



Hon. Aponte Rosario
Presidente
Comisión de lo Jurídico
Camara de Representantes Puerto Rico

5 octubre 2022

MEMORIAL EXPLICATIVO EN REPRESENTACIÓN DE NYDIA E. BARREIRO SOTOMAYOR, CONSEJERA PROFESIONAL LICENCIADA Y MOTIVA, DBA

Referido a la Comisión de lo Jurídico Cámara de Puerto Rico

P. de la C. 1084

"Ley para la Protección del Latido Cardíaco del no nacido en Puerto Rico"

Mi nombre es Nydia E. Barreiro Sotomayor, egresada la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, con Bachillerato en Artes de la Educación, Maestrías en Currículo & Instrucción y Consejería Profesional de la Universidad Interamericana. Consejera Profesional Licenciada Num. 4220, con práctica de la profesión en el Albergue de Víctimas y Testigos Departamento de Justicia División de Protección. Certificada en Traumatología Clínica, Tanatología, Terapia Cognitiva Conductual, Coaching Educativo, "Character Education", "Abstinence Education" & "Positive Behavior Intervention Support". Estudiante doctoral de Neuroteología Cristiana y Capellana Comunitaria. Consultora de Servicios Profesionales como MOTIVA, DBA, dedicándome a motivar y capacitar a padres, maestros, estudiantes, organizaciones y público en general. Autora del libro "Experiencia Cumbres Espirituales: Transformando Vidas", "Cuando el Alma Habla el Mundo Calla" y la "Propuesta Nacional de Responsabilidad Personal, Social & Valores".

Agradezco la oportunidad que me hayan permitido estar aquí con esta Honorable Comisión para compartir mi sentir como profesional de la conducta y conocedora del

tema, sobre los efectos psicológicos devastadores del aborto en la mujer en cuanto a la P. de la C. 1084.

Me dirijo a esta honorable asamblea para presentar mi posición como Consejera Profesional, sobre el derecho que tiene no nacido en el vientre de su madre para nacer y el efecto psicológico devastador que tendría en la mujer que aborta, mientras mas joven peor.

Investigaciones de Efectos Emocionales del Aborto

La proporción de los adolescentes que han reportado estar activos sexualmente, ha aumentado establemente desde los 1970's. La proporción de féminas entre las edades de 15-19 años, ha reportado un aumento de 26.6% en 1970, a 51.5% en el 1988, con el porcentaje de las edades de 15 años aumentando de un 4.6% a 25.6% durante este período.

Data en el 1988 del "National Survey of Adolescent Males", indica que el 64% de varones entre las edades de 15-18 años ha tenido sexo al menos una vez. Sin embargo los adolescentes, tienden a no usar contraceptivos hasta un año luego de comenzar a estar activos sexualmente. Jóvenes intervenidos en las clínicas de planificación familiar, han expresado tener miedo que los padres se enteren de su visita a la clínica, miedo a los exámenes pélvicos y miedo a las consecuencias de salud que puedan tener los contraceptivos en su retraso. Este grado de tener sexo sin contraceptivos, ha causado que anualmente hayan quedado embarazadas sobre 1 millón de mujeres menores de 20 años. Aproximadamente el 50% tienen su bebé, mientras que el 40% aborta a sus fetos. Los nacimientos de estas jóvenes madres, aumenta el riesgo de muerte durante el alumbramiento y subsecuentemente, problemas económicos y educacionales. Los niños que nacen de estas madres, tienen riesgos similares y en adicción, la posibilidad de estar bajo peso y criando los infantes en su adolescencia. El embarazo en adolescentes y crianza trae un gran peso social y costo público. Los médicos, consejeros, legisladores y público en general deben realizar como quiera, que esta sexualidad en adolescentes tiene una consecuencias alarmentes en los males sociales. De mayor preocupación es el continuo descenso de nacimientos en adolescentes que comenzó en los 1970's y el reciente aumento en adolescentes menores. Central a estos cambios, es la continua disminución en edad en que los jóvenes comienzan a tener sexo y el retraso en la utilización de contraceptivos. 18% de los adolescentes que han tenido sexo en E.U., lo han hecho antes de los 15 años de edad y el 66%, antes de los 19, solo un 33% de los que están activos sexualmente, utilizan contraceptivos. Aunque tienen niveles similares de

actividad sexual entre los países, E.U. tiene el mayor porcentaje de embarazos, nacimientos y abortos que Canadá, Francia, Holanda, Inglaterra y Suecia.

Los esfuerzos de EU para prevenir embarazos no deseados entre los jóvenes ha sido comparablemente débil. Los Pediatras están en una buena posición para hablar de las realidades de la sexualidad entre adolescentes, educar a los jóvenes sobre su sexualidad y promover acceso a estos adolescentes a contraceptivos. Estos Pediatras, también están preparados para motivar una discusión sobre estos asuntos entre sus clientes varones que mayormente evitan buscar contraceptivos en los lugares de planificación familiar.

Los riesgos de morbilidad y mortandad, afecta la decisión de los adolescentes, entre terminar un embarazo, inducir un aborto y continuar el embarazo. Para identificar estos riesgos, hemos analizado la información de dos fuentes de datos por separado, el "Centers for Disease Control", que tiene un Programa Unido para el Estudio sobre el Aborto, un estudio prospectivo de aproximadamente 165,00 abortos inducidos legalmente; y la vigilancia nacional de mortandad relacionada con el aborto. El rango de mayor complicación asociado con los abortos en adolescentes es de 1-3 por cada 1000 en procedimientos de curetaje de succión y aproximadamente 13 por cada 1000 en procedimientos de administración salina. El caso de muertes en mujeres adolescentes fue de 1.3 por cada 100,000 procedimientos. Cuando la data de los procedimientos es ajustada de acuerdo a la edad gestacional, las adolescentes tenían un rango mas bajo de morbilidad y mortandad que los abortos inducidos en mujeres mayores. (N Engl J Med 1983; 309:621-4.)

En el 2011, Priscilla K. Coleman publicó un meta-analisis de investigación sobre los efectos emocionales del aborto que fue publicado entre el 1995 y 2009. Ella llegó a la conclusión y con literatura del AMRC: "...los resultados revelan un aumento en riesgo de problemas de salud mental luego de un aborto" (Coleman 2011). Este resultado fue descartado por el AMRC, sin embargo, por "un número de problemas metodológicos... fueron identificados, lo que trae el cuestionamiento de ambos resultados y conclusión." En cuanto a los problemas metodológicos, Coleman no controló, si las mujeres que tuvieron abortos, tenían previos problemas de salud mental. (AMRC, 2011).

En el 2008, el "American Psychological Association's Task Force on Mental Health and Abortion" (TFMHA) evaluó estudios empíricos sobre los efectos emocionales del aborto que han sido publicados desde el 1989. Concluyó:

- El riesgo relativo de problemas mentales no es mas grande en mujeres adultas, que resuelven terminar su embarazo no planificado, eligiendo un aborto en el primer trimestre , que aquellas que dan nacimiento.
- Terminar un embarazo deseado, esta asociado con experiencias negativas sicológicas, en comparación con aquellas asociadas con la muerte de un recién nacido – pero menos severa que aquellas mujeres que experimentaron un nacimiento de un niño con anormalidad severa.
- Cualquier asociación entre múltiples abortos y problemas emocionales, puede ser por factores co-ocurrentes-circunstancias, condiciones y conductas - que pueden haber pre-dispuesto a la mujer a tener ambas, múltiples embarazos no deseados y problemas mentales.(TFMHA).

Alrededor del 20% de los abortos en E.U. son en adolescentes.(1) El aborto en adolescentes ha estado relacionado con un número de problemas físicos y sicológicos, incluyendo abuso de drogas y alcohol. (2) ideas y atentados suicidas,(3) otras conductas auto-destructivas.

Comparado con mujeres que abortan de adultas, las mujeres que abortan en su adolescencia, significativamente reportan mas heridas emocionales severas en relación a su aborto.(4) Este hecho está corroborado por el hecho de que mujeres que abortan en su adolescencia participan desproporcionadamente en mayor número a programas post-aborto. (5) En el estudio WEBA de mujeres post-abortivas, por ejemplo, mas del 40% de las mujeres eran adolescentes al momento de su aborto.(6)

Riesgos Sicológicos

Comparativa de mujeres que tuvieron su aborto en la adultez, adolescentes que abortan:

- 2-4 veces mas propensas a cometer suicidio.(7)
- Mas propensas a desarrollar problemas sicológicos.(8)
- Mas propensas a tener relaciones problemáticas.(9)
- Generalmente necesitan mas consejería y orientación sobre el aborto.(10)
- 3 veces mas propensas a ser admitidas a un hospital de salud mental que las mujeres en general.(11)

Los estudios han demostrado que los mayores factores para la toma de decisiones de embarazo entre adolescentes son: actitud de los padres del adolescente, el padre del bebe, círculo de amistades, personalidad del adolescente, atitudes culturales y política pública sobre el aborto y su entorno.(12) Comparado con mujeres adultas, las adolescentes son mas propensas a abortar por la presión de los padres y/o su pareja sexual(13), poniéndoles en un mayor riesgo de efectos psicológicos adversos luego del aborto.

Las adolescentes han reportado querer quedarse con su bebe, mayores niveles de sentirse mal informada en la consejería pre-aborto, menos satisfacción con los servicios de aborto y estrés post-aborto.(14) Reportan que el proceso de aborto es estresante y está asociado con sentimientos de culpa, depresión y sentido de soledad.(15) Investigadores han encontrado en los reportes, que las mujeres mas jóvenes, han sentido mucho mas dolor severo durante el aborto por sus grandes niveles de ansiedad y miedo antes del aborto.(16)

Las mujeres mas jóvenes han tenido mas dificultad ajustándose a sus abortos. Un estudio encontró que las abortivas adolescentes son mas propensas a reportar pesadillas severas luego del aborto y tener un mayor número en las características antisociales, paranoia, abuso de drogas y delirios psicóticos, que las mujeres adultas abortivas. Las adolescentes también son mas propensas a utilizar estrategias imaturas para lidiar con sus problemas, como negación, proyectándose en otros y "acting-out", mas que las estrategias que utilizan las mujeres adultas.(17)

Otro estudio encontró que menos de 1/4 de las adolescentes pudieron lograr un proceso psicológico saludable luego de su aborto y muchas continuaban repitiendo su trauma a través de un ciclo de repetidos embarazos y abortos.(18) Un estudio encontró, que aproximadamente, el 59% de las adolescentes que han experimentado una pérdida de embarazo-generalmente por aborto inducido- vuelven a caer embarazadas en los próximos 15 meses.(19) Otro estudio, encontró que el 18% de las adolescentes que han tenido abortos, vuelven a estar embarazadas en dos años.(20)

Estos embarazos repetidos, usualmente son síntoma de mujeres jóvenes "acting-out" situaciones no resueltas sobre su aborto, en su deseo de "replazar" un embarazo perdido con otro bebe. Desafortunadamente, estos "replacement babies", también usualmente son abortados, porque la mujer enfrenta las mismas presiones que tuvo la primera vez y algunos casos, mas presión. Por ejemplo, en un estudio en New York City, se encontró que las adolescentes que

tenían abortos previos, tenían 4 veces mas posibilidad de abortar que las jóvenes experimentando su primer embarazo. (21) Otro estudio de aborto en adolescentes en Los Angeles, encontró que 38% de las adolescentes, han tenido un aborto y un 18% habían tenido dos abortos en el mismo año.(22)

Algunas veces la adolescente que ha sido traumatizada, va a escoger el aborto como una forma de auto-castigo o como un atentado inconsciente de resolver su trauma repitiéndolo. En otros casos, puede estar esperando continuar su embarazo, pero se siente presionada por sus padres o pareja a hacerse un aborto como si "fuera lo mejor para todos". En otro ejemplo muy penoso, una adolescente, reportó haber sido forzada por su madre a abortar cuatro veces, hasta que finalmente insistió en quedarse con su quinto bebe.(23)

Las adolescentes abortivas tienen dos veces mas probabilidad de experimentar mas laceraciones cervicales, comparado con las mujeres adultas.(24) Este riesgo aumenta, porque las adolescentes tienen una cervix mas pequeña, esto hace que sea mas difícil la dilatación o el agarre con los instrumentos.

Las adolescentes también tienen mas riesgos de infecciones post-aborto, como el (PID) Post Inflammatory Disease y endometriosis (inflamación del útero), que puede ser causado por alguna enfermedad de transmisión sexual en el útero durante el aborto o micro-organismos en los instrumentos quirúrgicos que son insertados en el útero.(25) Investigadores creen que las adolescentes son mas susceptibles a infecciones, porque su cuerpo no está completamente desarrollado y no producen los patógenos que se encuentran en la mucosidad cervical de mujeres mayores, que las protegen de infecciones.(26)

Otros estudios han demostrado que mujeres jóvenes que han tenido (PID) anteriormente o que han tenido previos embarazos a termino completo, son mas propensas a tener infecciones post-aborto.(27) En adición, como las adolescentes son menos propensas a tomar antibióticos recetados o a seguir un régimen de tratamiento médico, tienen mas riesgo de infección, infertilidad, hysterectomía, embarazo ectópico y otras complicaciones serias.(28)

Como las adolescentes tienen mas posibilidad de abortar en su primer embarazo, tienen que enfrentar otros riesgos también. (29) Como un hecho, investigaciones han encontrado que un embarazo completo a edad temprana, reduce el riesgo de cancer del seno, pero un aborto inducido de un primer embarazo, aumenta la posibilidad de

cancer de seno de un 30-50% de riesgo.(30) En adición, adolescentes abortivas, pierden el efecto protector de tener un embarazo completo a temprana edad, reduciendo el riesgo de cancer de seno.

El "Centers for Disease Control", ha reportado que el 30% de los abortos en adolescentes, ocurre a las 13 semanas de gestación, comparado con 12% de abortos en general.(31) El alto rango de abortos en termino tardío entre adolescentes, es un síntoma de como se sienten atrapadas en abortos que no pueden evitar.

Mujeres que tienen abortos en término tardío, usualmente lo retrasan precisamente porque tienen sentimientos encontrados sobre la decisión o se sienten poco satisfechas con la decisión, tienen objeciones religiosas o morales sobre el aborto, tienen una actitud favorable hacia el bebe, que mujeres que tienen abortos en el primer trimestre.(32) Una gran ambivalencia aumenta en las mujeres que resisten el consejo y la presión de otros a abortar por un largo tiempo, esperando obtener mas apoyo con cada semana que pasa, esperando el apoyo para quedarse con su bebe.

Respecto a esto, las encuestas han encontrado consistentemente que los adolescentes tienen mas actitudes Pro-Vida y Anti-Aborto , que las mujeres mayores, lo que ayuda a explicar el mayor porcentaje de long-term abortion en adolescentes que en mujeres mayores. Sin duda, otro factor es que las adolescentes, son mas dispuestas a aceptar su embarazo, ya sea por verguenza o en un esfuerzo de no verse presionadas a un aborto no deseado. Después de todo, muchas adolescentes saben por adelantado, que sus padres y/o pareja van a apoyar solo una opción: abortar, pero adolescentes que aceptan su embarazo, no están a salvo de la presión para abortar.

Como el aborto es legal durante los nueve meses de embarazo, nunca es muy tarde para que los padres y/o otras personas comiencen a presionar a la jóven a abortar, tan pronto su embarazo sea descubierto y/o revelado.

Los abortos de largo-termino y todos los factores relacionados con la ambivalencia de este atraso, reconocimiento de embarazo y sentirse presionadas a abortar, están significativamente asociadas con mas problemas psicológicos severos después del aborto.(33) Adolescentes que abortaron en el segundo y tercer trimestre, también enfrentan un mayor riesgo de complicaciones físicas, incluyendo un mayor número de endometritis.(34) adhesiones intrauterinas, PID, incompetencia cervical, abortos subsecuentes, embarazos ectópicos, ruptura del útero y muerte.(35) En adición, la dilatación y extracción de abortos, frecuentemente en el segundo trimestre, está

asociado con el nacimiento de bajo peso en los embarazos subsecuentes, (36) esto puede causar varios problemas de salud y de desarrollo para el bebe, incluyendo "cerebral palsy".(37)

El instituto pro-aborto, "Alan Guttmacher Institute", estima que aproximadamente el 40% de los abortos en adolescentes ocurren sin el involucramiento de los padres.(38) Como resultado, padres de adolescentes, no tienen previo conocimiento por adelantado de las complicaciones físicas y/o emocionales que sus niños pueden experimentar. Cuando el aborto causa reacciones emocionales subsecuentes que no son entendidas- como la depresión, coraje y/o abuso de sustancias- los padres pueden reaccionar con coraje y confusión, exacerbando los problemas del adolescente y su familia.

El costo de esta situación puede ser alarmantemente alto. Ambos la jóven de 16 años Erica Richardson de Maryland y la jóven de 13 años Dawn Ravanell de New York, murieron de complicaciones luego sus abortos, sin informar a sus padres.(39) Sandra Kaiser, una jóven de 14 años de St. Louis, con historial de problemas siquiátricos, se suicidó tres semanas después que su media hermana la llevara a hacerse un aborto, sin decir nada a la madre de su madre.(40)

Tristemente , los seguidores del movimiento abortísta, siguen luchando contra leyes que pudieran prevenir este tipo de tragedia. Mas recientemente, el movimiento aborcionista, se ha opuesto vigorosamente a los intentos del Congreso para pasar legislación, que haría una ofensa federal, a cualquier persona que evadiera el consentimiento parental, llevando al adolescente a otro estado a hacerse el aborto, donde no está establecida esta ley. Esta legislación no prevendría todos los abortos de adolescentes, pero al menos protegería el derecho de los padres y sus hijas.

Como es demostrado anteriormente, numerosos estudios ha encontrado, que comparado con mujeres mayores, las mujeres mas jóvenes -especialmente adolescentes- tienen significativamente mas altos riesgos de complicaciones físicas y psicológicas luego de un aborto. Pero esta información no es generalmente conocida por el público, ni los padres que presionan a sus hijas a abortar. En muchos casos, los padres realmente creen que estan protegiendo y ayudando al futuro de sus hijas. No tienen idea que el trauma físico y psicológico les estará lacerando sus vidas para siempre. Tampoco las clínicas de aborto, han mostrado interés en revelar los peligros secretos del aborto, explicar toda la gama de riesgos que tiene para las adolescentes, sus padres o tribunales, donde los jueces toman el lugar de los padres de la adolescente.

El aborto está lleno de peligros y riesgos, especialmente en mujeres mas jóvenes, especialmente en riesgos mas altos de sufrir complicaciones físicas y sicológicas. El negocio engañoso de las prácticas de clínicas de aborto-que esconden los riesgos en jóvenes adolescentes, sus padres y hasta los jueces, no es menos que criminal.

De acuerdo a un estudio publicado en el *Journal of Youth and Adolescence*, este estudio encontró que jóvenes adolescentes que abortaron embarazos no deseados, son 5 veces mas propensas a buscar ayuda sicológica y problemas emocionales que aquellas contemporarias a ellas que terminaron su embarazo por todo el termino.[1]

La Dra. Priscilla Coleman, investigadora sicológica en "Bowling Green State University", también encontró que las adolescentes que tuvieron abortos, son 3 veces mas sucestibles a reportar dificultad para dormir y 9 veces mas en reportar subsecuente uso de marihuana. Los resultados fueron recogidos luego de examinar 17 variables control, como el historial de salud mental y factores familiares que pueden influenciar la salud mental. La data fué sacada de un estudio longitudinal de adolescentes através de E.U., que participaron en dos series de entrevistas en el 1995 y el 1996. Alrededor del 76% de las adolescentes que tuvieron aborto y 80% de las adolescentes que completaron su embarazo hasta el nacimiento eran de las edades de 15-19 años durante la entrevista, con el resto siendo menores. Este estudio es particularmente importante, porque examina el "desear", en adición a gran número de otras variables.

Através de numerosos estudios en los últimos años, han concluído un mayor rango de problemas mentales y conductuales asociados con el aborto, comparado con el completar el embarazo hasta el nacimiento. Pero los abortísta generalmente han desechado estos resultados, insistiendo que a pesar de que las mujeres que abortan tienen peores consecuencias que las que terminan su embarazo hasta el nacimiento, siguen siendo un subgrupo importante de mujeres que llevan su embarazo al termino de su nacimiento. El estudio Coleman, dirige este argumento que demuestra que los hechos no apoyan las especulaciones de los abortísta.

De acuerdo al Guttmacher Institute, que sigue las estadísticas de aborto através de E.U., alrededor de 1/4 de los abortos que se hacen todos los años son de jóvenes menores de 20 años.

Estudios previos han encontrado que mientras mas jóven es la paciente mayor es la probabilidad de encontrar dificultades para lidiar con el aborto en comparación con mujeres mayores. Una de las razones detrás de todo esto puede ser que las adolescentes

están siendo mas presionadas a tener abortos no deseados o tener el aborto mas tarde en el embarazo, que carga con mas grandes riesgos y complicaciones físicas y psicológicas. En el estudio 2004 Medical Science Monitor de mujeres que han tenido abortos, se encontró que el 64% de las mujeres americanas se sintieron presionadas a tener el aborto. Coleman indicó que en adolescentes, la presión probablemente viene del hecho de que todavía no están preparadas para ser madres y que el aborto es utilizado alrededor de ellas como la mejor solución. "Cuando las mujeres sienten que han sido forzadas a un aborto por otros o por las circunstancias, los resultados negativos post-aborto son mayores", Coleman escribió. "Las adolescentes generalmente están mucho menos preparadas a asumir la responsabilidad de crianza y por lo tanto se ven mas presionadas a abortar". Esta presión puede ser aún mas intensa para víctimas que han sido víctimas de abuso sexual y cuando el negocio que hace el aborto encubre el acto sin hacer preguntas sobre el abuso. Coleman puntualizó, que aunque tener un niño en la adolescencia puede ser problemático, "los riesgos terminándolo puede ser aún mas pronunciados".

Estudios previos en adolescentes y aborto han encontrado:

- Adolescentes son 6 veces mas propensas a cometer suicidio si tienen un aborto en los últimos 6 meses que las adolescentes que no han tenido abortos.
- Adolescentes que abortan son 4 veces propensas a cometer suicidio que las adultas que abortan y la historia del aborto está mayormente asociada con las ideas suicidas del adolescente.
- Adolescentes que abortan están mas propensas a desarrollar problemas psicológico y cerca de 3 veces mas propensas a ser admitidas a un hospital mental que otros adolescentes en general.
- Adolescentes que abortan son 2 veces mas propensos a utilizar y abusar de alcohol, marihuana, o cocaína.
- Adolescentes son mas propensas a abortar por la presión de sus padre o pareja, mas propensas a reportar que han sido mal informadas en la consejería pre-aborto y tienen mas dificultad para lidiar con la vida luego de el aborto.

Otros estudios comparando los resultados del aborto, versus nacimiento de embarazos no deseados, han encontrado tasas mas altas de depresión clínica, ansiedad, abuso de sustancias entre mujeres que abortaron, mientras otros estudios, también encontraron que mujeres que abortan, están en mayor riesgo de suicidio, problemas psiquiátricos, síntomas de estrés post-traumático y desordenes de sueño, que están ligados al trauma.

Más recientemente, los autores de reciente "New Zealand Study" (liderado por un investigador abortista), escribió en su papel que, "No hay evidencia en esta investigación que sugiera que los embarazos no deseados que llegan al nacimiento, estén asociados con el riesgo a problemas mentales de salud o que el aborto mitiga los riesgos de problemas de salud mental en mujeres que tuvieron un embarazo no deseado".

Y mientras, estudios previos han sido grandemente criticados por incompetencias en metodología, estudios que han salido en los últimos años, han estado diseñado a dirigir esos problemas y han sido llevados a escrutinios vigorosos de paneles de revisión antes de ser publicados. "La evidencia científica ahora es fuerte y creíble", dijo Coleman. "El aborto posee más riesgos a las mujeres, que llegar a su nacimiento completo." Mientras, se ha llegado a asumir por largo tiempo, que esos problemas están relacionados con problemas de salud mental existían antes del aborto, en un estudio a larga escala en "New Zealand", encontró que este no era el caso. La teoría "standard", ha sido que mujeres que tienen problemas para lidiar luego del aborto, han estado probablemente inestables y que por eso es que sería peor si siguieran con el embarazo.

Los investigadores en "New Zealand" pensaron que su estudio confirmaría esta teoría, por esto, específicamente pusieron que uno de los controles, problemas de salud mental pre-existentes. Sin embargo, lo que encontraron fue, que mujeres que estaban mentalmente estables antes del aborto, como quiera estaban más propensas a experimentar problemas de salud mental después del aborto.

Aunque la tasa de embarazos entre adolescentes Americanas, ha caído establemente en las últimas décadas, entre los países desarrollados, E.U. sigue siendo el país con más tasa de embarazos y nacimiento en adolescentes.

En su escrito, Coleman señaló la necesidad de más investigación referente a este asunto. Ella puntualizó, que mientras "cientos de miles" de adolescentes experimentan embarazos no deseados cada año, su estudio es solo uno de varios que examinan el impacto del aborto en mujeres, versus el impacto de cargarlos hasta completo término, todos que indican que las consecuencias son mucho peor en el aborto.

Coleman y otros investigadores en esta área han puntualizado que profesionales médicos y de salud mental, necesitan estar actualizados sobre los riesgos del aborto y presentar a las mujeres y adolescentes, información sobre los efectos físicos y psicológicos de este procedimiento.

Las prueba que esta emergiendo, enseña que el aborto lleva a consecuencias negativas en mujeres, independientemente de que el embarazo fué planificado o deseado. De hecho, ningún estudio ha demostrado estadísticamente los beneficios asociados con el aborto, comparado con el nacimiento. En términos de maximizar la salud y bienestar de la mujer, la evidencia científica, indica convincentemente que el nacimiento es preferible al aborto.

Existe controversia sobre los riesgos psicológicos asociados con embarazos no deseados y abortos consecutivos. Evidencia de un estudio dirigido a medir la salud psicológica de adolescentes luego de un aborto hasta las 12 semanas de embarazo, encontró:

Diseño: Estudio de Grupo Control.

Lugar: Este estudio fué hecho en: "Gynecology and Obstetrics, University Clinical Center Tuzla, in Bosnia-Herzegovina.

Participants: Se investigaron 2 grupos de mujeres adolescente. La media (SD) de edad de los participantes fué de 17.7 (1.5) años que experimentaron actividad sexual entre las edades de 14-19 años con experiencias traumáticas, presencia de ansiedad post-trauma, depresión y ansiedad como estado y ansiedad como característica. Sesenta adolescentes que han tenido aborto intencional artificial y 60 que tuvieron actividad sexual pero no cayeron embarazadas.

Medidas de Resultados Mayores: Se utilizó el Cuestionario PTSD, el Inventario de Depresión de Bech y el Inventario de Ansiedad Spielbergrt, Inventario de Ansiedad (Forma Y), para medir la ansiedad en adolescentes. La data socio-demográfica también fue recolectada.

Resultados: PTSD se presentó mucho mas significativamente en adolescentes que abortaron el embarazo (30%), que los adolescentes que no abortaront (13.3%) (odds ratio = 4.91 (95%CI 0.142-0.907) P = 0.03). La **Ansiedad** como característica, fué significativamente mas alta en el grupo de aborto, como media (SD) puntuacion de ansiedad fué 59.8 (8.9), 57.9 (9.7) respectivamente, que en el grupo de los que no abortaron 49.5 (8.8), 47.3 (9.9) respectivamente (t = 6.392, P < 0.001; t = 5.914, P < 0.001, respectivamente). Los adolescentes que abortaron el embarazo, fueron significativamente mas altos en los síntomas de depresió severa 29.2 (5.6) que los del control 15.2 (3.3) (t = 8.322, P < 0.001), y presentaron significativamente mas depresión (75%), que adolescentes que no abortaron (10%) (χ^2) = 53.279, P < 0.001). Logistica de regresión mostró que solo experiencias que amenazan la vida y/o herida de otra

persona, predice PTSD, mientras el aborto y experiencias que amenazan la vida y/o herida de otra persona, predice depresión.

Conclusión: Adolescentes que abortan el embarazo, presentan significativamente mayor prevalencia de PTSD y Depresión y significativamente mayor grado de depresión severa y ansiedad como estado y rasgo que aquellas que no abortaron. El aborto predice la depresión solamente, y no predice el PTSD.

Copyright © 2012 North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

En otro estudio durante el período de 1995-2007, a un total de 84,620 jóvenes y mujeres que tuvieron aborto de primer trimestre inducido. De estas jóvenes y mujeres, 868 (1.0) tuvieron un contacto siquiátrico (ayuda "Inpatient o Outpatient" cuidado siquiátrico) durante 9 meses antes del aborto y también 1277 (1.5%) dentro de 12 meses después del aborto. La incidencia de contacto siquiátrico fue de 14.6 (95% intervalo de confianza)[CI], 13.7 a 15.6) por cada 100 personas años antes del aborto y 15.2 (95% CI, 14.4 a 16.1) por cada 1000 personas años después del aborto.

En el mismo periodo del estudio, un total de 280,930 jóvenes y mujeres dieron en nacimientos a su primer bebé. De estas jóvenes y mujeres, 790 (0.3) tuvieron su primera intervención siquiátrica 9 meses antes del nacimiento, como 1916 (0.7%) de 0 a 12 meses luego del embarazo. La incidencia de contacto siquiátrico fue 3.9 (95% CI, 3.7 a 4.2) por cada 1000 años antes del nacimiento y 6.7 (95% CI, 6.4 a 7.0) por cada 1000 personas luego del nacimiento.

El riesgo de contacto siquiátrico no difiere significativamente antes y después del aborto ($P=0.19$), pero el riesgo luego del nacimiento fue significativamente mayor antes del nacimiento ($P<0.001$).

En otro estudio encontraron que el embarazo durante la adolescencia es un factor de riesgo de consecuencias médicas y psicológicas adversas, incluyendo enfermedad siquiátrica. La enfermedad siquiátrica está conectada con complicaciones obstétricas con funcionamiento maternal ineficiente en el período post-nacimiento. Este artículo provee una revisión comprensiva de investigación examinando la intersección de la psicopatología y el embarazo en adolescentes y el período post-nacimiento.

Ellos buscaron literatura coducida por PubMed (Medline), PsycINFO, and CINAHL de artículos publicados entre 1990 y 2013 que examinó la depresión, ansiedad, desorden

bipolar y psicosis durante el embarazo y el período post-parto en adolescentes de 21 años o menores. Los artículos fueron seleccionados de los siguientes tópicos: Prevalencia o Incidencia, Comorbidad, Correlaciones Sico-sociales, Resultados de Nacimientos, Crianza Parental, Resultado en los Niños y Tratamiento Sico-social. Cuarenta artículos fueron encontrados y revisados.

El resultado fue una búsqueda sustancial de examinación de síntomas depresivos auto-reportados en adolescentes durante el embarazo y el período de post-parto. Existe investigación sugiriendo que embarazadas y padres adolescentes están en mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos que mujeres adultas embarazadas y/o en el período de post-parto. La depresión en el período perinatal también tiene como factor de riesgo el abuso de alcohol y drogas y un estilo más fuerte de crianza en adolescentes.

Áreas de investigación futura en esta población incluye investigar la prevalencia, correlaciones sico-sociales y resultados de los clínicamente diagnosticado con un Trastorno de Depresión Mayor, desarrollando y validando empíricamente los tratamientos psicoterapéuticos y enfoques en otros diagnósticos psiquiátricos como el trastorno bipolar, ansiedad y psicosis.

En otra investigación por la Dra. Martha Shuping (2016), "*Counterpoint: Long-Lasting Distress after Abortion*".(pp.153-177). La doctora indica que algunas mujeres reportan que no tienen ninguna angustia luego de hacerse un aborto, pero que alguna, si reportan angustia.

En 1973 cuando cursaba estudios, Shuping sirvió de consejera voluntaria en una clínica para que mujeres de bajos recursos pudieran obtener un aborto. en su entrenamiento, le informaron que el aborto no tenía ningún riesgo y como ella no tuvo contacto con las mujeres que se hacían el aborto luego del procedimiento, no supo de ninguna angustia de las pacientes hasta muchos años después.

Como una residente en psiquiatría en el 1985, se le asignó una paciente que había sido hospitalizada por una depresión severa luego de un aborto. Ella estaba casada, financieramente segura y había estado embarazada con un niño que quería, pero su esposo no quería otro niño y su pastor le aconsejó que se sometiera a los deseos de su esposo.

La paciente le informó que antes del aborto, ella estaba bien, pero que después del procedimiento, experimentó una severa depresión y culpabilidad. En ese momento, la

doctora aprendió que no todo el que se hace un aborto, realmente lo desea y que el resultado puede ser una angustia severa, no había duda que su angustia, depresión y culpabilidad, estaba directamente relacionada con el aborto.

En el libro del "*National Abortion Federation*". (Baker, Beresford, Halvorson-Boyd, & Garrity, 1999), se identificaron las reacciones negativas (p. 28-29) que algunas mujeres tienen luego de un aborto. Algunos son *síntomas de trauma: pesadillas sobre bebés, insomnio, emoción de culpa negativa, coraje, inutilidad, vergüenza, bloquear la experiencia, evitar cosas generen recuerdos del aborto, abuso de sustancias, relaciones con parejas abusivas, pensamientos suicidas, intranquilidad de pensamientos de ser una mala persona y otros comportamientos auto-destructivos.*

Aunque la mayor parte de los investigadores concuerdan que estas reacciones pueden ocurrir, quedan preguntas sin resolver por la anchura del problema, que puede ser más grande que los clínicos pueden realizar. La angustia para algunas puede ser de larga duración. En la experiencia clínica de Shuping, ella ha trabajado con mujeres desde adolescentes hasta adultas y más de ochenta (80) continúan con angustia, que atribuyen muchos años después, al aborto.

El aborto es una *Experiencia* que marca a la mujer e indirectamente al hombre para siempre, porque le sucedió en su vida. El *APA Task Force*, ha identificado el aborto, como una *Experiencia Traumática* para algunas mujeres.

Shuping(2016), examina la evidencia de que muchas mujeres sufren angustia de larga duración luego de un aborto:

Criterio Diagnóstico PTSD:

En el 2013, el *American Psychiatric Association* publicó la 5ta edición de su diagnóstico en el *Manual DSM-5*. Para diagnosticar el PTSD, tiene que haber varios síntomas asociados con el trauma luego de ocurrir.

En un artículo sistemático de PTS y PTSD asociado con la pérdida reproductiva (aborto elegido o involuntario), utilizando las frases de las mujeres y comentarios de un *Evento de Muerte*, como criterio para el PTSD que comienza con una "*exposición actual o amenaza de muerte, lesión seria o violencia sexual*" (*American Psychiatric Association, 2013, p. 143*).

Hay mujeres que a veces ven el feto durante el aborto (Slade, Heke, Fletcher, Stewart, 1998; Speckhard, 1997; Urquhart & Templeton, 1991). Esto puede ser "directamente experimentando el evento traumático" o "ser testigo en persona lo que ocurre en otro" (p.143), lo que puede hacer que la mujer vea el aborto como una muerte humana, aunque no haya tenido un apego (Speckhard, 1997). Ver el feto estaba asociado con un aumento en los síntomas de PTSD (Slade, et al.,1998). Si la mujer ha visto o sentido algo en ella, puede ensanchar su percepción de una muerte de un ser humano y su experiencia subjetiva es suprema. Si percibe el feto como humano, su pérdida puede ser experimentada como la muerte de su propia criatura. (Speckhard & Rue, 1992, p.107).

"Yo no se como es posible, pero yo sentí cuando mi bebé murió. Yo sentí cuando su vida fue aspirada fuera. Fue horrible. Nunca me había sentido tan vacía". La experiencia de una muerte fetal no es la única fuente de trauma, el sangrado y el dolor se puede percibir como un trauma por la mujer. (Burke & Reardon, 2002, Suliman et al.,2007; Speckard, 1997; Speckhard & Rue, 2012).

Sintomas Intrusivos PTSD:

Tiene que incluir al menos un síntoma intrusivo, incluyendo:

1. Memorias involuntarias, intrusivas, angustiosas, recurrentes del evento traumático.
2. Sueños angustiosos cuyo contenido está relacionado al evento traumático.
3. Reacciones disociativas (e.g. flashbacks) en el que el individuo siente y/o actúa como si el evento traumático estuviera ocurriendo.
4. Angustia psicológica intensa o prolongada a la exposición de algo que simbolice y/o recuerde el evento traumático.

Los síntomas intrusivo incluyen pesadillas, "flashbacks" y memorias que aparentan meterse, aunque querramos olvidar (Dykes, Slade & Haywood, 2010, p.11; Speckhard & Mufel 2003).

En un estudio comparando a 331 Mujeres Rusas y 217 Mujeres Americanas, 48% de las mujeres rusas y 65% de las mujeres americanas, reportaron uno o mas síntomas de intrusión relacionado con pasados abortos. (Rue, Coleman, Rue & REardon, 2004).

Slade (1998), reportó en un grupo de 275 mujeres que tuvieron abortos en el primer trimestre, que haber visto el feto estaba asociado con pesadillas. En el libro de texto del

National Abortion Federation (Baker et al.,1999), identifica las pesadillas de bebés como posible reacción luego de un aborto. Rue et al. (2004), reportó que un 30% de las mujeres americanas reportaron pesadillas relacionadas con el aborto. Una mujer en Belarus, reportó una pesadilla tan real, que vio a su niña en una piscina de sangre con sus brazos y piernas rotas (Speckhard & Mufel, 2003). Una mujer americana reportó, "Tres años después de mi segundo aborto, comencé a tener pesadillas, donde me veía a mi misma en un cementerio de partes de bebé, agarrando un bebé muerto en mis brazos y llorando por los que perdí. Yo estaba agarrando un bebé tratando de traerlo a la vida otra vez". (Burke & Reardon, 2002, p. 124). Algunas reportan estar llorando por horas luego que despiertan y a tener miedo de dormir por la noche. Una mujer reportó "flashback" de su aborto que le requirió tratamiento por un embarazo ectópico: *"Teniendo mis piernas en los "stirrups", el olor del hospital la violación de los instrumentos entrando a mi cuerpo y quitando la vida de mi...estas cosas vinieron otra vez a mi y sentía que volvía a tener un aborto. Grité y Grité. Creo que estaba histérica. El doctor me tuvo que dar un sedante"*. (Burke & Reardon, 2002, p. 122).

Mujeres han descrito los "flashbacks" en los exámenes ginecológicos rutinarios, a veces con síntomas como ansiedad y falta de respiración. (Burke & Reardon, 2002). Aunque estos "flashbacks" pueden ser breves, el miedo a uno, puede contribuir a que las mujeres eviten lugares y actividades que les recuerdan el aborto. "Evitar o esfuerzos por evitar memorias angustiosas, pensamientos y sentimientos asociados con el evento traumático" o evitar recordatorios externos, como personas y/o lugares, *"pueden levantar memorias angustiosas asociadas con eventos traumáticos"*. (American Psychiatric Association, 2013, p. 144-145).

En un estudio en Noruega, comparando mujeres que han tenido abortos involuntarios "miscarriges" con mujeres que se han inducido el aborto, estas últimas salieron significativamente mas altas en la sub-escala de evitación del Impacto del Evento (IES), en 2-4 años después del aborto (Broen, MOum, Bodtker, & Ekeberg, 2005). Todas las mujeres entrevistadas por Dykes et al. (2010), evitaron pensar sobre el aborto, "todos los participantes espontaneamente usaron el término "blocking it out" como una estrategia universalmente utilizada" aunque una mujer comentó, que "blocking it out" no funciona siempre", (p.11). Pocas buscan tratamiento profesional como parte de sus síntomas de evitación. Estos síntomas pueden ser muy disruptivos en las vidas y relaciones, una mujer reportó que dejó su trabajo para evitar estar alrededor de una compañera de trabajo embarazada. *"Cuando supe que mi compañera estaba embarazada, me sobrecogió la ansiedad y el miedo. Yo no quería ni siquiera mirarla. No podía seguir viendo su barriga crecer todos los días...tuve que dejar mi trabajo, por su embarazo"* (Burke & Reardon, 2002,p.70).

Reportó síntomas físicos como un nudo en el estómago y su corazón sobre palpitando cuando estaba al lado de su colega.

Para cualquier mujer que originalmente esperaba tener niños en un mejor momento, este era un síntoma no afortunado. Una mujer en Belarus expresó: "*No puedo estar con bebés. Es muy doloroso. Rompí la relación con una amiga que me pidió que le cuidara a su bebé. Fui ruda con ella*". (Speckhard, & Mufel, 2003, p. 8).

Existen también *Síntomas Relacionados con Cambios Negativos en Pensamientos y Estados de Animo*. Hay síntomas de este tipo, que deben estar:

1. Asociados con el trauma
2. Persistentes
3. Empiezan o empeoran luego del incidente.

Síntomas incluyen un estado emocional negativo persistente (e.g. miedo, horror, coraje, culpabilidad y/o vergüenza), disminuyendo el interés en actividades significativas, desapego y/o alejamiento de los demás. (American Psychiatric Association, 2013, p.145).

Culpabilidad y Vergüenza, son un *Estado Emocional Negativo Persistente*, fué expresado por mujeres entrevistadas por Dykes et al. (2010). En el grupo Belarussiano, 80% reportó culpabilidad, aunque la mayor parte de ellas no eran "churchgoers", el ateísmo ha sido reforzado por los soviéticos por más de 70 años. (Speckhard & Rue, 2003).

Desapego y/o Alejamiento de Otros, incluían síntomas de disminución de interés en actividades. "*Desapego y/o alejamiento de otros e inhabilidad de experimentar experiencias positivas*" (American Psychiatric Association, 2013, p. 145). Esto puede contribuir a problemas relacionales. Estudios han reportado un aumento en problemas de comunicación (Coyle, Coleman & Rue, 2010; Freeman, Rickels, & Huggins, 1980; Rue et al., 2004). También se ha reportado un aumento en disfunción sexual (Bagarozzi, 1993, 1994; Bianchi-Demicelli, Perrin, Ludicke, Bianchi, Chatton, Campana, 2002; Bradshaw & Slade, 2003; Coleman, Rue & Spence, 2006; Coyle et al., 2010; Fok, Siu, & Lau, 2006; Miller, 1992; Rue et al., 2004; Speckhard & Mufel, 2003; Tornboen, Igelhammar, Lilja, Moller & Svanberg, 1994) y un aumento en separaciones y divorcio (Barnett, Freudenberg, Wille, 1992; Bracken & Kasi, 1975; Coleman, rue & Spence, 2006; Freeman et al., 1980; Lauzon Roger-Achim, Achim, & Boyer, 2000; Rue et al., 2004). Sentimiento

de desapego puede contribuir a problemas de apego con los subsecuentes niños. (Coleman, Rardon, & Cogle, 2002; Coleman, 2009), o puede contribuir a un aumento de abuso y negligencia infantil.

El aborto puede causar *Síntomas de Sobre-Excitación*, que empieza y/o empeora luego del evento traumático, como insomnia, conducta irritable y coraje explosivo, descuido, problemas de concentración y/o conducta auto-destructiva. (American Psychiatric Association, 2013, p. 145).

En un estudio donde se examinaron 56,824 registros comparando mujeres que han abortado y mujeres que tuvieron parto (Reardon & Coleman, 2006). Las mujeres que tuvieron abortos, fueron tratadas por desordenes de sueño casi el doble mas por los primeros 180 días luego de la terminación de su embarazo en comparación con las que terminaron su embarazo.

Otro de los síntomas de post aborto, es *Conducta Descuidada y/o Auto-Destructiva*. Francine, describe su conducta auto-destructiva: "Yo choqué mi carro tres veces por exceso de velocidad. En uno de ellos, me rompí cuatro costillas y me perforé un pulmón. Mi vida vino a ser una serie de calamidades, accidentes y acciones auto-destructivas" (Burke & Reardon, 2002, p. 140). Francine, sobrevivió, pero su reporte es consistente a un estudio del Departamento de Servicios y Salud Canadiense, que encontró que mujeres que han tenido aborto son mas propensas a recibir tratamiento en heridas relacionadas a un accidente. (Badgley, Caron, & Powell, 1977). Igualmente, data del Departamento Medico de Servicios & Asistencia, demuestra que mujeres que han recibido abortos han aumentado sus reclamaciones por heridas accidentales en comparación con un grupo de Medicaid sin abortos (Reardon, Strahan, Throp, Jr. & Shuping, 2004).

Abuso de Sustancias, está directamente asociado con el PTSD. Los pacientes muchas veces se auto-medican, para reducir "flashbacks" o "sobre estimulación". Reardon & Ney (2000), encontró que mujeres que han abortado, tienen un 4.5 mas probabilidad de entrar en abuso de sustancia, que las mujeres que han completado su embarazo.

Pensamientos Suicidas es otro comportamiento auto-destructivo. Sheila Harper (2008), reporta clientes atentando suicidio persistentemente relacionado con el aborto. Hay reportes de atentados y/o suicidios completados coincidiendo con el aniversario de un aborto o fecha en que se esperaba que naciera el niño. (Tishler, 1981). La artista británica Emma Beck, quien cometió suicidio luego de un aborto en el 2007, escribió: "Le dije a todos que no quería hacerlo, inclusive en el hospital...pero ahora es muy tarde...quiero estar con

mis bebés". (*Artist hanged herself*, 2008). En un estudio en Finlandia de *Certificados de Defunción*, mujeres que abortan tenían un 650% mas alto riesgo de morir por suicidio que mujeres que llevaron y terminaron el término completo (Gissler, Hemminiki, & Lonnqvist, 1996). En un estudio de mas de 173,00 Medicaid "records", controlando las enfermedades siquiaticas, reveló que mujeres que abortan eran 3.1 mas propensas a morir por suicidio en comparación con mujeres que completaron su embarazo, ese riesgo persistió por mas de 8 años y el riesgo fué mayor en mujeres mas jóvenes. (Reardon et al.,2002). En un estudio comparativo en Inglaterra de atentados suicidas antes y después del embarazo (Morgan, Evans, Peter, & Currie, 1997). Mujeres que abortaron tenían significativamente mas atentados que las mujeres que completaron su embarazo. Los autores concluyeron: "El aumento en el riesgo de suicidio luego de un aborto inducido, es la consecuencia del acto" (p.902). Inclusive el *Comienzo Retrasado de PTSD*, los síntomas tienen que estar presentes al menos por un mes, pero la categoría de "with delayed expression", tienen que haber pasad (6) meses (American Psychiatric Association, 2013, p.145-146). Engelhard, van den Hout, & Arntz, (2001), reporta que algunas mujeres, luego de un embarazo involuntario, pueden tener una activación de PTSD durante el próximo embarazo.

La conclusión del APA Task Force: "El riesgo de problemas mentales entre mujeres adultas que tienen un solo, legal aborto de primer trimestre de un embarazo no deseado por razones no terapéuticas no es mayor que el riesgo de mujeres que tienen un embarazo no deseado. (Major, et al. 2009, p. 885). Esta conclusión solo aplica a estos subgrupos:

1. Mujeres Adultas: edad 21 o mas (excluye 18% de abortos en adolescentes); Jones, Finner, and Sigh, 2010).
2. Solo un aborto: no los que se repiten (excluye alrededor de la mitad de los abortos en E.U.; Cohen 2007)
3. Abortos de Primer-Trimestre (excluye el 11% de los abortos en E.U., que son de termino tarde; Guttmacher Institute, 2014)
4. Embarazos no deseados (excluye los que son presionados, obligados y/o ambivalentes).
5. Razones no-terapéuticas (excluye las terminaciones por razones médicas).

Por tan tanto, las conclusiones solo aplican a solo una minoría de mujeres que tienen abortos. Mas de la mitad de los abortos en E.U. están excluidos y no se pudo precisar el número de las otras categorías por falta de data. Se recomendó tratamiento de seguimiento en caso de cualquier circunstancia de aborto.

Muchos esperan alivio luego de un aborto, según reportado en literatura. El APA Task Force reportó: "El Aborto puede ser una manera de resolver el estrés relacionado con un embarazo no deseado y puede traer alivio. Pero, el aborto también traer estrés adicional en si mismo". (American Psychological Association, 2008, p. 10). Varios autores han expresado que el alivio puede traer y/o co-existir con síntomas de trauma (Curley & Johnston, 2013; Mufel et al.,2002; Speckhard & Mufel, 2003; Speckhard & Rue, 2012). La existencia de un alivio de corto plazo, no niega la realidad de síntomas de trauma en la misma mujer o en otras mujeres.

Es seguro que en algunas mujeres, el aborto puede ser un estresor traumático causando síntomas de PTSD. En la experiencia clínica de la Dra. Shuping, las mujeres han reportado pesadillas directamente relacionadas con el aborto. "Flashbacks" son los recordatorios del aborto, no de un trauma previo. En este caso, es la misma mujer la que puede juzgar lo que le está angustiando. En su experiencia, lo que mas las angustia es la pérdida de un niño. Hay mujeres que piensan que el feto no es un niño, pero para aquellas que experimentan angustia, este es el asunto central.

También hay factores de riesgo pre-existentes, factores neurobiológicos y genéticos que pueden influenciar quien desarrolla PTSD y quien no. Esto ha sido reportado en varios estudios (Prince, 2015; Sherin & Nemeroff, 2011; Strahl, 2012). Sin embargo, para muchas mujeres, el aborto es una causa que contribuye a los síntomas de PTSD.

Por esta razón, muchos autores recomiendan un "screening" pre-aborto para identificar a los mas vulnerables (Curley & Johnston, 2013). Se ha evidenciado que luego de décadas de ateísmo impuesto en Belarussian y Rusia, las mujeres todavía experimentan culpabilidad.

Como los síntomas de PTSD, pueden retrasarse, es importante el seguimiento y la disponibilidad de tratamientos por un tiempo, ya que las mujeres experimentan problemas relacionados con el aborto.

Muchos de los pacientes han reportado que el tratamiento antes del aborto no les ayudó, porque el terapeuta no creía que el aborto era la causa de la angustia y no abordaban el asunto, lo que hacía que las mujeres buscaran otros recursos alternos en

grupos de apoyo como "*The Abortion Recovery International Care Directory*", que reporta haber tenido mas de 50,000 contactos anuales buscando referidos de grupos de apoyo.

Hay muchos otros grupos de apoyo através de E.U. que son contactados, lo que nos indica que las mujeres han identificado el aborto como una fuente de angustia y están buscando ayuda.

Para entender mejor la anchura de la situación y la gran cantidad de experiencias, se tiene que hacer mas trabajo cualitativo de las experiencias de vida de las mujeres para entender mejor, en vez de descartar a aquellas que verdaderamente han sufrido trauma.

Es por estas razones y por otras experiencias cualitativas de casos adversos del aborto, que avalo el Proyecto P. de la C. 1084 para proteger a los bebés por nacer desde su primer latido y en contra del Proyecto P. del Senado 1403.

Lcda. Nydia E. Barreiro, MEd.,CPL,TIC,CBT
Consejera Profesional Licenciada #4220
www.motivapr.net
787-313-1022

Bibliography:

1. L.M. Koonin et. al., "Abortion Surveillance United States, 1996, Centers for Disease Control," *MMWR*, 48(SS4):1, July 30, 1999.
2. H. Amaro, et al., "Drug use among adolescent mothers: profile of risk," *Pediatrics*, 84:144-150, 1989.
3. B. Garfinkel, et al., "Stress, Depression and Suicide: A Study of Adolescents in Minnesota," *Responding to High Risk Youth* (University of Minnesota: Minnesota Extension Service, 1986)
4. W. Franz and D. Reardon, "Differential Impact of Abortion on Adolescents and Adults," *Adolescence*, 27(105):172, 1992.
5. T. Strahan, "Differential Adverse Impact of Abortion on Teenagers Who Undergo Induced Abortion," *Assoc. for Interdisciplinary Research Bulletin*, 15(1):3, March/April 2000.

6. D. Reardon, "Psychological Reactions Reported After Abortion," *The Post-Abortion Review*, 2(3):4-8, Fall 1994.
7. M. Gissler, et. al., "Suicides after pregnancy in Finland: 1987-94: register linkage study," *British Medical Journal*, 313:1431-1434, 1996; and N. Campbell, et al., "Abortion in Adolescence," *Adolescence*, 23:813-823, 1988.
8. W. Franz and D. Reardon, op. cit.
9. J. Marecek, "Consequences of Adolescent Childbearing and Abortion," in G. Melton (ed.), *Adolescent Abortion: Psychological & Legal Issues* (Lincoln, NE: University of Nebraska Press 1986) 96-115.
10. J. Gold, "Adolescents and Abortion," in N. Stotland (ed.), *Psychiatric Aspects of Abortion* (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1989) 187-195.
11. R. Somers, "Risk of Admission to Psychiatric Institutions Among Danish Women who Experienced Induced Abortion: An Analysis Based on National Report Linkage," (Ph.D. Dissertation, Los Angeles: University of California, 1979. Dissertation Abstracts International, Public Health 2621-B, Order No. 7926066)
12. T. Strahan, "Factors in Pregnancy Decision Making by Teenagers," *Assoc. for Interdisciplinary Research Newsletter*, 7(4):1, Jan./Feb. 1995.
13. P. Barglow and S. Weinstein, "Therapeutic Abortion During Adolescence: Psychiatric Observations," *J. of Youth and Adolescence*, 2(4):33, 1973.
14. W. Franz and D. Reardon, op. cit.
15. F. Biro, et al., "Acute and Long-Term Consequences of Adolescents Who Choose Abortions," *Pediatric Annals*, 15(10):667-672, 1986.
16. E. Belanger, et. al., "Pain of First Trimester Abortion: A Study of Psychosocial and Medical Predictors," *Pain*, 36:339; and G.M. Smith, et. al., "Pain of first-trimester abortion: Its quantification and relationships with other variables," *American Journal Obstetrics & Gynecology*, 133:489, 1979.
17. N. Campbell, op. cit.

18. Horowitz, "Adolescent Mourning Reactions to Infant and Fetal Loss," *Soc. Casework*, 59:551, 558-559, 1978.
19. S.R. Wheeler, "Adolescent Pregnancy Loss," in J.R. Woods, Jr. and J.L. Woods (eds.), *Loss During Pregnancy or the Newborn Period* (Publisher, 1997).
20. H. Cvejic et. al., "Follow-up of 50 adolescent girls 2 years after abortion," *Canadian Medical Assoc. Journal*, 116:44, 1997.
21. T. Joyce, "The Social and Economic Correlates of Pregnancy Resolution Among Adolescents in New York by Race and Ethnicity: A Multivariate Analysis," *American J. of Public Health*, 78(6):626, 1988.
22. R. Bobrowsky, "Incidence of Repeat Abortion, Second Trimester Abortion, Contraceptive Use and Illness Within a Teenage Population," Unpublished Doctoral Thesis, 1996.
23. C. Nykiel, "Nobody Told Me I Could Cry," *The Post-Abortion Review*, 7(1):1-2, Jan-March 1999.
24. R.T. Burkman, et. al., "Morbidity Risk Among Young Adolescents Undergoing Elective Abortion," *Contraception*, 30(2):99, 1984; and K.F. Schulz, et. al., "Measures to Prevent Cervical Injury During Suction Curettage Abortion," *The Lancet*, 1182-1184, May 28, 1993 .
25. R.T. Burkman, et. al., "Culture and treatment results in endometritis following elective abortion," *American J. Obstet. & Gynecol.*, 128:556, 1997; and D. Avonts and P. Piot, "Genital infections in women undergoing induced abortion," *European J. Obstet. & Gynecol. & Reproductive Biology*, 20:53, 1985.
26. W. Cates, Jr., "Teenagers and Sexual Risk-Taking: The Best of Times and the Worst of Times," *Journal of Adolescent Health*, 12:84, 1991.
27. J.L. Sorenson and I. Thronov, "A double blind randomized study of the effect of erythromycin in preventing pelvic inflammatory disease after first trimester abortion," *British J. Obstet. & Gynecol.*, 99:434, 1992.
28. "Teenage Pregnancy: Overall Trends and State-by-State Information," Report by the Alan Guttmacher Institute.

29. K.D. Kochanck, "Induced Terminations of Pregnancy, Reporting States 1988," *Monthly Vital Statistics Report*, 39(12): Suppl. 1-32, April 30, 1991.
30. J. Brind, et. al., "Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and analysis," *J. Epidemiology & Community Health*, 50:481, 1996.
31. Strahan, "Differential Adverse Impact on Teenagers Who Undergo Induced Abortion," op. cit..
32. T. Strahan, "Psycho-Social Aspects of Late-Term Abortions," *Assoc. For Interdisciplinary Research Bulletin*, 14(4):1, 2000.
33. D. Reardon, *Making Abortion Rare* (Springfield, IL: Acorn Books, 1996) 162.
34. R. T. Burkman, et. al, "Culture and treatment results in endometritis following elective abortion," op cit..
35. S. Lurie and Z. Shoham, "Induced Midtrimester Abortion and Future Fertility: Where Are We Today?" *International J. of Fertility*, 40(6):311, 1995.
36. H.K. Atrash and C.J. Hogue, "The effect of pregnancy termination on future reproduction," *Baillieres Clinic Obstet. & Gynecol.*, 4(2):391, 1990.
37. B. Rooney, "Is Cerebral Palsy Ever a Choice?" *The Post-Abortion Review*, 8(4):4-5, Oct.-Dec. 2000.
38. "Teenage Pregnancy: Overall Trends and State-by-State Information," op. cit.
39. K. Sherlock, *Victims of Choice* (Akron: Brennyman Books, 1996) 31-32, 40-41.
40. R. Kerrison, "Horror Tale of Abortion," *New York Post*, Jan. 7, 1991.a
- https://www.plannedparenthood.org/files/8413/9611/5708/Abortion_Emotional_Effects.pdf
- <https://afterabortion.org/detrimental-effects-of-adolescent-abortion/>
- <https://afterabortion.org/teens-face-more-mental-health-risks-from-abortion-than-from-bearing-an-unplanned-pregnancy/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8493058/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22840934/>

<https://www.slideshare.net/slamanna95/religion-cpt-7971647>

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/Nejmoa0905882>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1083318813002945>

American Psychiatric Association (2013). Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. Washington, D.C.:

American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Anderson, R.L., Hanley, D.C., Larson, D.B., & Sider, R.C. (1995). Methodological considerations in empirical research on abortion. In P. Doherty (Ed.), *Post-abortion syndrome: Its wide ramifications* (pp.103-115). Dublin: Four Courts Press.

Armony, J.L., & LeDoux, J.E. (1997). How the brain processes emotional information. In R. Yehuda & A.C. McFarlane (Eds.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder* (259-270). New York: Academy of Sciences. Artist hanged herself. (2008, Feb 22). The Telegraph. Retrieved from <http://www.telegraph.co.uk/>

Badgley, R.F., Caron, D.F., Powell, M.G. (1977). Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law. Ottawa: Ministry of Supply and Services, pp.313-321.

Bagarozzi, D. (1993). Post traumatic stress disorders in women following abortion: Some considerations and implications for marital/couple therapy. *International Journal of Family and Marriage*, 1, 51-68.

Bagarozzi, D. (1994). Identification, assessment and treatment of women suffering from post traumatic stress after abortion. *Journal of Family Psychotherapy*, 5(3), 25-54. doi:10.1300/j085V05N03_02

Baker, Anne, & Beresford, T. (2009). Chapter 5, Informed consent, patient education and counseling. In M. Paul, E.S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield, & M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy*:

Comprehensive abortion care. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Baker, Anne, Beresford, T., Halvorson-Boyd, G., & Garrity, J. M. (1999). Chapter 3, Informed consent, counseling, and patient preparation. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, & P. G. Stubblefield, (Eds.), *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone.

Barnard, C.A. (1990). *The long-term psychosocial effects of abortion*. Portsmouth, NH: Institute for Pregnancy Loss.

Barnard, C.A. (1991). Stress reactions in women related to induced abortion. *Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change Newsletter* 3(4).

Barnett, W., Freudenberg, N., & Wille, R. (1992). Partnership after induced abortion: a prospective controlled study. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 443-455.

Biggs, M.A., Rowland, B., McCulloch, C.E., Foster, D.G. (2016). Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. Retrieved from <http://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e009698.full?sid=b5362408-d3b6-4800-8857-f045635a1ff0>

Bianchi-Demicelli, F., Perrin, E., Ludicke, F., Bianchi, P.G., Chatton, D., & Campana, A. (2002). Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53, 48-53. *BMJ Open* 6,e009698 doi:10.1136/bmjopen-2015-009698

Bracken, M.B., & Kasi, S. (1975). First and repeat abortions: a study of decision-making and delay. *Journal of Biosocial Science*, 7, 473-491.

Bradshaw, Z., & Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929-958.

Burke, T., & Reardon, D. C. (2002). *Forbidden grief: The unspoken pain of abortion*. Springfield: Acorn Books.

Broen, A.N., Moum, T., Bødtker, A.S., & Ekeberg, Ø. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 3,18. doi: 10.1186/1741-7015-3-18. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/3/18>

Chilcoat, H.D., & Breslau, N. (1998). Posttraumatic stress disorder and drug disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 913-917.

Cohen, S.A. (2007). Repeat abortion, repeat unintended pregnancy, repeated and misguided government policies.

Guttmacher Policy Review 10(2). Retrieved from www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/2/gpr100208.html

Coleman, P.K. (2005). Induced abortion and increased risk of substance abuse: A review of the evidence. *Current Women's Health Reviews*, 1, 21-34.

Coleman, P.K.. (2009). The Psychological Pain of Perinatal Loss and Subsequent Parenting Risks: Could Induced Abortion be more Problematic than Other Forms of Loss? *Current Women's Health Reviews*, 5, 88-99.

Coleman, P. K., Reardon, D. C., & Cogle, J. (2002). The quality of the caregiving environment and child developmental outcomes associated with maternal history of abortion using the NLSY data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 743-758.

Coleman, P.K., Rue, V.M., & Spence (2006). Intrapersonal processes and post-abortion relationship challenges: A Review and consolidation of relevant literature. *The Internet Journal of Mental Health* 4,(2). Retrieved from <http://ispub.com/IJMH/4/2/3804>

Coyle, C.T., Coleman, P.K., Rue, V.M. (2010). Inadequate Preabortion Counseling and Decision Conflict as Predictors of Subsequent Relationship Difficulties and Psychological Stress in Men and Women. *Traumatology*, XX(X), 1-15. doi: 10.1177/1534765609347550

Curley, M, & Johnston, C. (2013). The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students. *The Journal of Behavioral Health*

Services & Research 40(3), 279-293.

Daugirdaitė, V., van den Akker, O., & Purewal, S. (2015). Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: A systematic review. *Journal of Pregnancy*, 2015:646345 doi: 10.1155/2015/646345.

Dobkin, L.M., Gould, H., Barar, R.E., Ferrari, M., Weiss, E.I., Foster, D.G. (2014). Implementing a Prospective Study of Women Seeking Abortion in the United States: Understanding and Overcoming Barriers to Recruitment Women's Health Issues 24(1), e115–e123. Retrieved from www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/dobkin-jan14-implementing_a_prospective_study_of_women_seeking_abortion.pdf

Dingle, K., Alta, R., Clavarino, A., Najman, J.M., Williams, G.M. (2008). Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: An Australian birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 455-460. doi: 10.1192/bjp.bp.108.055079

Dykes, K., Slade, P., & Haywood, A. (2010). Long term follow-up of emotional experiences after termination of pregnancy: women's views at menopause. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-20. doi:10.1080/02646838.2010.513046 .

Engelhard, I.M., van den Hout, M.A., Arntz, A. (2001) Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.

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

Freeman, E.W., Rickels, K., & Huggins, G.R. (1980). Emotional distress patterns among women having first or repeat abortions. *Obstetrics and Gynecology*, 55(5), 630–636.

Fok, W.Y., Siu, S.S.N., & Lau, TK. (2006). Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology*, 126, 255-258.

Gissler, M., Hemminiki, E., & Lonnqvist, J. (1996). Suicides after pregnancy in Finland, 1987–94: register linkage study. *British Medical Journal*, 313,1431. doi:

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1431>

Gissler, M., Kauppila, R., Merilainen, J., Toukoma, H., & Hemminki, E. (1997). Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994--definition problems and benefits of record linkage. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(7), 651-657. doi: 10.3109/00016349709024605
Guttmacher Institute (2014). Fact sheet: Induced Abortion in the United States. New York: Author.

Harper, S. (2008). *SaveOne: A guide to emotional healing after abortion*. Garden City, NY: Morgan James Publishing.

Harper, S. (2009). *Survivor*. Garden City, NY: Morgan James Publishing.
Jacobsen, L.K., Southwick, S.M. & Kosten, T.R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184-1190.

Jones, R.K., Finer, L.B., & Singh, S., (2010). *Characteristics of U.S. abortion patients, 2008*, New York: Guttmacher Institute, 2010.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives General Psychiatry*, 52(12), 1048-60.

Kilpatrick, D. G. (2000). The mental health impact of rape. Retrieved from <https://mainweb-v.musc.edu/vawprevention/research/mentalimpact.shtml>

Kreek, M.J., & Koob, G.F. (1998). Drug dependence: Stress and dysregulation of brain reward pathways. *Drug and Alcohol Dependence*, 51, 23-47.

Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., & Weiss, D.S. (1988). *Contractual Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study, Volume I: Executive Summary, Description of Findings, and Technical Appendices*. National Vietnam Veterans Readjustment Study. Retrieved from: www.ptsd.va.gov/professional/articles/articlepdf/nvvrsvol1.pdf

- Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A., & Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first trimester abortions. *Canadian Family Physician*, 46, 2033-2040.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West., C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863-890.
- Marshall, R.D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., Struening, E. (2001). Comorbidity, Impairment, and Suicidality in Subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1467-1473. doi:10.1176/appi.ajp.158.9.1467
- Miller, W.B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues*, 48, 67-93.
- Morgan, C.M., Evans, M., Peter, J.R., & Currie, C. (1997). Suicides after pregnancy: mental health may deteriorate as a direct effect of induced abortion. *British Medical Journal*, 314, 902.
- Mufel, N., Speckhard, A. & Sivuha, S. (2002). Predictors of posttraumatic stress disorder following abortion in a former Soviet Union country. *Journal of Prenatal & Perinatal Psych & Health*, 17, 41-61.
- Price, J.L. (2015) Findings from the National Vietnam Veterans' Readjustment Study. U.S. Department of Veteran Affairs, PTSD: National Center for PTSD. Retrieved from <http://www.ptsd.va.gov/professional/research-bio/research/vietnam-vets-study.asp>
- Reardon, D.C., & Coleman, P.K. (2006). Relative treatment rates for sleep disorders and sleep disturbances following abortion and childbirth: A prospective record based study. *Sleep* 29(1), 105-106.
- Reardon, D. C., Coleman, P. K., & Cogle, J. (2004) Substance use associated with prior history of abortion and unintended birth: A national cross sectional cohort study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 369-383.
- Reardon, D.C., & Ney, P. (2000). Abortion and subsequent substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 61-75.

Reardon, D.C., Ney, P.G., Scheuren, F.J., Cogle, J.R., Coleman, P.K., Strahan, T. (2002). Deaths associated with pregnancy outcome: A record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal*, 95, 834.

Reardon, D.C., Strahan, T.W., Thorp, Jr. J.M., Shuping, M.W. (2004). Deaths associated with abortion compared to childbirth – a review of new and old data and the medical and legal implications. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 20(2), 279-327.

Rocca, C.H., Kimport, K., Gould, H. & Foster, D.G. (2013). Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(3), 122-131, doi: 10.1363/4512213

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

Saxon, A.J., Davis, T.M., Sloan, K.L., McKnight, K.M., McFall, M.E., & Kivlahan, D.R. (2001). Trauma, symptoms of posttraumatic stress disorder, and associated problems among incarcerated veterans. *Psychiatric Services*, 52(7), pp. 959-964.

<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.959> Schnurr, P.P., Lunney, C.A., Sengupta, A., & Waelde, L.C. (2003). A descriptive analysis of PTSD chronicity in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 545-553. doi: 10.1023/B:JOTS.0000004077.22408.cf

Sherin, J.E., & Nemeroff, C.B. (2011). Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 263-278. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182008/>

Slade, P., Heke, S., Fletcher, J., Stewart, P. (1998). A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(12), 1288-95. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9883920>

Speckhard, A. (1997). Traumatic death in pregnancy: The significance of meaning and attachment. In C.R. Figley, B.E. Bride, and N. Mazza (Eds.), *Death and trauma: The traumatology of grieving* (pp. 67-100). Washington, D.C.: Taylor & Francis.

- Speckhard, A., & Mufel, N. (2003). Universal responses to abortion? Attachment, trauma, and grief responses in women following abortion. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health* Volume, 18e(1), 3-37.
- Speckhard, A.C., & Rue, V.M. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48, 3, 95-119.
- Speckhard, A.C., & Rue, V.M. (2012). In C.R. Figley (Ed.), *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/99781452218595>
- Strahl, N.R. (2012). Biological effects of physical and psychological trauma. In C.R. Figley (Ed.), *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/99781452218595>
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-9.
- Suliman, S., Ericksen, T., Labuschgne, T., de Wit R., Stein, D., Seedat, S. (2007). Comparison of pain, cortisol levels, and psychological distress in women undergoing surgical termination of pregnancy under local anaesthesia versus intravenous sedation. *BMC Psychiatry*, 7(24). doi:10.1186/1471-244X-7-24
- Tishler, C. (1981). Adolescent suicide attempts following elective abortion. *Pediatrics*, 68(5), 670-671.
- Tornboen, M., Ingelhammar, E., Lilja, H., Moller, A., Svanberg, B. Evaluation of stated motives for legal abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15, 27-33.
- Urquhart, D.R., & Templeton, A.A. (1991). Psychiatric morbidity and acceptability following medical and surgical methods of induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98, 396-399.
- Weisaeth, L. (1989). Importance of high response rates in traumatic stress research. *Acta psyc*