DIU.

¿Dónde puedo conseguir un dispositivo intrauterino (DIU)?

Para hacer una cita médica para que te pongan el dispositivo intrauterino (DIU), llama a tu ginecólogx, a una clínica de planificación familiar o al centro de salud de Planned Parenthood más cercano a ti.

Un dispositivo intrauterino (DIU) puede costar entre $0 y $1,300. Este es un rango bastante grande pero la buena noticia es que los DIU pueden ser gratuitos o a bajo costo con muchos de los planes de seguro médico, Medicaid y otros programas del gobierno. Aún si el costo inicial del DIU es mayor al de otros métodos de planificación, en general suele ayudarte a ahorrar dinero a largo plazo, ya que es un método anticonceptivo muy efectivo que te protege de 7 a 12 años.

Planned Parenthood trabaja para ofrecer los servicios que necesitas, sin importar si tienes seguro médico o no. Muchos centros de salud de Planned Parenthood te darán una mano para ayudarte a cubrir tus gastos según cuánto ganes. Si te preocupa el costo, consulta en el centro de salud de Planned Parenthood más cercano a ti para ver si te pueden recomendar anticonceptivos de emergencia y otros métodos anticonceptivos que se ajusten a tu bolsillo.

#  Síndrome post –aborto

El efecto que el aborto produce en la salud mental de la mujer que lo vivencia, sobre todo si es provocado, es un tema preocupante. Numerosas investigaciones y la experiencia clínica demuestran que las reacciones psicológicas varían de una mujer a otra, pero que en ningún caso es inocuo. Las distintas investigaciones y la experiencia clínica describen desde reacciones ansiosas, depresivas, sentimientos de vacío y dolor, hasta un síndrome específico, el síndrome post-aborto, el cual presentaría casi las mismas características del estrés pos-traumático Profunda tristeza parecida a la depresión, ansiedad, inseguridad, autoestima devaluada, vacío existencial, autocastigo y nula capacidad de amar. Síntomas conocidos, pero causa desconocida; o peor aún, conocida pero silenciada, el post aborto.

Un tema complejo y controversial que la sociedad por un lado calla y por otro, promueve. Somete y es cómplice de 60 millones de abortos al año, trayendo como consecuencia no sólo daño físico, sino psicológico.

El 19% de las personas que abortan sufren del síndrome post aborto, una vivencia profunda y real que es experimentada cuando se tiene un aborto provocado, causado generalmente por una presión social que impone miedo y amenaza con la pérdida de aprobación y aceptación de la persona y su valía.

Se promete que con el aborto terminará la agonía del error, pero lo que termina es una vida y la felicidad misma; se desploma la persona y su alrededor. El miedo a perder lleva a negar una realidad y ésta, al error que desgarra.

Estamos en una sociedad que va en contra del derecho a la vida y no acepta equivocaciones. “Necesitamos estar más cerca, juzgarnos menos y aceptarnos más” maestra Susana Ochoa, académica de la Universidad Panamericana (UP). No importa el pasado, el tropiezo en el andar, sino la próxima página que escribiremos, la oportunidad de construir nuestra vida de nuevo. No callemos, que el silencio mata.

#  Punto de vista religioso y social

Sería nuestro mayor deseo que toda la discusión sobre la eticidad y la legalización del aborto, que probablemente se instaurará pronto en nuestro país, se desarrollase en un clima de serenidad y responsabilidad. El tema es demasiado grave y complejo para que se afronte con resentimientos y agresividades indebidas. Es un problema con graves implicaciones humanas y en el que es fácil incurrir en demagogias, presentando como verdades y argumentos definitivos y totales, lo que no son sino verdades parciales.

Desde nuestra fe cristiana nos oponemos al aborto porque consideramos que la vida humana, en todo su desarrollo, es un valor primero en toda escala de valores éticos, que debe ser salvaguardado; porque si existe una obligación de proteger y defender la vida humana, esta obligación es aún más urgente cuando se trata de una vida desamparada, que no puede hacer valer sus propios derechos. Porque pensamos, finalmente, que el valor de la vida humana es tan fundamental que debe ser cuidadosamente protegido, aun en aquellas ocasiones en que no existe absoluta certeza, aunque sí argumentos serios, que abogan por la calidad humana del embrión (como puede ser el comienzo del embarazo).

Uno de los primeros autores cristianos que se opuso claramente al aborto, Atenágoras (siglo II), lo hacía en los siguientes términos: «Nosotros afirmamos que las que intentan el aborto cometen un homicidio... ¿Porqué razón habíamos de matar a nadie? Porque no se puede pensar al mismo tiempo que lo que lleva la mujer en el vientre es un ser viviente y objeto, por tanto, de la providencia de Dios y matar luego al que ya ha avanzado en la vida.» Este planteamiento está muy presente en los primeros siglos de tradición cristiana. Uno de sus mejores exponentes es quizá Tertuliano (160-240): «También es hombre el que lo va a ser.» En contra del Derecho Romano, que sigue la concepción estoica, según la cual el feto es parte del cuerpo de la madre (mulieris portio vel viscerum), para el cristianismo, el nuevo ser que se está desarrollando en el seno de la madre no es un mero apéndice de aquélla, ni un mero proceso biológico, sino una realidad humana distinta, objeto ya de la providencia de Dios. En la formación de ese nuevo ser veían los primeros pensadores cristianos la acción de Dios. Veinte siglos de tradición cristiana seguirán esa misma línea de considerar al embrión o al feto como un nuevo ser humano, distinto de la madre.

¿Ha sido superado este planteamiento por las nuevas aportaciones de la ciencia, de la genética, de la embriología? ¿Es el embrión una parte o apéndice de la madre, sobre el que puede disponer libremente, ya que «cada persona es dueña de su cuerpo, y es ella la que tiene que determinar qué es lo que quiere hacer con él», como afirma el profesor Gimbernat? Hace poco decía una profesora universitaria que no puede admitir el aborto porque ha estudiado la carrera de biología. Es verdad. La ciencia ha dado la razón al cristianismo y no al Derecho Romano. El embrión no es, desde el momento de su formación, ni una parte del cuerpo de la madre, ni un «coágulo de sangre», ni una «cosa» de determinados milímetros (como afirma Gimbernat). Estos son planteamientos propios de la embriología greco-romana, que han sido totalmente superados por la biología actual.

# Opinión personal del tema

 Mi opinión sobre el aborto es que las mujeres no deben de abortar si es que en realidad no quieren tener hijos entonces no deben resumir tal necesidad y además se deben proteger por el aborto trae consecuencias como las mujer son tan débiles además si no usas las píldoras de aborto correctamente es probable que tengas contracciones de abortar las píldoras que el doctor te de la tienes que usar perfectamente algunas píldoras son más fuertes .

La discusión sobre la despenalización del aborto es actual, tanto en México como en el resto del mundo. Este artículo analiza la actitud de las mujeres que se han practicado un aborto respecto a la legislación sobre la interrupción voluntaria el embarazo. Se realizó una encuesta a 47 mujeres y los resultados nos muestran que el 38.3% de las mujeres consideraban que el aborto debería legalizarse, un 12.8% sólo bajo algunas circunstancias, pero el 42.6% de las mujeres consideraban que esta práctica no debería ser despenalizada, a pesar de que ellas mismas se habían realizado un aborto. La opinión de la mujer respecto a la legalización del aborto cambia conforme a la edad; en esta muestra: a mayor edad, mayor probabilidad muestran para apoyar la legalización del aborto.

Lesvia Aracely Guarcax Quisquina

 trabajo realizado