

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN · Nº 3

Algunos efectos secundarios del aborto en la mujer

1 de agosto 2009

Adaptación de varios artículos publicados por la Asociación Americana de Ginecólogos y Obstetras Pro-Vida*.
Su contenido puede reproducirse citando su procedencia.

* Complications of Induced Abortion - American Association of Pro Life Obstetricians and Gynecologists (AAPLOG) - 339 River Ave.,
Holland, Michigan, MI 49423 (EE UU) - www.aaplog.org.

Indice

I. Introducción	3
– Un procedimiento totalmente inusual	
– Ausencia de datos fiables	
II. Nacimientos prematuros en mujeres que han sufrido un aborto previo	4
– Una omisión significativa	
– Una rectificación incompleta	
– Datos científicos	
– Un crecimiento sospechoso	
III. Consecuencias del aborto para la salud mental de la mujer	8
– Estudios norteamericanos	
– Otros estudios	
– Los requisitos de un consentimiento verdaderamente informado	
IV. Consecuencias del aborto para las adolescentes	11
– Aborto y tendencias suicidas	
– Aborto, trauma y abuso	
– Trastornos de la personalidad	
– Aborto y libertad de elección	

I. Introducción

Un procedimiento totalmente inusual

Cuando el aborto legal se introdujo en la sociedad norteamericana –enero de 1973–, el modo de aceptarlo como parte de la *atención médica* fue totalmente inusual, ya que no se hizo ningún estudio serio sobre sus efectos secundarios potenciales para las pacientes. Por tanto, fue más una iniciativa legal que la culminación de un proceso científico de la biomedicina. Habitualmente, la introducción de un nuevo *tratamiento* implica una experimentación extensiva durante un plazo mínimo y una equilibrada y profunda consideración de la literatura médica sobre los efectos para la salud y el bienestar del paciente, tanto a corto plazo como a largo. Esta evaluación de seguridad no tuvo lugar para nada tras la introducción del aborto legal voluntario, sobre todo en lo que se refiere a los efectos secundarios a largo plazo.

Las consecuencias inmediatas del aborto inducido por D y C (aborto de dilatación y curetaje) realizado durante el primer trimestre de gestación y en grandes hospitales públicos han sido suficientemente documentadas desde el principio de los setenta. Sin embargo, durante los pasados 25 ó 30 años, una gran mayoría de abortos se ha realizado en clínicas privadas sin control, en las que el nivel de pericia varía significativamente y el historial clínico es incompleto, entre otras cosas porque no se realiza ningún seguimiento médico posterior. Ese es el motivo por el que es frecuente que digan que no han visto efectos secundarios, porque se limitan a hacer el aborto y ahí termina la relación con la paciente. Los efectos secundarios, por tanto, los *heredan* las urgencias y las consultas de los hospitales públicos. Como resultado de este *acuerdo implícito*, una medición fiable de las complicaciones de la mayoría de abortos inducidos resulta prácticamente imposible.

Ausencia de datos fiables

En consecuencia, existen pocos datos sobre las consecuencias del aborto voluntario, salvo el cumplimiento de su finalidad de poner fin al embarazo. En la mayoría de los casos, la inexistencia de efectos secundarios y los beneficios obtenidos por la paciente simplemente se han dado por supuestos, apoyándose en estudios poco serios o inexistentes. Y esta falta de rigor se ha mantenido durante más de 35 años, con un razonamiento semejante al de pensar que “si es legal, tiene que ser beneficioso para la salud”.

Se supone que el sistema médico norteamericano es uno de los más avanzados del mundo. Existen estadísticas muy fiables de los resultados de todos los tratamientos médicos, excepto del aborto, porque se consiente que se haga en clínicas que no cumplen las normas establecidas y que no tienen problema para afirmar que sus pacientes nunca padecen efectos secundarios, aunque no existe un seguimiento de sus pacientes. Es decir, no se puede acceder al historial de 1,2 millones de norteamericanas que se someten al aborto cada año y, por lo tanto, no es posible conocer si han sufrido efectos secundarios en la mayor parte de los casos.

Es más. Hay que tener en cuenta que, a veces, ni siquiera se sabe cuántos abortos se practican ni a quien. Informar de los abortos es voluntario, y hay varios estados –California, New Hampshire y Virginia– que nunca aportan datos al Centro para el Control y la Prevención de

Enfermedades, que es el encargado de elaborar las estadísticas. Y el tipo de información facilitada por otros estados varía sensiblemente. En cambio, todos los historiales médicos de las personas en algunos países europeos se encuentran almacenados en un registro nacional, que puede ser consultado, y eso explica que la Asociación Americana de Médicos y Ginecólogos Provida (*American Association of Pro-Life Physicians and Gynecologists, AAPLOG*) tenga que acudir a esas otras fuentes de datos para aportar datos fiables.

La información que presentamos a continuación trata de establecer algunas de las consecuencias negativas del aborto a largo plazo, con el deseo de que médicos y orientadores informados y razonables puedan ayudar a mujeres que se ven envueltas en un embarazo inesperado a tomar una decisión beneficiosa, tanto para la vida del niño no nacido como para su propia salud física, emocional y reproductiva.

II. Nacimientos prematuros en mujeres que han sufrido un aborto previo

Los nacimientos prematuros se han convertido en una realidad médica con una extensión creciente y un coste considerable, tanto en Estados Unidos (en otros países también). Se llama *nacimiento prematuro* al que sucede antes de la semana 37) se han incrementado en un 27% desde 1981. En 2002, la tasa de prematuros (en inglés, *preterm* o PTB) fue del 12,1% del total de nacimientos y superior al 17% en el caso de los afroamericanos.

Es conocido que en 2003 el *American College of Obstetricians and Gynecologists* y la *March of Dimes Foundation* anunciaron una gran campaña para reducir el número de nacimientos prematuros en Estados Unidos, a la que se unieron la *American Academy of Pediatrics* y la *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*.

Una omisión significativa

Pues bien, esta campaña ha identificado una serie de factores de riesgo que favorecen el nacimiento prematuro y que incluye las infecciones, el stress del bebé o de la madre, las hemorragias o el útero dilatado, la edad de la madre o su peso, el consumo de tabaco o de drogas y el componente genético. Pero, concluyen, “no hay causa confirmada para la mitad de los nacimientos prematuros”. AAPLOG ha denunciado que han evitado incluir el aborto inducido como un factor de riesgo. Simplemente han decidido ignorarlo (también en su sitio web), a pesar de que la literatura médica confirma de forma rotunda que un aborto inducido previo puede ser determinante para que se produzca un nacimiento prematuro en el embarazo siguiente. Nada menos que 59 estudios distintos han demostrado estadísticamente el incremento significativo de nacimientos prematuros o de nacimientos de riesgo por el bajo peso del bebé en mujeres a las que se les practicó antes un aborto inducido.

Que la *March of Dimes Foundation* no mencione el aborto inducido como un factor de riesgo para los nacimientos prematuros coincide con la antigua posición del *American College of Obstetricians and Gynecologists*, que en su *Practice Bulletin* nº 26 de abril 2001 afirmaba que “los

riesgos a largo plazo atribuidos en ocasiones al aborto quirúrgico incluyen efectos potenciales sobre la función reproductiva, la incidencia del cáncer y secuelas psicológicas, pero la literatura médica, si es evaluada cuidadosamente, demuestra con claridad que no existen impactos negativos significativos de ninguno de estos factores en el aborto quirúrgico”.

Una rectificación incompleta

En octubre de 2005, sin embargo, ese *Practice Bulletin* fue reemplazado por el nº 67, que omite semejante afirmación, aunque tampoco la sustituye por otra más ajustada a la realidad, como sucede con toda la literatura que hemos visto de esa Asociación hasta hoy (diciembre 2008). Por ejemplo, en el *ACOG Amicus* de diciembre de 2006 se afirma sobre el la sentencia del Tribunal Supremo de EE UU en el caso Ayotte que “no hay pruebas fiables que demuestren que los abortos son perjudiciales para la salud de los menores. Amplios estudios han concluido que no existen efectos secundarios físicos o psíquicos documentados del aborto entre mujeres adolescentes. Las menores que abortan no tienen un riesgo mayor de complicaciones en futuros embarazos, o de futuros problemas médicos o psicológicos”. AAPLOG, en cambio, considera que una conclusión tan general y dogmática no está en absoluto justificada por la literatura médica. Por el contrario, existen argumentos de mucha entidad en la literatura médica que señalan al aborto inducido como factor de riesgo para los nacimientos prematuros, y como una posible causa de la escalada en la tasa de nacimientos prematuros que se ha producido a lo largo de los últimos 30 años.

Determinar cuáles son las causas de la actual “epidemia” de nacimientos prematuros es crucial, porque el bajo peso del bebé al nacer (*Low Birth Weight* o LBW) y el nacimiento prematuro (*Preterm Birth* o PTB) son los factores de riesgo más importantes de mortalidad infantil y de discapacidades posteriores, así como de menores competencias cognitivas y mayores problemas de conducta. Así que, además del enorme coste humano, el coste económico que requiere un cuidado apropiado de los bebés prematuros se convierte en una carga considerable para el presupuesto del sistema sanitario.

Datos científicos

A continuación se incluyen algunos estudios destacados que establecen esta relación entre el aborto inducido y el riesgo al subsiguiente nacimiento prematuro.

- Thorp [Thorp, et. al., *Long term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: Review of the Evidence (OB GYN Survey, Vol 58 #1, 2002)*] 12 de 24 estudios mostraron una relación entre aborto inducido y PTB, observando un riesgo doble al esperado. Thorp identificó un efecto de “respuesta a la dosis”, esto es, a mayor aborto inducido, mayor riesgo.
- Calhoun-Rooney [Calhoun, B, Rooney, B; *Induced Abortion and Risk of Later Premature Birth (Journal of American Physicians and Surgeons, Volt 8, #2, 2003)*] Calhoun y Rooney presentaron en 1993 un estudio australiano elaborado por Lumley y que analiza 121.305 nacimientos.

Tiempo de gestación	Nº de abortos previos			Estudio 1998
	1	2	3	4+
20-27 semanas (XPB)	1.6	2.5	5.6	9
28-31 semanas	1.5	1.1	2.6	
32-36 semanas	1.1	1.6	2.4	

Fuente: Riesgo de nacimiento prematuro por el número de abortos inducidos previos comparado con el resultado de primeros embarazos. (Lumley, *The epidemiology of Pre term birth*, *Baillieres Clinical OBGYN*, 1993;7(3)477-498. También Lumley, *Prenatal Neonatal Med* 1998; 3:21-24)

La mayoría de los abortos inducidos recogidos en este estudio se produjeron por aspiración, que sería el método menos traumático para el cuello del útero. No obstante, estos abortos suponen un aumento significativo de las tasas de nacimientos prematuros. Cabe señalar que la categoría de nacimientos prematuros extremos (*Extreme Preterm Birth* o XPB) es excesivamente alta, con el doble de XPB con sólo dos abortos inducidos previos, con un incremento de más de 5 veces con 3, y un aumento increíble de 9 veces con 4 o más abortos inducidos (el estudio de 1998 se refiere al realizado por Lumley analizando 243.679 nacimientos).

- *El estudio bávaro [Martius, et.al; Risk factors... EuroJ.ObGynReproBiol1998; 80:183-189]* Clahoun y Rooney presentaron en el año 1998 un estudio de Baviera en el que analizaron 106.345 nacimientos.

Tiempo de gestación	Nº de abortos previos		
	1	2	3
<32 semanas	2.5	5.2	8.0
<37 semanas	1.5	2.1	3.6

Fuente: Martius, et.al; "Risk factors..." *EuroJ.ObGynReproBiol* (1998;80:183-189).

Cabe señalar aquí otra vez el efecto de "respuesta a la dosis" (a mayor aborto inducido, mayor riesgo de nacimientos prematuros) y también observar el excesivo incremento de nacimientos prematuros severos (antes de las 32 semanas) asociados con el índice de repetición del aborto inducido, hasta un incremento de 8 veces después de 3 abortos inducidos.

- *El estudio danés [Zhou, Sorenson, Olsen, Induced abortion and subsequent pregnancy duration Obstet Gynecol 1999; 94:948-953]* Clahoun y Rooney presentaron en 1999 un estudio danés, que mostraba que un aborto de 6-7 semanas mediante dilatación y evacuación (D&E) incrementa el riesgo de nacimientos prematuros sustancialmente. Esto parece lógico, pues el procedimiento de dilatación y evacuación resulta necesariamente más traumático para el cuello del útero que un simple legrado uterino por aspiración. Un aborto mediante dilatación y evacuación multiplica por dos las posibilidades de un nacimiento prematuro, y si son dos los abortos previos por este método, el riesgo de nacimiento prematuro del bebé es 12 veces más alto que en caso de una mujer que nunca ha abortado.
- *Europop [Human Reproduction, Vol 19, No. 3, 29 Jan 2004, pp. 734-740]* Un estudio de *Europop* de 2004 en 17 países (7.719 pacientes) concluyó que el riesgo de nacimiento pre-

turo severo (de menos de 32 semanas), comparado con mujeres que nunca han abortado, se incrementa en un 50% en mujeres que han abortado una vez, y en un 80% en las que lo hicieron dos veces.

- *Epipage [Moreau C, et al. Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery Br JOBGyn, 2005; 112:430-437]* Trata de los abortos inducidos previos y el riesgo de nacimientos prematuros severos, y se realizó con 2.837 pacientes. Entre mujeres que han abortado una o más veces, comparado con mujeres que nunca lo han hecho, existe un 50% de posibilidades más de nacimientos prematuros severos, y entre aquellas con dos o más abortos previos, un incremento del 160%. En este estudio también observaron los nacimientos prematuros extremos (22-27 semanas), y encontraron un 70% más de posibilidades en aquellas mujeres que habían abortado previamente al menos una vez.
- *Institute of Medicine (IOM) (National Academy of Science Press, julio de 2006) incluido en 570 páginas del libro titulado "Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention"* Es el estudio más reciente y completo los nacimientos prematuros y se encuentra publicado en el libro de 570 páginas *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention del Institute of Medicine*. Esta investigación ha sido alabada por el American College of Obstetricians and Gynecologists, la Society for Assisted Reproductive Technologies y la American Society for Reproductive Medicine, y, en general, se considera que es un trabajo excepcional.

Hace falta verlo con lupa para encontrar en el apéndice (págs. 517-518) una única referencia al aborto inducido como factor de riesgo de nacimientos prematuros. Se califica el aborto como factor de riesgo "invariable" (lo que quiere decir que, una vez el embarazo ha comenzado, no existe intervención alguna que corrija el incremento del riesgo, como ocurre por ejemplo con el cuello uterino incompetente congénito). Obviamente, en el caso del aborto inducido el factor de riesgo se evita totalmente si se da a la mujer un consentimiento informado con toda la información necesaria y decide no hacerlo. Por lo tanto, que sea invariable no significa que sea inevitable: si no se aborta, no existe el riesgo incrementado asociado al nacimiento prematuro.

Un crecimiento sospechoso

Las últimas estadísticas en Estados Unidos (2002) muestran que la tasa de nacimientos prematuros (antes de las 37 semanas) es del 12,7%. De ellos, los nacimientos prematuros severos (antes de las 32 semanas y con un peso inferior a los 1.500 gramos) son el 7,8%, la tasa más alta de los últimos 30 años. Como indica el estudio, los abortos inducidos previos se relacionan estrechamente con los nacimientos prematuros extremos (menos de 27 semanas) y severos (menos de 32 semanas), si se comparan con los nacimientos prematuros de 32-37 semanas de las mujeres que no lo han sufrido. De esta forma, es muy probable que el aborto guarde además relación con la parálisis cerebral y otras discapacidades ligadas a los nacimientos prematuros extremos.

La tasa de prematuros en EE UU antes de 1970 –es decir, antes de que el aborto fuese legal y se generalizara– era aproximadamente el 6%. Es interesante tener en cuenta que en Irlanda, donde el aborto inducido es ilegal, la tasa de nacimientos prematuros en 2003 fue 5,48%, menos de la mitad de la tasa de los Estados Unidos, que era en aquel año 12,3%.

Más interesante aún es la experiencia de Polonia. Entre 1989 y 1993, la tasa de aborto inducido polaca disminuyó un 98% debido a una nueva ley restrictiva del aborto, y *The Demographic Year Book of Poland* dice que, entre 1995 y 1997, la tasa de nacimientos prematuros extremos (menos de 27 semanas de gestación) cayó un 21%.

El aborto inducido mantiene una relación significativa con el consiguiente nacimiento prematuro, y particularmente con el nacimiento prematuro severo (antes de las 32 semanas), y el nacimiento prematuro severo está relacionado con la parálisis cerebral y con otras dificultades para el desarrollo.

AAPLOG hace un llamamiento a las disciplinas médicas relacionadas con este asunto –en particular, perinatología y neonatología– para que reconozcan esta realidad, y actúen en consecuencia con las mujeres y bebés en riesgo. La educación y un consentimiento informado que incluya toda la información son el punto de partida, pero todos los médicos que atienden a mujeres deberían estar al corriente de este factor de riesgo evitable e informar a las pacientes susceptibles de incurrir ese riesgo.

III. Consecuencias del aborto para la salud mental de la mujer

“Existe consenso entre la mayoría de los expertos de las ciencias sociales y de la salud de que, como mínimo, entre el 10 y el 30% de las mujeres que abortan sufren consecuencias psicológicas negativas, serias y prolongadas” (Adler et al., 1992; Bradshaw & Slade, 2003; Major & Cozzarelli, 1992; Zolse & Blacker, 1992).

Muchos asumen que las mujeres con embarazos imprevistos y no deseados sufrirán una angustia emocional significativa si los llevan a término. Aunque es cierto que la experiencia de continuar con el embarazo y la maternidad de un hijo no esperado ni querido puede resultar bastante estresante, la literatura disponible indica que el riesgo de las mujeres que abortan de sufrir dificultades emocionales, psicológicas y conductuales pronunciadas es aún mayor.

Estudios norteamericanos

Se resumen a continuación cuatro de esos trabajos.

- Coleman, P. K. (2006). *Resolution of Unwanted Pregnancy During Adolescence Through Abortion versus Childbirth: Individual and Family Predictors and Consequences*. *Journal of Youth and Adolescence*. Sometidas a los controles pertinentes, las adolescentes que ya han abortado, comparadas con otras que han proseguido con sus embarazos no queridos y han dado a luz finalmente, tienen 5 veces más de probabilidades de necesitar ayuda psicológica o emocional, 4 veces más de probabilidades de sufrir problemas relacionados con el sueño, y 6 veces más de probabilidades de consumir marihuana.
- Cogle, J., Reardon, D. C., Coleman, P. K., & Rue, V. M. (2005). *Generalized anxiety associated with unintended pregnancy: A cohort study of the 1995 National Survey of Family*

Growth. Journal of Anxiety Disorders, 19, 137-142. La probabilidad de experimentar ansiedad generalizada es un 34% más alta entre mujeres que han abortado, comparadas con otras que siguieron con sus embarazos no queridos y dieron a luz. La diferencia entre ambos grupos de mujeres es mayor si se analizan grupos demográficos: hispanos, un 86% de posibilidades más de experimentar ansiedad generalizada; solteros en el momento del embarazo, un 42% más de posibilidades; y menores de 20 años, un 46% más.

- *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. Am. Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26, 369-383.* Comparadas con las mujeres que llevaron sus embarazos no deseados a término, las que han abortado tienen un 100% más de probabilidades de consumir marihuana en los 30 días siguientes al aborto, y un 149% más de probabilidades de consumir cocaína en ese mismo periodo de tiempo. Las mujeres que han abortado también presentan episodios más frecuentes de consumo de bebidas alcohólicas que aquellas que siguieron adelante con sus embarazos. Excepto por la menor frecuencia en el consumo de alcohol, el grupo de mujeres que ha continuado con sus embarazos involuntarios no difiere significativamente del grupo de mujeres que nunca se han quedado embarazadas.
- *Fergusson DM, Horwood JL, & Boden JM (2008). Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study, The British Journal of Psychiatry (2008) 193: 444-451.* Este estudio revela los mayores índices de riesgo asociados al aborto en una serie de categorías: idea de suicidio, 61%; dependencia al alcohol, 188%; dependencia a drogas ilegales, 185%; depresiones severas, 31%; cuadros de ansiedad, 113%.

Otros estudios

Se añade a continuación un resumen de las aportaciones más importantes de la literatura de otros países sobre las consecuencias del aborto para la salud mental de la mujer.

- *Nueva Zelanda 2006 [J. of Child Psychology and Psychiatry, Vol 47:1 2006. Abortion In Young Women And Subsequent Mental Health. David M. Fergusson, L. John Horwood, and Elizabeth M. Ridder]* Muchos expertos lo han alabado como uno de los mejores trabajos disponibles. Se trata de un estudio longitudinal, realizado en Nueva Zelanda, en el que se analiza la relación que existe entre el aborto y las secuelas que deja en la salud mental en más de 500 mujeres de 15-25 años. Los resultados indican que las mujeres que abortan, en comparación con aquellas que dan a luz, tienen el doble de probabilidades de sufrir cuadros de ansiedad severa, cerca del triple de padecer depresión, 4 veces más de pensar en el suicidio, y más de 6 veces de probabilidades de consumir y ser adicto de drogas ilegales.
- *Noruega 2008 [Willy Pedersen; Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women; Scandinavian Journal of Public Health, volume 36, 2008 pages 424-428]* Este estudio incluyó a 768 mujeres de 15-27 años y, según sus resultados, las mujeres que han abortado tienen 2,9 probabilidades más de caer en una depresión severa, 2,8 probabilidades más de tener problemas con el alcohol, 4,6 probabilidades más de consumir marihuana, 5,0 probabilidades más de depender de la nicotina, y 7,7 probabilidades más de consumir drogas ilegales.

- *Revisión de Coleman sobre aborto y abuso de sustancias [Coleman, P, Induced Abortion and Increased Risk of Substance Abuse: a Review of the Evidence. Current Women's Health Reviews, 2005, Vol 1,21-34]* Coleman afirma que "la evidencia de toda una serie de investigaciones acumuladas indica que el aborto inducido está asociado a un mayor riesgo de abuso de drogas después del aborto. En un estudio a más de 700 mujeres en el estado de Nueva York, Yamaguchi y Kandel encontraron que el uso de drogas ilícitas, sin contemplar la marihuana, era 6,1 veces más alto entre mujeres que habían sufrido un aborto inducido que entre las que no lo habían sufrido. De forma parecida, una investigación de Reardon y Ney reveló que entre mujeres sin historial previo de abuso de sustancias, aquéllas que habían abortado comparado con las que habían dado a luz, tenían 4,5 probabilidades más de abusar de sustancias. De las mujeres que tomaron sustancias, el 89% lo hizo dentro de los tres años posteriores al aborto inducido. Estudios adicionales han identificado asociaciones significativas entre aborto inducido y uso/abuso de sustancias". Este artículo es un detallado y reflexivo estudio de la literatura, con 168 referencias.
- *Medi-Cal data base [State of California's Department of Health Care Services]* Los archivos médicos de 173.000 mujeres californianas han sido empleados para comparar aquellas que dieron a luz con las que abortaron, usando los códigos del diagnóstico ICD para conseguir los datos cuantitativos. La investigación, publicada desde 1989, ha mostrado permanentemente que las mujeres que abortan tienen mayor riesgo de abusar de sustancias y de padecer desórdenes emocionales.
- *Reardon [Reardon, et.al., Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth, Canadian Med Assn J., May 13, 2003 168 (10), 1253-1256.]* A lo largo de 4 años, el grupo de mujeres que abortaba presentaba un 110% más de solicitudes para resolver trastornos de adaptación que el grupo que había dado a luz (psicosis depresiva, episodios corrientes e individuales, y desórdenes bipolares).
- *Coleman 1 [Coleman, et.al., History of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term, AJOG, 2002, 187, 1673-1678.]* Comparado con las mujeres que habían dado a luz previamente, las que habían abortado tenían más probabilidades de consumir marihuana (10 veces), drogas ilegales (5 veces) y alcohol (2 veces) durante su siguiente embarazo.
- *Coleman 2 [Coleman, et.al., Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss (abortion, miscarriage, stillbirth) and desire for current pregnancy; Brit J of Health Psychology, 2005, 10, 255-268.]* El aborto está asociado con un aumento significativo en el riesgo de consumir marihuana (3 veces), cocaína y crack (3 veces), cocaína y otra sustancia distinta del crack (5 veces), cualquier droga ilegal (1,8 veces) y cigarrillos (2 veces). No hubo diferencia en el hecho de que el embarazo fuese o no querido previamente.

Los requisitos de un consentimiento verdaderamente informado

En marzo de 2008, el *Royal College of Psychiatrists* británico recomendó actualizar los folletos informativos sobre el aborto para incluir el riesgo de depresión, afirmando que "el consentimiento dejaría de ser informado si no se facilitara la información adecuada y precisa sobre ese extremo". Esta declaración modifica la posición que se había mantenido desde 1994, que afirmaba que "los riesgos para la salud mental derivados de la interrupción del embarazo (...) son

mucho menores que los que implica llevar a término un embarazo que esté dañando la salud mental de la madre”.

Sin embargo, la *American Psychological Association* hizo pública en agosto de 2008, después de un año de estudio de la literatura, la conclusión de que, para las mujeres con un embarazo no deseado, “el riesgo de problemas mentales no es más alto si tiene un aborto voluntario en el primer trimestre que si continúa con su embarazo”. Cuestión aparte es la interferencia ideológica y académica que enturbió toda la elaboración de ese informe, hasta el punto de que la *American Association of Pro-Life Physicians and Gynecologists* la considera “insostenible”.

Concretamente, AAPLOG considera que este estudio puede inducir a error tanto a médicos como a profanos y, sobre todo, a las mujeres embarazadas, si les lleva a considerar el aborto como una respuesta a su problema y el documento se utiliza para desacreditar a los profesionales que les aconsejen seguir adelante con el embarazo y les adviertan de los riesgos para la salud mental del aborto.

En resumen, las mujeres merecen una mejor atención por parte de la *American Psychological Association*. Por eso, la AAPLOG lamenta profundamente que una organización profesional dedicada a la cura de los problemas de salud mentales publique un informe tan poco científico y tan contraproducente para el cumplimiento de su propia misión.

IV. Consecuencias del aborto para las adolescentes

En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes son particularmente proclives a considerar el aborto de forma negativa una vez que lo han sufrido. Tienen menos recursos para hacer frente a las presiones para abortar, declaran que no se les había informado bien con más frecuencia, manifiestan síntomas más severos de estrés post-aborto y tienen más posibilidades de sufrir el aborto a partir del segundo trimestre, lo que evidentemente supone la aparición de efectos secundarios más graves (Franz, W. & Reardon, D. 1992, *Differential Impact of Abortion on Adolescents & Adults*. *Adolescence* 27:105, 162-172).

Aborto y tendencias suicidas

Las adolescentes tienen más posibilidades de tener ideas suicidas después de abortar que las mujeres adultas: según un estudio de 1988, el 29% de la muestra de adolescentes que habían abortado manifestaron tendencias suicidas (Campbell, N., Franco, K & Jurs, 1988, *Abortion in Adolescence*. *Adolescence* 23:92, 813-823). Otros estudios manifiestan también que, en comparación con las que no han abortado, las mujeres que han sufrido un aborto voluntario tienen más tendencia a considerar el suicidio como una opción (Commonwealth Fund 1993, *Health of American Women*, N.Y., N.Y. & Gissler, M. 1996, *Suicides after Pregnancy in Finland, 1987-94*. *British Medical Journal* 313:1431-1434).

En un Estado norteamericano, las adolescentes que habían sufrido un aborto en los seis meses anteriores tenían 10 probabilidades más de haber tratado de suicidarse que las demás (Garfinkel, B. et al. 1986. *Stress, Depression & Suicide: A Study of Adolescents in Minnesota*. Res-

ponding to High Risk Youth. Mpls., MN Minnesota Extension Service, University of Minnesota). Además, el riesgo de suicidio para adolescentes se incrementa en los aniversarios del aborto o de la fecha en la que el bebé habría nacido (Tischler, C. 1981. *Adolescent Suicide Attempts Following Elective Abortion*. Pediatrics 68:5, 670).

Las adolescentes que no informan a sus padres del aborto muestran una mayor incidencia de problemas emocionales y sentimientos de culpa (Rosenfeld, J. 1992. *Emotional Responses to Therapeutic Abortion*. American Family Physician. 45:1, 137-140).

Aborto, trauma y abuso

En general, los síntomas post-aborto se vuelven más severos y más dramáticos en el caso de las adolescentes respecto a las mujeres adultas (Wallerstein, J. et al., 1972, *Psychological Sequelae of Therapeutic Abortion in Young Unmarried Women*. Archives of General Psychiatry 27, 828-832, Zakus, G. & Wilday, S. 1987, *Adolescent Abortion Option*. Social Work in Health Care 12:4, 77-91).

De hecho, muchas adolescentes consideran el aborto como un suceso traumático la mayoría de las veces (Stone, R. & Waszak, C. 1992, *Adolescent Knowledge and Attitudes About Abortion*. Family Planning Perspectives 24:2, 52-58).

El abuso físico o sexual está significativamente relacionado con el aborto, y el aborto con el trauma psíquico (Borins. E. & Forsythe, P. 1985, *Past Trauma and Present Functioning of Patients Attending a Women's Psychiatric Clinic*. American Journal of Psychiatry 142:4, 460-463). Según otro estudio, dos tercios de una muestra de adolescentes embarazadas había sufrido abusos previos por parte de su pareja (Boyer, D. & Fine, D. 1992, *Sexual Abuse as a Factor in Adolescent Pregnancy and Child Maltreatment*. Family Planning Perspectives 24:1, 4-7). La experiencia de sufrir un aborto se considera, por parte de muchas adolescentes que la han sufrido, como un suceso estresante y que conlleva sentido de culpabilidad, sentimientos depresivos y sensación de aislamiento (Biro, F. et al. 1986, *Acute and Long-Term Consequences of Adolescents Who Choose Abortions*. Pediatric Annals 15:10, 667-672). Casi todas las adolescentes que han experimentado un aborto, lo consideran terrorífico, peligroso y un castigo, incluso algo que no se puede superar hasta que pasa un tiempo (Barglow, P. & Weinstein, S. 1973, *Therapeutic Abortion During Adolescence: Psychiatric Observations*. Journal of Youth & Adolescence 2:4, 331-342).

Las menores que han acabado con su embarazo ven el mundo como un lugar mucho más negativo y experimentan más ansiedad, pesimismo y dolor corporal. Además, se consideran peores que las que nunca lo han hecho y describen sus pensamientos como "borrosos e impulsivos" (Ajzenstat, J. 1994, *Going It Alone*. Toronto: Palmerston Press). La adolescencia ya se considera un factor de riesgo para el síndrome post-aborto (Speckard, A. & Rue, V. 1992, *Post-abortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern*. Journal of Social Issues 48:3, 95-120).

Trastornos de la personalidad

Del 10% al 20% de las adolescentes que han abortado manifiestan desajustes emocionales negativos con posterioridad (Burnell, G. & Norfleet, M., 1987, *Women's Self-Reported Responses to Abortion*. Journal of Psychology 12:1, 71-76). De hecho, las mujeres más jóvenes experimen-

tan traumas emocionales de forma más intensa que las adultas (Osofsky, H. & Osofsky, J. 1973, *Psychological Effects of Abortion*. En H. Osofsky & J. Osofsky, *The Abortion Experience: Psychological and Medical Impact*. Hagerstown, MD; Harper & Row; Adler, N. 1979, *Abortion: A Social-Psychological Perspective*. Journal of Social Issues 35, 100-119; Payne, E. et al. 1976, *Outcome Following Therapeutic Abortion*. Archives of General Psychiatry 33, 725-733; Adler, N. & Dolcini, P. 1986, *Psychological Issues in Abortion for Adolescents*. En G. Melton ed., *Adolescent Abortion: Psychological and Legal Issues*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press; Wallerstein, J. et al., 1972, *Psychological Sequelae of Therapeutic Abortion in Young Unmarried Women*. Archives of General Psychiatry 27, 828-832).

Las adolescentes incrementan de forma desproporcionada las posibilidades de sufrir un aborto en el segundo trimestre de gestación, lo que implica un riesgo mayor de sufrir efectos secundarios negativos (Turell, S., Armsworth, M & Gaa, J. 1990, *Emotional Response to Abortion: A Critical Review of the Literature*. Women & Therapy 9:4, 49-68).

Si, además, han sufrido abortos anteriores, se multiplican los sentimientos de inferioridad e inadecuación, ideación paranoica, trastorno de ansiedad fóbica y trastorno del sueño, en comparación con mujeres que sólo han sufrido un aborto (Freeman, E. et al., 1980, *Emotional Distress Patterns Among Women Having First or Repeat Abortion*. Obstetrics & Gynecology 55:5, 630).

En un estudio realizado con personas de raza negra, las adolescentes que eligieron el aborto obtuvieron peores resultados CPI de concienciación psicológica, autocontrol, adaptación, conformidad y sociabilidad (Falk, R., Gispert, M & Baucom, D. 1981, *Personality Factors Related to Black Teenage Pregnancy & Abortion*. Psychology of Women Quarterly 5:5, 737-745).

Aborto y libertad de elección

Las adolescentes tienden a ser más influenciables para tomar la decisión de abortar si se lo aconsejan personas significativas –como su madre o una amiga–, en lugar de que sea verdaderamente una opción personal (Brazzell, J. & Acock, A. 1988, *Influence of Attitudes, Significant Others, and Aspirations on How Adolescents Intend to Resolve a Premarital Pregnancy*. Journal of Marriage and the Family 50, 413-425).

Un año después de haber abortado, el 48% de las adolescentes manifiestan que reconsiderarían su decisión (Robbins, J. 1984, *Out of Wedlock Abortion and Delivery: The Importance of the Male Partner*. Social Problems 31, 334-350).

Las adolescentes que nunca han estado embarazadas manifiestan niveles significativamente más altos de autoestima que las que han abortado una o varias veces (Deutsch, M. 1982, *Personality Factors, Self-Concept, and Family Variables Related to First Time and Repeat Abortion-Seeking Behavior in Adolescent Women*. Discurso inédito, Washington, D.C.: American University).

Las adolescentes necesitan más asesoramiento y orientación sobre el aborto que las mujeres adultas (Gold, J. 1989, *Adolescents and Abortion*. En N. Stotland ed., *Psychiatric Aspects of Abortion*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 187-195).