



Antes de Decidir
(Before You Decide)



Tabla de Contenido

Páginas 4-5

Preguntas y respuestas generales
Comprensión del embarazo

Páginas 6-7

Desarrollo fetal

Páginas 8-11

Anticonceptivos de emergencia

- Píldora del día después
- ella®

Páginas 12-15

Métodos de aborto en el 1er trimestre y sus riesgos

- Aborto médico
- Aborto de succión

Páginas 16-17

Métodos de aborto en el 2do trimestre y sus riesgos

- Dilatación y evacuación
- Aborto médico

Métodos de aborto tardío

Páginas 18-23

Riesgos inmediatos y a largo plazo

Páginas 24-25

Explore sus opciones

Página 26

Definiciones

Páginas 27-31

Referencias

Conozca Los Hechos

Enfrentarse con un embarazo no deseado es difícil. El miedo, la confusión y la ira son solo algunas de las emociones que puede experimentar. Usted merece ser plenamente informada sobre esta importante decisión. Usted decide: tiene derecho a conocer los hechos y las opciones.

Este folleto le ayudará a comprender más acerca de su embarazo, la nueva vida que se desarrolla dentro de usted, y el aborto.

Tienes Opciones.



Preguntas y Respuestas Generales

¿Debo tomar la píldora del día después?

La píldora del día después no es una solución rápida, es algo un poco más complicado...¿Conoce las respuestas a estas preguntas?

- ¿Es posible que esté embarazada de una experiencia sexual previa?
- ¿Ha sido este fármaco estudiado adecuadamente para detectar efectos secundarios a largo plazo?
- ¿Puede esta píldora acabar con una vida que ya ha comenzado?

Comprender la forma en que la “píldora del día siguiente” (como se la conoce en Los Estados Unidos) funciona y cuáles son sus efectos secundarios es un paso importante que le ayudará a tomar una decisión saludable para su cuerpo. Consulte la página 8 para obtener más información.

¿Debo preocuparme por tener un aborto?

El aborto no es un procedimiento médico sencillo. Para muchas mujeres, se trata de un evento que cambiará su vida con consecuencias físicas, emocionales y espirituales. Algunas mujeres que luchan con remordimientos de abortos previos dicen que habrían preferido una explicación de todos los hechos sobre el aborto de antemano.

¿Qué puedo hacer para resistir a personas que me presionan a tener un aborto?

Usted tiene derechos; nadie le puede obligar o presionar a tener un aborto. Esta es su decisión, ya que usted será la más afectada por las consecuencias. Si su pareja, esposo o padres la están presionando para tomar una decisión rápida, explique sus necesidades y trate de involucrarlos en el asesoramiento para explorar todas las opciones positivas. Usted tiene el derecho de continuar con este embarazo.

¿Puedo tener un bebé y todavía vivir mi vida a plenitud?

Puede que considere que este sea un embarazo no deseado, puede que lo considere como un obstáculo importante en su vida. La puede animar saber que muchas mujeres en la misma situación que usted, encuentran los recursos y el coraje que necesitan para tomar decisiones positivas y vivir sin remordimientos.

Comprensión del Embarazo

Durante el embarazo, su cuerpo pasa por muchos cambios. Algunos de los síntomas comunes del embarazo temprano incluyen la falta de un período menstrual, náuseas, sensibilidad en los senos, frecuencia urinaria, cansancio y cambios de humor.¹

La mayoría de las pruebas de embarazo son muy fiables. Sin embargo, para diagnosticar y confirmar que está embarazada, será necesaria una visita a un médico u otro proveedor de atención médica apropiada.

Un examen de ultrasonido puede confirmar el estado de su embarazo. Esta información es importante si usted está considerando el aborto en vez de continuar con su embarazo. Muchos centros de embarazo como en el que recibió este folleto, ofrecen ultrasonidos (también conocidos como sonogramas) sin costo.

Para encontrar un centro cerca de usted, vaya a:

B4YouDecide.org

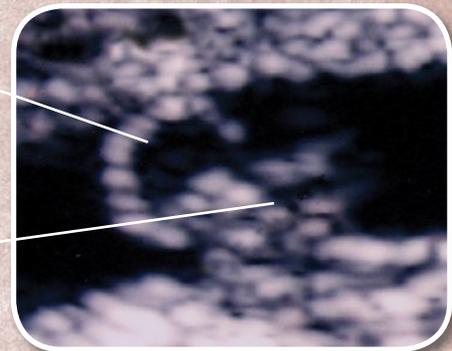
El Desarrollo Fetal

1er Día

Cuando se produce la fecundación, se determinan las características del bebé, incluyendo el sexo, el color de cabello y de los ojos.²

saco vitelino

bebé
(diamante
de la sortija)



6 Semanas (UPM) último periodo menstrual

El corazón del bebé comienza a latir tan sólo 22 días después de la fecundación, lo cual se puede ver en ultrasonido.³

9-10 Semanas (UPM)

El pequeño embrión crece rápidamente, y a las 9 1/2 semanas desde el UPM, tiene dedos bien formados y puede tener hipo.⁴

Ilustración de bebé
a las 9 semanas
desde el UPM
(7 semanas después
de fecundación)



Imagen 2D de ultrasonido
del bebé a las 9 semanas
desde el UPM
(7 semanas después de la
fecundación.⁵)



EL DESARROLLO FETAL

12-13 Semanas (UPM)

El bebé comienza a formar huellas digitales únicas desde que llega a las 12 semanas desde el UPM.⁶



Imagen 2D ultrasonido del bebé a las 13 semanas desde el UPM. (11 semanas después de la fecundación)

Foto de los pies de el bebé en el útero 11 semanas desde el UPM (9 semanas después de la fecundación)



18 Semanas (UPM)

Diferencias de género en el comportamiento han sido observadas en este punto del desarrollo. Las niñas mueven sus mandíbulas con más frecuencia que los niños.⁷



22 Semanas (UPM)

El oído interno está completamente desarrollado y el bebé puede responder a una creciente gama de sonidos.⁸

Foto del bebé en el útero a las 22 semanas desde el UPM (20 semanas después de la fecundación)

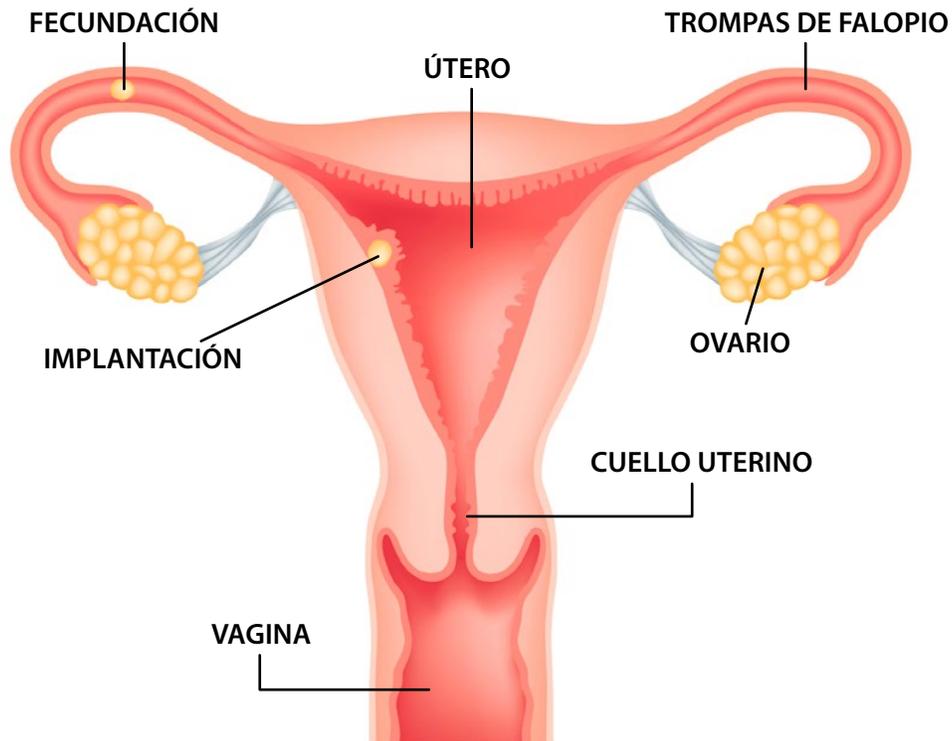
Anticoncepción De Emergencia



Es importante comprender lo que ocurre en el interior del cuerpo de una mujer cuando comienza un embarazo. Hace varios años, la comunidad médica redefinió el principio del embarazo desde el momento de la fecundación hasta que el embrión se implanta en la pared del útero. Sin embargo, la realidad científica es que cuando el óvulo y el espermatozoide se unen y se produce la fecundación, en ese momento se establece la composición genética de un ser humano único, incluyendo el género, el color del cabello, de los ojos, y en cierta medida, la personalidad y la inteligencia.⁹

Este nuevo individuo continúa desarrollándose durante la próxima semana mientras viaja al útero y se implanta. Aunque claramente vivo, algunos están en desacuerdo sobre cuándo esta vida humana se convierte en una persona. ¿ACASO TENEMOS QUE SER DE UN CIERTO TAMAÑO PARA SER CONSIDERADOS UNA PERSONA? Todas las formas de anticoncepción de emergencia tienen el potencial de prevenir que la nueva vida se implante en la pared del útero, lo que es necesario para sobrevivir. Este no es un efecto anticonceptivo, pero abortivo, lo que resulta en la muerte del embrión.¹¹

Sistema Reproductivo Femenino



Sólo 8 de cada 100 mujeres quedan embarazadas después de una sola relación sexual en la mitad del ciclo menstrual (cuando se produce la ovulación).¹⁰

¿Cuan probable es que usted podría quedar embarazada en este preciso momento? Conozca los hechos antes de exponer su cuerpo a las hormonas artificiales.

Formas Comunes De Anticonceptivos De Emergencia

1. PLAN B ONE-STEP 12

Plan B One-Step (también conocida como la "píldora del día después") tiene la intención de prevenir el embarazo después de haber tenido relaciones sexuales con sospecha de fallo de anticoncepción, sin uso de protección anticonceptiva, o en caso de sexo forzado. Es una píldora que contiene grandes cantidades de levonorgestrel, una hormona progestina que se encuentra en algunas píldoras anticonceptivas. Se recomienda tomarse dentro de las primeras 72 horas luego de haber tenido relaciones sexuales. Es posible que funcione impidiendo la unión del óvulo y el espermatozoide. No va a interrumpir un embarazo ya implantado, pero puede prevenir que una vida recién formada se implante en el útero y continúe su desarrollo, lo que constituye una forma de aborto temprano.

Los efectos secundarios pueden incluir cambios en los períodos menstruales, náuseas, dolor en el abdomen bajo, cansancio, dolor de cabeza y mareos.¹³ Si su período menstrual tiene más de una semana de retraso, puede estar embarazada. Plan B One Step no debe tomarse durante el embarazo. Tampoco debe ser utilizado como una forma rutinaria de anticonceptivo ya que no es tan eficaz.¹⁴

Las mujeres que experimentan dolor abdominal severo después de tomar este fármaco pueden tener un embarazo ectópico (fuera del útero), y deben buscar ayuda médica inmediata.¹⁵

Una revisión sistemática de 14 estudios sobre la anticoncepción de emergencia (un total de más de 13,000 mujeres) llegó a la conclusión de que un mayor acceso aumenta su uso, pero **no ha demostrado reducir las tasas de embarazos no deseados**.¹⁶ Este estudio también indicó que la eficacia del Plan B no se conoce con precisión, pero es significativamente menor que las estimaciones originales.

No hay estudios a largo plazo sobre la seguridad de las actuales formas de anticonceptivos de emergencia si se usan con frecuencia durante largos períodos de tiempo.¹⁷

2. ella^{®18}

Ella[®] (ulipristal) es un anticonceptivo de emergencia para uso dentro de los 5 días inmediatos a una relación sexual sin protección o con fracaso del método anticonceptivo. Puede ser utilizado sólo una vez durante un ciclo menstrual. Si se usa según lo indicado, *ella*[®] puede reducir la posibilidad del embarazo, pero no es eficaz en todos los casos.¹⁹ *Ella*[®] puede reducir la probabilidad del embarazo por medio de la prevención o retraso de la ovulación. También puede funcionar mediante la prevención de la implantación del embrión en el útero, lo que constituye una forma de aborto temprano.²⁰ *Ella*[®] es un primo químico de la píldora del aborto Mifeprex. Ambos comparten el efecto bloqueador de la progesterona que causa la falla de implantación del embrión en la pared del útero, causando su muerte.²¹ El efecto de *ella*[®] en embarazos ya existentes no ha sido estudiado, pero *ella*[®] si causa abortos en animales preñados, incluyendo monos, y existe el mismo riesgo en los humanos.²²

Las reacciones adversas más comunes de *ella*[®] incluyen dolor de cabeza, náuseas, dolor estomacal (abdominal), cólicos menstruales, fatiga y mareo.²³ Las mujeres que experimentan dolor abdominal de tres a cinco semanas después de usar *ella*[®] deben ser evaluadas de inmediato por la posibilidad de un embarazo ectópico. *Ella*[®] puede perder su efectividad cuando es usada en combinación con ciertos medicamentos, y también puede cambiar la efectividad de otros medicamentos en uso.²⁴ Hay mucho por conocer todavía acerca de este fármaco, incluyendo su efecto en las mujeres menores de 18 o mayores de 35 años de edad, mujeres embarazadas y las que están lactando infantes.²⁵



Comprenda Los Distintos Métodos Abortivos



Métodos
de aborto
en el primer
trimestre.

Mifeprex®/Mifepristone ("píldora del aborto")

Cambios a Mifeprex aprobados por la FDA (Administración de Drogas y Alimentos por sus siglas en inglés.)

El 30 de marzo de 2016, la Administración de Drogas y Alimentos produjo nuevas directivas sobre el protocolo de aborto usando el medicamento Mifeprex (mifepristona / misoprostol). Mifeprex está aprobado, en un régimen con misoprostol, para poner fin a un embarazo de hasta 70 días de gestación (70 días o menos desde el primer día del último período menstrual de una mujer.) El régimen de dosificación de Mifeprex aprobado es:

1. En el primer día: 200 mg de Mifeprex se toma por vía oral.
2. 24 a 48 horas después de tomar Mifeprex: 800 mcg de misoprostol tomado bucalmente (por vía oral), en un lugar apropiado para el paciente.
3. Entre los 7 a 14 días después de tomar el Mifeprex: es necesario tener seguimiento con el médico para asegurarse de que el aborto ha sido completado y para verificar si hay complicaciones.
4. Debido al riesgo de complicaciones graves, Mifeprex sólo está disponible a través de un programa de uso restringido. Este programa requiere que los proveedores de aborto adviertan a los pacientes sobre los riesgos, y qué hacer si ocurren complicaciones. Las mujeres que han tomado Mifeprex deben buscar atención médica inmediata si experimentan los siguientes síntomas:
 - fiebre continua, dolor abdominal intenso, sangrado abundante o desmayos recurrentes
 - dolor abdominal o malestar general de forma persistente, ("sensación de malestar", incluyendo debilidad, náuseas, vómitos o diarrea, con o sin fiebre) durante más de 24 horas después de tomar el misoprostol.
 - estos síntomas podrían ser una señal de complicaciones graves

Métodos De Aborto En El 1er Trimestre

Methotrexate³⁶

Este medicamento está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés.) para el tratamiento de ciertos tipos de cáncer y la artritis reumatoide, pero se usa fuera de esa indicación para el tratamiento de los embarazos ectópicos y para inducir el aborto. Funciona al detener el crecimiento de células que se multiplican rápidamente. Se utiliza hasta los 49 días de embarazo y se administra por vía oral o por inyección. Tres a siete días después de tomar metotrexato, misoprostol (el segundo medicamento que se utiliza en el método abortivo mediante el uso de medicamentos), es utilizado por vía vaginal.

Los efectos secundarios del metotrexato incluyen diarrea, úlceras en la boca, náusea, dolor abdominal, fatiga, escalofríos, fiebre y mareos. Hay un riesgo de una reacción adversa seria al methotrexato, especialmente con el uso simultáneo de ciertos medicamentos incluyendo el ibuprofen y la aspirina.

Misoprostol Solamente

Esta forma de aborto inducido por medicamentos usa solo el segundo fármaco administrado con la "píldora del aborto." Por lo general se inserta vaginalmente, requiere dosis repetidas, y tiene una tasa de fracaso significativamente más alta que el método de la "píldora del aborto." Efectos secundarios se asocia con náuseas, vómitos, diarrea, y con posibles defectos de nacimiento en embarazos que continúan.³⁷



Métodos De Aborto Quirúrgico En El 1er Trimestre

Aborto De Succión /Aspiración Alrededor De 4 A 13 Semanas Luego Del Último Período Menstrual (UPM)³⁸

Este aborto quirúrgico se realiza a lo largo del primer trimestre. Diversos grados de control del dolor son ofrecidos desde anestésico local (por lo general) hasta la anestesia general (usualmente indisponible.) Para los embarazos muy tempranos (4-7 semanas después del UPM), luego de inyectar un anestésico local, un tubo largo y delgado se inserta en el útero. EL tubo está unido a un dispositivo de succión manual y el embrión succionado.

Al final del primer trimestre, es necesario que el cuello uterino se abra más ampliamente debido al tamaño del feto. Un día antes del procedimiento, el cuello uterino debe ser relajado para abrirse. En algunos casos puede ser necesario que en el día del procedimiento se requiera extenderlo un poco más mediante el uso de barras de dilatación metálicas. Esto puede ser doloroso, razón por la cual normalmente se utiliza anestesia local. A continuación, el médico inserta un tubo de plástico en el útero y se aplica succión ya sea por un dispositivo de vacío eléctrico o manual. La succión estira el cuerpo del feto en partes y lo saca en pedazos fuera del útero. El médico también puede usar una herramienta de bucle, llamada cureta, para raspar las partes restantes del feto fuera del útero.

Métodos De Aborto En El 2do Trimestre

Dilatación Y Evacuación(D&E): Alrededor De Las 13 Semanas Luego Del Upm Y Más Tarde³⁹

La mayoría de los abortos de segundo trimestre se llevan a cabo utilizando este método. El cuello del útero se debe abrir más ampliamente que en un aborto del primer trimestre debido a que el feto es más grande. Esto se realiza mediante la inserción de numerosas varillas delgadas hechas de algas uno o dos días antes del aborto y también por medio del uso de otros medicamentos vaginales para suavizar aún más el cuello uterino.⁴⁰ Hasta aproximadamente 16 semanas de gestación, el procedimiento es idéntico al del primer trimestre con la siguiente adición. Después de que el cuello uterino se abre y el contenido uterino es succionado las partes fetales restantes son retiradas con unas pinzas. Una cureta (una herramienta en forma de bucle) también puede ser utilizada para raspar cualquier tejido restante.

Después de 16 semanas, la mayor parte del procedimiento de aborto se realiza con las pinzas para estirar el feto en pedazos y sacarlo a través de la abertura del cuello uterino, ya que la aspiración por sí sola no funcionará debido al tamaño del feto. El médico realiza un seguimiento de qué partes fetales se han eliminado de manera que no quede ninguna en el interior, ya que potencialmente pueden causar infección. Por último, una cureta y /o la máquina de succión se utiliza para eliminar cualquier tejido o coágulos de sangre restantes, que si se dejaran atrás podrían causar infección y sangrado.

Métodos Médicos Para El Aborto Inducido En El 2º Trimestre⁴¹

Esta técnica induce aborto mediante el uso de medicamentos para provocar el parto eventual del feto y la placenta. Al igual que el parto a término, este procedimiento implica típicamente 10-24 horas en la sala de partos de un hospital. Digoxina o cloruro de potasio se inyecta en el líquido amniótico, el cordón umbilical o el corazón fetal antes del parto para evitar de esa forma el nacimiento de un feto vivo. El cuello del útero se ablanda con el uso de varillas delgadas de algas y/o medicamentos. A continuación, la pitocina, misoprostol y en algunos casos el mifepristone se usan para inducir el parto. En la mayoría de los casos, estos fármacos dan lugar a la salida del feto muerto y la placenta. La paciente puede recibir medicamentos para el dolor orales y/o intravenosos. De vez en cuando, se necesita un raspado del útero para extraer la placenta.

Posibles complicaciones incluyen la hemorragia y la necesidad de una transfusión de sangre, retención de placenta y la posible ruptura uterina (la cual es una emergencia quirúrgica).

Métodos De Aborto Tardío

Dilatación y Extracción Luego De Viabilidad De Nacimiento (De 24 Semanas En Adelante)⁴²

Este procedimiento suele durar 2-3 días y es asociado con un mayor riesgo para la salud y vida de la madre. Debido a la posibilidad de un parto de una criatura viva, se aplican inyecciones para provocar la muerte del feto. Esto se realiza con el fin de cumplir con la Ley de Prohibición del Aborto de 2003 que requiere que el feto esté muerto antes de ser removido completamente del cuerpo de la madre. Los medicamentos (digoxina y cloruro de potasio) se inyectan ya sea en el líquido amniótico, el cordón umbilical, o directamente en el corazón fetal. El resto del procedimiento es el mismo que en el segundo trimestre de D & E. Las partes fetales se reorganizan después de la eliminación del útero para asegurarse de que nada se quede atrás que pueda causar infección.

Una técnica alternativa, llamada "D & E intacta" también se utiliza. El objetivo es extraer el feto en una sola pieza, reduciendo así el riesgo de dejar partes detrás que puedan causar daño al cuerpo de la mujer. Este procedimiento requiere abrir con mayor amplitud el cuello del útero; sin embargo, frecuentemente es necesario tener que aplastar el cráneo del feto para que la cabeza salga del útero intacta ya que es difícil dilatar suficientemente el cuello del útero como para sacar la cabeza intacta.

Considere Los Riesgos Inmediatos Del Aborto

El aborto conlleva el riesgo de complicaciones importantes, como el sangrado, la infección y el daño a los órganos adyacentes. Complicaciones médicas graves ocurren con poca frecuencia en abortos tempranos, pero aumentan en los abortos tardíos.⁴³

Obtener información completa sobre los riesgos asociados con el aborto es difícil debido a reportes de información incompletos y la falta de mantenimiento de registros que asocien a los abortos con complicaciones.⁴⁸

Los Sigüientes Son Los Riesgos A Considerar

Sangrado Excesivo

Un poco de sangrado después de un aborto es normal. Sin embargo, hay un riesgo de sangrado severo conocido como hemorragia. Esto puede ser el resultado de desgarramientos cervicales, pinchazos uterinos, tejido retenido, o cuando el útero no se contrae después de que se vacía. Cuando esto sucede, una D & C puede ser necesario para detener la hemorragia, y a veces hasta una transfusión de sangre puede ser necesaria.⁴⁴

El Aborto Incompleto O Fallido⁴⁵

A veces, un aborto quirúrgico no es efectivo para succionar el embrión y el embarazo continúa. Esto es más común en los embarazos muy tempranos (4-6 semanas después del UPM.) En otros casos, el aborto elimina parte, pero no todo el tejido del embarazo. Esto puede resultar en la infección y sangrado.

Infección⁴⁶

La infección puede desarrollarse como consecuencia de la inserción de instrumentos médicos en el útero, o de partes del feto que se hayan quedado en el interior del útero (conocido como un aborto incompleto.) Esto puede causar sangrado y / o infección pélvica que requiere antibióticos, y puede resultar en la necesidad de una cirugía para vaciar completamente el útero. *La infección puede causar cicatrices de los órganos pélvicos.* (También lea el área sobre el aborto con Mifeprex para estar informada acerca de una infección mortal poco frecuente que se asocia con el aborto.)

El Daño A Los Órganos⁴⁷

El cuello del útero y/o el útero pueden ser cortados desgarrados o rasgados por los instrumentos de aborto. Esto puede causar sangrado excesivo y requiere reparación quirúrgica y como resultado la formación de la mucosa uterina. Si se perfora el útero, la vejiga y el intestino pueden ser lesionados. El riesgo de estos tipos de complicaciones se incremental con la duracion del embarazo.

Anestesia

Los anestésicos locales, sedantes, y medicamentos para el dolor pueden causar reacciones alérgicas de varios tipos. Los riesgos generales de la anestesia incluyen las convulsiones, complicaciones cardíacas, y muerte en casos extremos.⁴⁹

Sensibilización RH

Toda mujer embarazada debe recibir las pruebas de tipo de sangre para saber si su tipo de sangre es Rh negativo o Rh positivo. Las mujeres embarazadas que son Rh negativo deben recibir Rhogan® para prevenir la formación de anticuerpos que pueden afectar este o un futuro embarazo.⁵⁰

Muerte

En casos extremos, las complicaciones del aborto (sangrado excesivo, infección, daño de órganos, formación de coágulos de sangre, y las reacciones adversas a la anestesia) pueden conducir a la muerte.⁵¹ El riesgo de muerte inmediatamente después de un aborto inducido realizado en o antes de las 8 semanas es raro (aproximadamente 1 en un millón) pero aumenta con la duración del embarazo. Para embarazos de más de 21 semanas, el riesgo de muerte luego de un aborto inducido es 91 en un millón.⁵²

Considere Los Riesgos a Largo Plazo Del Aborto

El entendimiento de los riesgos reales asociados con el aborto es difícil debido a la falta de información y reporte de complicaciones. Existe evidencia que el aborto inducido puede estar asociado con la pérdida de salud física y mental a largo plazo.⁵³ Conozca los hechos antes de someterse a un procedimiento o tomar medicamentos que puedan tener efectos permanentes en su salud.⁵⁴



Aborto y Parto Prematuro

Las mujeres que se someten a uno o más abortos inducidos conllevan un riesgo significativamente mayor de tener un parto prematuro en el futuro.⁵⁵ El parto prematuro está asociado en mayor proporción con el nacimiento de niños con parálisis cerebral, así como todas las otras complicaciones de nacimiento (respiratorias, intestinales, cerebrales y problemas oculares.)⁵⁶

El Aborto y El Cáncer De Mama

Los expertos médicos continúan debatiendo sobre la relación entre el aborto y el cáncer del seno. La investigación ha revelado lo siguiente:

- Llevar un embarazo a término da una medida de protección contra el cáncer de seno, especialmente el primer embarazo de una mujer antes de los 30 años.⁵⁷ La interrupción del embarazo en esta etapa resulta en la pérdida de esta protección.⁵⁸
- Las hormonas del embarazo causan el rápido crecimiento del tejido de los senos en los primeros 3 meses, pero no es hasta después de las 32 semanas del UPM que los senos maduran lo necesario para producir leche materna y desarrollar más resistencia al cáncer de seno. Por eso es que un parto prematuro antes de las 32 semanas de embarazo UPM aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de seno, igual que un aborto tardío.⁵⁹
- La mayoría de los estudios mundiales reportan una asociación positiva (más riesgo) entre el aborto inducido y el desarrollo posterior del cáncer de seno.⁶⁰

El Aborto y La Placenta Previa⁶¹

La placenta previa ocurre cuando la placenta cubre, total o parcialmente, el cuello uterino. Esto puede resultar en una hemorragia masiva impredecible que amenace la vida del bebé y la madre, especialmente durante el parto. Además del riesgo de sangrado, la placenta previa se asocia con el riesgo de parto prematuro y muerte en la infancia temprana. El riesgo de placenta previa es mayor en las mujeres que, entre otros factores: han tenido un aborto inducido previo (especialmente del tipo D & C), son mayores de 34 años, tuvieron una cesárea previa y/o tenían una placenta previa en el pasado.

Impacto Psicológico y Emocional

Después de un aborto, la mayoría de las mujeres dicen que inicialmente sintieron alivio y esperaban con anticipación que sus vidas volvieran a la normalidad. Sin embargo, algunas mujeres reportan emociones negativas después del aborto que permanecen sin resolver. Para otras, los problemas relacionados con su aborto emergen meses o incluso años más tarde. Hay evidencia de que el aborto está asociado con una disminución de salud y bienestar emocional a largo plazo.⁶²

Alineado con la mejor evidencia disponible, las mujeres deben ser informadas de que el aborto aumenta significativamente el riesgo de:

- la depresión y ansiedad clínica⁶³
- el abuso de drogas y alcohol⁶⁴
- los síntomas consistentes con el trastorno de estrés postraumático (PTSD por sus siglas en inglés)⁶⁵
- pensamientos y comportamiento suicida⁶⁶

La evidencia científica indica en conclusión que el aborto esta más probablemente asociado con resultados psicológicos negativos en contraste con sufrir un aborto involuntario o de llevar un embarazo no deseado a término.⁶⁷

Si usted o alguien que conoce está luchando con sentimientos difíciles y frustrantes después de un aborto, los centros de embarazo ofrecen apoyo compasivo y confidencial, diseñado para ayudar a las mujeres a lidiar con estos sentimientos y encontrar alivio. No estas sola.

Impacto en las Relaciones Humanas

El embarazo a menudo afecta las relaciones más importantes de la mujer. Muchas parejas eligen el aborto para preservar su relación. Sin embargo, la investigación sobre este tema revela todo lo contrario. Las parejas que eligen el aborto inducido están a mayor riesgo de sufrir problemas en su relación en el futuro.⁶⁸

Las mujeres que experimentan la falta de apoyo y presión para abortar de sus parejas son más propensas a elegir el aborto.⁶⁹

Consecuencias Espirituales

Las personas tienen diferentes concepciones de Dios. Sean cuales sean sus creencias, el tener un aborto puede afectar más que su cuerpo y su mente; hay un lado espiritual del aborto que merece ser explorado ¿Ha considerado lo que Dios piensa acerca de su situación? ¿Qué piensa sobre su propio desarrollo espiritual, y el futuro de su bebé aún no nacido, como un ser espiritual con alma propia?

Explore Sus Opciones

Usted tiene el derecho legal a elegir el resultado de su embarazo.

El empoderamiento femenino real surge cuando se encuentra la fuerza y los recursos necesarios para tomar su mejor opción.

Crianza de los Hijos

La elección de continuar con el embarazo y ser madre puede resultar abrumador al principio. La buena noticia es que hay una gran cantidad de recursos diseñados específicamente para ayudar a mujeres solteras o parejas a criar con éxito a su hijo/a.

Las personas preocupadas pueden acudir a su centro de recursos para el embarazo locales, ellos están listos para conectarla con estos recursos necesarios, tales como:

- cuidado prenatal
- clases de preparación para el parto
- clases de preparación para la maternidad/ paternidad
- recursos para la infancia y maternidad
- ayuda emocional y espiritual

Muchas mujeres y hombres encuentran la ayuda necesaria para lograr que ésta sea una decisión positiva.

Adopción

El desarrollo de un plan de adopción le permite crear un futuro positivo para usted y su hijo. La adopción no es probablemente la primera opción en su mente cuando se enfrenta a un embarazo no planeado. Sin embargo, es posible que se complazca en saber que usted puede seleccionar los padres que crían a su hijo, y que es posible que tenga algún nivel de relación continua con su hijo, si lo desea.

Al contrario del aborto, la adopción le provee la satisfacción de por vida que usted le dió a su hijo/a la oportunidad de tener una vida propia.

La investigación sobre este tema ha demostrado que las adolescentes y mujeres embarazadas que hacen un plan de adopción tienen más probabilidades de terminar la escuela, tienen mejores puestos de trabajo y en general disfrutan un alto nivel de satisfacción con su decisión de adoptar.

Cada año miles de mujeres en los Estados Unidos seleccionan esta opción. Esta decisión se hace a menudo por mujeres que pensaron en un principio que el aborto era su única salida.

Definiciones⁷¹

Abortivo:	Una sustancia, medicamento o dispositivo que causa la destrucción del embrión o el feto.
Aborto inducido o provocado*:	Poner fin a un embarazo por medio de la destrucción del embrión o el feto.
Cuello uterino:	El extremo estrecho más bajo del útero.
Concepción (o la fertilización):	La unión del espermatozoide masculino y el óvulo de la mujer para crear la forma más pequeña de la vida humana (óvulo fecundado).
D & C:	Dilatación y curetaje. Un procedimiento quirúrgico que incluye la dilatación del cuello uterino usando una cureta (cuchillo en forma de cuchara) para raspar partes de la pared del útero y sus contenidos.
Embrión:	La vida humana en las primeras semanas de desarrollo, durante las cuales se forman todos los órganos.
Feto:	Un feto en desarrollo con una estructura humana observable; la etapa siguiente al embrión. La raíz latina es la palabra “descendencia”.
Embarazo de término completo:	El punto en el que el embarazo ha completado por lo menos 37 semanas desde la última menstruación de la madre.
Gestación:	En el embarazo humano, es la longitud de tiempo desde la fertilización hasta el nacimiento.
Implantación:	Cuando el óvulo fertilizado se adhiere a la pared uterina interior.
Último período menstrual (UPM):	la fecha en que una mujer comienza su último período menstrual antes de la concepción . Este es el momento a partir del cual el embarazo y la edad del feto se miden normalmente.
Uso no autorizado:	La prescripción de un medicamento para ser utilizado en una manera o por una condición que no se incluyó en la aprobación inicial de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos. ⁷²
Placenta:	Una estructura que proporciona alimento al bebé a través de la corriente sanguínea de la madre.
Trimestre:	un intervalo de 3 meses utilizado para medir el embarazo en tres etapas sucesivas: primer (1º) trimestre, segundo (2º) trimestre y tercer (3º) trimestre.
Útero:	Órgano de la Mujer en el que el feto se desarrolla durante el embarazo.

*Para el propósito de esta publicación, donde quiera que se encuentre la palabra aborto se refiere al aborto inducido o provocado.

Biografias

- 1 Cunningham G, et al. Williams Obstetrics. 21st ed. New York: McGraw-Hill Publishers; 2001.
- 2 MAG 33
- 3 Gittenger-de-Groot, A. (2000). *Textbook of fetal cardiology: Normal and abnormal cardiac development*. (pp. 15–27). 4London: Greenwich Medical Media Limited.
- 4 deVries, J. (1982). The emergence of fetal behaviour. I. Qualitative aspects. *Early Hum Dev.*, 7(4), 301–22.
- 5 Licensed from The Endowment for Human Development. www.ehd.org.
- 6 Moore, K *Dermatoglyphics: Science in transition*. 1991; (pp. 95–112). New York: Wiley-Liss.
- 7 Hepper, P Sex differences in fetal mouth movements. *Lancet*. 1997;350(9094), 1820–21. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9428256?dopt=Abstract>. Accessed January 30, 2014.
- 8 Glover, V., Fisk, N. Fetal pain: Implications for research and practice. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106(9):881–86.
- 9 Mayo Clinic. (2012, Dec 04). *Fetal development: The first trimester*. Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/prenatalcare/ART-20045302>. Accessed January 30, 2014.
- 11 Larimore, W.L. Growing debate about the abortifacient effect of the birth control pill and the principle of the double effect. *Journal Ethics and Medicine*. January 2000;16(1):23–30. Updated October 1, 2004. Available at: <http://www.epm.org/resources/2004/Oct/01/growing-debate-about-abortifacient-effect-birth-co/>. Accessed January 27, 2014.
- 10 Katz, V., et al. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2007.
- 12 Plan B One-Step™ drug summary. (2014). Retrieved from <http://www.pdr.net/drug-summary/plan-b-onestep?druglabelid=573&id=1542>. Accessed January 27, 2014.
- 13 *Important information about Plan B One-Step™*: Side effects. (2013). Retrieved from <http://www.planbonestep.com/taking-plan-b-one-step.aspx>. Accessed January 27, 2014.
- 14 *Important information about Plan B One-Step™*: When not to take Plan B One-Step™. (2013). Retrieved from <http://www.planbonestep.com/taking-plan-b-one-step.aspx>. Accessed January 27, 2014.
- 15 *Important information about Plan B One-Step™*: Side effects. (2013). Retrieved from <http://www.planbonestep.com/taking-plan-b-one-step.aspx>. Accessed January 27, 2014.
- 16 Raymond, E., Trussell, J. (2007). Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 109(1), 181–88.
- 17 Trussell, J., Raymond, E., Cleland, K. (2013, December). *Emergency contraception: A last chance to prevent unintended pregnancy*. Retrieved from <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>. Accessed January 30, 2014.
- 18 Watson Pharma, Inc. (2013, Oct). *ella® full prescribing information: Use in specific populations*. Retrieved from http://pi.actavis.com/data_stream.asp?product_group=1699&p=pi&language=E. Accessed on January 30, 2014.
- 19 U.S. Food and Drug Administration. (2012). *FDA approved patient labeling: How effective is ella®?* Retrieved from http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/022474s002lbl.pdf. Accessed January 30, 2014.
- 20 Larimore, W.L. Growing debate about the abortifacient effect of the birth control pill and the principle of the double effect. *Journal Ethics and Medicine*. January 2000;16(1):23–30. Updated October 1, 2004. Available at: <http://www.epm.org/resources/2004/Oct/01/growing-debate-about-abortifacient-effect-birth-co/>. Accessed January 27, 2014.
- 21 Harrison, D.J., Mitroka, J.G. Defining reality: The potential role of pharmacists in assessing the impact of progesterone receptor modulators and misoprostol in reproductive health. *The Annals of Pharmacotherapy*. Dec 21, 2010; 45(1):115–9.
- 22 U.S. Food and Drug Administration. (2012). *ella® full prescribing information: Use in specific populations*. Retrieved from http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/022474s002lbl.pdf. Accessed January 30, 2014.
- 23 U.S. Food and Drug Administration. (2012). *ella® full prescribing information: Adverse reactions*. Retrieved from http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/022474s002lbl.pdf. Accessed January 30, 2014.
- 24 U.S. Food and Drug Administration. (2012). *ella® full prescribing information: Drug interactions*. Retrieved from http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/022474s002lbl.pdf. Accessed January 30, 2014.
- 25 U.S. Food and Drug Administration. (2012). *ella® full prescribing information: Use in specific populations*. Retrieved from http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/022474s002lbl.pdf. Accessed January 30, 2014.

- 26.1 Chen, Q. (2011). Mifepristone in combination with prostaglandins for termination of 10–16 weeks' gestation: a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 159, 247–254.85.
- 26.2 Boonstra, H. (2013). Medication abortion restrictions burden women and providers' and threaten U.S. trend toward very early abortion. *Guttmacher Policy Review*, 16(1), Retrieved from <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/16/1/gpr160118.html>. Accessed January 30, 2014.
- 27 U.S. Food and Drug Administration, Postmarket Drug Safety Information for Patients and Providers. (2011). *Mifeprex™ (mifepristone) information*. Retrieved from website: <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugafetyinformationforpatientsandproviders/ucm111323.htm>. Accessed January 30, 2014.
- 28 U.S. Food and Drug Administration, (2009). *Mifeprex™ medication guide (2957855)*. Retrieved from website: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/UCM258412.pdf>. Accessed January 31, 2014.
- 29 Ibid.
- 30.1 U.S. Food and Drug Administration, Postmarket Drug Safety Information for Patients and Providers. (2010). *Mifeprex™ questions and answers: What serious adverse events have been reported after mifepristone use?* Retrieved from website: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm111328.htm>. Accessed January 31, 2014.
- 30.2 Gacek, C. (2012). RU-486 (mifepristone) side-effects, 2000–2012. *Family Research Council Issue Analysis*.
- 31 U.S. Food and Drug Administration, Postmarket Drug Safety Information for Patients and Providers. (2011). *Mifeprex™ questions and answers: What is a ruptured ectopic pregnancy and how often does this happen?* Retrieved from website: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm111328.htm>. Accessed January 31, 2014.
- 32.1 Spitz, I., Bardin, W., Benton, L., Robbins, A. (1998). Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 338(18), 1241–47. Retrieved from <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199804303381801>. Accessed January 31, 2014.
- 32.2 Stubblefield, P., Carr-Ellis, S., Borgatta, L. (2004). Methods for induced abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 104(1), 174-185. doi: 10.1097/01.AOG.0000130842.21897.53.
- 33 Ibid.
- 34 U.S. Food and Drug Administration, (2009). *Mifeprex™ medication guide (2957855)*. Retrieved from website: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/UCM258412.pdf>. Accessed January 31, 2014.
- 35 U.S. Food and Drug Administration, (2005). *Mifeprex™ patient agreement*. Retrieved from website: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/UCM258412.pdf>. Accessed January 31, 2014.
- 36.1 Physician's Desk Reference. (2014). *Methotrexate drug summary*. Retrieved from <http://www.pdr.net/drug-summary/methotrexate-injection-methotrexate-for-injection?druglabelid=764>. Accessed January 31, 2014.
- 36.2 Paul, M., Lichtenberg, S., Borgatta, L., Grimes, D., Stubblefield, P., Creinin, M. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy comprehensive abortion care: Chapter 9 medical abortion in early pregnancy*. (1st ed., pp. 122–23). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- 37.1 Physician's Desk Reference. (2014). *Cytotec (misoprostol) drug summary*. Retrieved from <http://www.pdr.net/drugsummary/cytotec?druglabelid=1044>. Accessed January 31, 2014.
- 37.2 Paul, M., Lichtenberg, S., Borgatta, L., Grimes, D., Stubblefield, P., Creinin, M. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy comprehensive abortion care: Chapter 9 medical abortion in early pregnancy*. (1st ed., pp. 122–23). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- 38.1 Katz, V., et al. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2007.
- 38.2 Paul, M., Lichtenberg, S., Borgatta, L., Grimes, D., Stubblefield, P., Creinin, M. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy comprehensive abortion care: Chapter 10 first-trimester aspiration abortion*. (1st ed., pp. 135–51). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- 38.3 American Congress of Obstetricians and Gynecologists. *Induced Abortion*. ACOG Patient Education Pamphlet; November 2008.
- 38.4 Rock, J., Thompson, J. *TeLinde's Operative Gynecology*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
- 38.5 Stenchever, M.A., Droegemueller, W., Herbst, A.L., Mischell, D. *Comprehensive Gynecology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
- 39 Paul, M., Lichtenberg, S., Borgatta, L., Grimes, D., Stubblefield, P., Creinin, M. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy comprehensive abortion care: Chapter 11 dilation and evacuation*. (1st ed., pp. 157–74). West Sussex: Wiley-Blackwell.

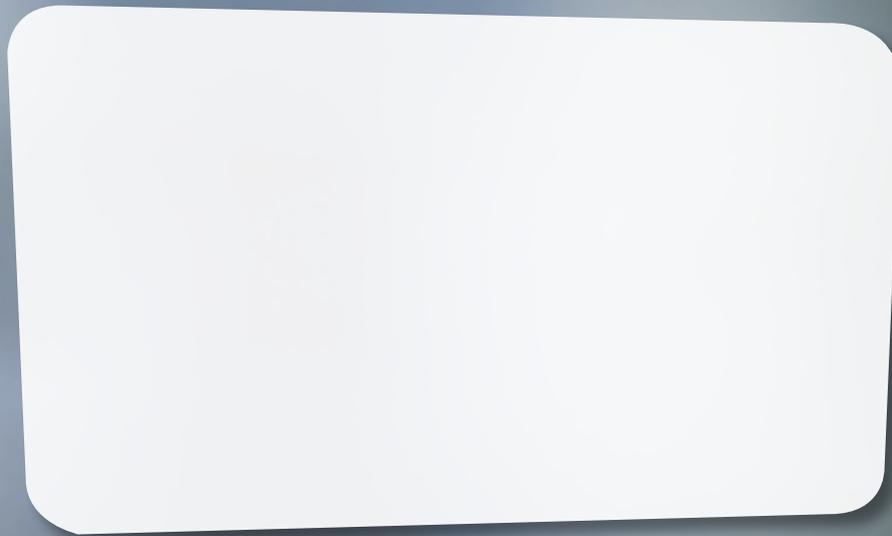
- 40 Fox, M. (2007). Cervical preparation for second trimester surgical abortion prior to 20 weeks. *Contraception*, 76(6), 486–95.
- 41.1 Paul, M., Lichtenberg, S., Borgatta, L., Grimes, D., Stubblefield, P., Creinin, M. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy comprehensive abortion care: Chapter 12 medical methods to induce abortion in the second trimester*. (1st ed., pp. 178–88). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- 41.2 Pasquini, L., et al. Intracardiac injection of potassium chloride as method for feticide: Experience from a single U.K. tertiary centre. *Br J Obstet Gynaecol*. 2008;115(4):528–31.
- 42 Paul, M., Lichtenberg, S., Borgatta, L., Grimes, D., Stubblefield, P., Creinin, M. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy comprehensive abortion care: Chapter 11 dilation and evacuation*. (1st ed., pp. 157–74). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- 43 Paul, M., Lichtenberg, S., Borgatta, L., Grimes, D., Stubblefield, P., Creinin, M. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy comprehensive abortion care*. (1st ed., pp. 111–92). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- 44.1 Katz, V., et al. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2007.
- 44.2 American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Induced Abortion. *Patient Education Pamphlet*; November 2008.
- 45
- 46.1 Katz, V., et al. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2007.
- 46.2 American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. *Practice Bulletin No. 104*; May 2009.
- 46.3 American Congress of Obstetricians and Gynecologists. *Dilatation & Curettage. Patient Education Pamphlet*; December 2005.
- 46.4 American Congress of Obstetricians and Gynecologists. *Pelvic Inflammatory Disease. Patient Education Pamphlet*; April 2010.
- 47.1 Katz, V., et al. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2007.
- 47.2 American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Induced Abortion. *Patient Education Pamphlet*; November 2008.
- 47.3 American Congress of Obstetricians and Gynecologists. *Dilatation & Curettage. Patient Education Pamphlet*; December 2005.
- 48 Guttmacher Institute. State policies in brief, abortion reporting requirements as of January 2014. Available at: http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_ARR.pdf. Accessed January 31, 2014.
- 49 Katz, V., et al. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2007.
- 50 American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Management of alloimmunization during pregnancy. *Practice Bulletin No. 75*; August 2006.
- 51.1 Katz, V., et al. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2007.
- 51.2 Paul, M., Lichtenberg, S., Borgatta, L., Grimes, D., Stubblefield, P., Creinin, M. (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy comprehensive abortion care*. (1st ed., pp. 111–92). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- 52 Guttmacher Institute. (2013, December). *Facts on induced abortion in the United States*. Retrieved from http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.pdf. Accessed February 1, 2014.
- 53 Thorp, J.M., Hartmann, K.E., Shadigian, E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: Review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv*. 2003;58(1):67–79.
- 54.1 Guttmacher Institute. State policies in brief, abortion reporting requirements as of January 2014. Available at: http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_ARR.pdf. Accessed January 31, 2014.
- 54.2 Pazol, K., et al. Centers for Disease Control and Prevention. Abortion Surveillance – United States, 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*. February 25, 2011;60(01):1–39.
- 55.1 Swingle, H. M., Colaizy, T. T., Zimmerman, M. B., Morriss, F. H. (2009). Abortion and the risk of subsequent preterm birth: A systematic review with meta-analyses. *The Journal of Reproductive Medicine*, 54(2), 95–108.
- 55.2 Shah, P. S., Zao, J. (2009). Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: A systematic review and meta-analyses. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(11), 1425–42. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02278.x.
- 55.3 Moreau, C., Kaminski, M., Ancel, P.Y., Bouyer, J., et al. Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: Results of the EPIPAGE study. *Br J Obstet Gynaecol*. 2005;112(4):430–37.
- 55.4 Ancel, P.Y., Lelong, N., Papiernik, E., Saurel-Cubizolles, M.J., Kaminski, M. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: Results of EUROPOP survey. *Hum Reprod*. 2004;19(3):734–40.
- 55.5 Behrman, R., Stith, B. Preterm birth: Causes, consequences, and prevention. *Institute of Medicine of the National Academy of Sciences*; 2006.

- 56.1 Ibid.
- 56.2 Rooney, B., Calhoun, B. Induced abortion and risk of later premature births. *J Am Phys Surg.* 2003;8(2):46–49.
- 57.1 Troisi, R., et al. (2013). A linked-registry study of gestational factors and subsequent breast cancer risk in the mother. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev*, 22(5), 835–47.
- 57.2 National Institutes of Health, National Cancer Institute. (2012). Breast cancer risk in American women. Retrieved from website: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/detection/probability-breast-cancer>. Accessed February 1, 2014.
- 57.3 Trichopoulos, D. (1983). Age at any birth and breast cancer risk. *Int. J. Cancer*, 31, 701–04.
- 57.4 Vatten, L., et al. (2002). Pregnancy related protection against breast cancer depends on length of gestation. *Brit J of Cancer.* 87, 289–90.
- 58 Ibid.
- 59.1 Hsieh, C., et al. Delivery of premature newborns and maternal breast cancer risk. *Lancet.* 1999.
- 59.2 Russo, J., et al. Developmental, molecular and cellular basis of human breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2000;27:17–37.
- 60.1 Bhadoria, A.S., Kapil, U., Sareen, N., Singh, P. (2013). Reproductive factors and breast cancer: A case-control study in tertiary care hospital of north India. *Indian Journal of Cancer*, 50, 316–21. doi: 10.4103/0019-509X.123606
- 60.2 Huang, Y., Zhang, X., Song, F., Dai, H., Wang, J., Gao, Y. (2014). A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females. *Cancer Causes & Control*, 25(2), 227–36. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s10552-013-0325-7>. Accessed February 1, 2014.
- 60.3 Brind, J. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: A critical review of recent studies based on prospective data. *J Am Phys Surg.* Winter 2005;10(4).
- 60.4 Carroll, P. The breast cancer epidemic: Modeling and forecasts based on abortion and other risk factors. *J Am Phys Surg.* 2007;12(3).
61 MAG 159,160,161
- 62.1 Coleman, P.K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 180–86. doi: 10.1192/bjp.bp.110.077230.
- 62.2 Thorp, J.M., Hartmann, K.E., Shadigian, E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: Review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv.* 2003;58(1):67–79.
- 63.1 Cogle, J.R., et al. Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monit.* 2003;9(4):105–12.
- 63.2 Fergusson, D.M., et al. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(1):16–24.
- 63.3 Pedersen, W. Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scand J Public Health.* 2008;36(4):424–28.
- 63.4 Rees, D.I., Sabia, J.J. The relationship between abortion and depression: New evidence from the Fragile Families and Child Wellbeing Study. *Med Sci Monit.* 2007;13(10):430–36.
- 64.1 Fergusson, D.M., et al. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(1):16–24.
- 64.2 Coleman, P.K., Reardon, D., Rue, V. Prior history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1673–78.
- 64.3 Coleman, P.K., et al. Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *Br J Health Psychol.* 2005;10:255–68.
- 64.4 Coleman, P.K. Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *J Youth Adolesc.* 2006;35:903–11.
- 64.5 Pedersen, W. Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: A population-based longitudinal study. *Addiction.* 2007 December;102(12):1971–78.
- 64.6 Reardon, D.C., Coleman, P.K., Cogle, J. Substance use associated with prior history of abortion and unintended birth: A national cross sectional cohort study. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2004;26:369–83.

- 65.1 Curley, M., Johnston, C. (2013). The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, doi: 10.1007/s11414-013-9328-0.
- 65.2 Coleman, P.K., Coyle, C., Rue, V. (2010). Late-term elective abortion and susceptibility to posttraumatic stress symptoms. *Journal of Pregnancy*, Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1155/2010/130519>. Accessed February 1, 2014.
- 65.3 Thorp, J.M., Hartmann, K.E., Shadigian, E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: Review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv.* 2003;58(1):67–79.
- 65.4 Rue, V.M., et al. Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit.* 2004;10:5–16.
- 66.1 Fergusson, D.M., et al. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(1):16–24.
- 66.2 Reardon, D.C., Shuping, M.W., et al. Deaths associated with abortion compared to childbirth: A review of old and new data and the medical and legal implications. *J Contemp Health Law Policy.* 2004;20(2):279–327.
- 66.3 Gissler, M., et al. Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy; *Eur J Public Health.* 2005;15(5):459–63.
- 66.4 Shadigian, E.M., et al. Pregnancy-associated death: A qualitative systematic review of homicide and suicide. *Obstet Gynecol Surv* 2005;60(3):183.
- 67.1 Coleman, P.K. Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *J Youth Adolesc.* 2006;35:903–11.
- 67.2 Reardon, D.C., Coleman, P.K., Cogle, J. Substance use associated with prior history of abortion and unintended birth: A national cross sectional cohort study. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2004;26:369–83.
- 67.3 Broen, A.N., Moum, T., Bodtker, A.S., Ekeberg, O. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A two-year follow-up study. *Psychosom Med.* 2004;66(2):265–71.
- 67.4 Broen, A.N., Moum, T., Bodtker, A.S., Ekeberg, O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med.* 2005;3:18.
- 68 Coleman, P.K., Rue, V.M., Coyle, C.T. Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Public Health.* April 2009;123(4):331–38.
- 69 Coleman, P.K., et al. Predictors and correlates of abortion in the Fragile Families and Well-Being Study: Paternal behavior, substance use, and partner violence. *Int J Ment Health Addict.* July 2009;7(3):405–22.
- 70 National Council for Adoption. Adoption awareness training program; 2009. Retrieved from website: <https://www.adoptioncouncil.org/publications/adoption-factbook.html>. Accessed February 1, 2014.
- 71 National Institutes of Health, National Library of Medicine. (2014). *Medline plus medical dictionary*. Retrieved from Merriam-Webster website: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html>. Accessed February 2, 2014.
- 72.1 Boonstra, H. (2013). Medication abortion restrictions burden women and providers' and threaten U.S. trend toward very early abortion. *Guttmacher Policy Review*, 16(1), Retrieved from <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/16/1/gpr160118.html>. Accessed January 30, 2014.
- 72.2 U.S. Food & Drug Administration. Truthful prescription drug advertising and promotion: The prescriber's role – recognize and report. Common violations. April 2010. Available at: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Surveillance/PrescriptionDrugAdvertisingandPromotionalLabeling/UCM209847.pdf>. Accessed March 16, 2011.

Hay Ayuda Disponible

Enfrentarse a un embarazo inesperado puede ser abrumador. Es por eso que es importante saber a dónde ir en busca de ayuda. Hable con alguien de confianza, su pareja, sus padres, un pastor, un sacerdote, o tal vez un buen amigo. Recuerde que también tiene apoyo con las personas que trabajan en su centro local de recursos de embarazo. Ellos están disponibles para ayudarle a través de esta etapa estresante.



Para encontrar recursos para ayudarle a tomar su decision, visite:

B4YouDecide.org



© 2015 Care Net. Todos los derechos reservados.