

Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer

Informe elaborado por el **ORMALC**
Observatorio Regional para la Mujer
de América Latina y el Caribe
Septiembre 2005

El Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, es una red de más de 150 ONG's del ámbito internacional cuyo objetivo es observar y promover acciones a favor de los derechos y la dignidad de la mujer, la familia y la sociedad en Latinoamérica y el Caribe.

El presente informe hace un análisis sobre la realidad del aborto y sus implicaciones para el bienestar de la mujer. En la primera parte se analiza la relación entre la legalización de esta práctica y la mortalidad materna. En la segunda parte se hace una recopilación de los efectos del aborto para la salud de la mujer y en la tercera parte se muestra la evolución de la incidencia del aborto después de su legalización en algunos países.



Observatorio regional para la
mujer de América Latina y el Caribe

La legalización del aborto no reduce las tasas de mortalidad materna

Es un mito asumir que la legalización del aborto es necesaria para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna en los países en desarrollo y que, de hecho, sea un factor relevante para alcanzar este objetivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas coinciden en señalar que el aspecto crucial para disminuir las tasas de mortalidad materna es la atención de la mujer embarazada por personal calificado antes, durante y después del parto, lo cual incluye también el acceso a medicamentos, equipos e infraestructura adecuados, un sistema eficiente de comunicación y remisión a otros establecimientos de salud y, adicionalmente, el transporte¹.

Desafortunadamente, de acuerdo con estos mismos organismos, cada año siguen muriendo unas 529.000 mujeres por esta causa en todo el mundo. Pese a la gran cantidad de esfuerzos y recursos invertidos, en la última década no ha habido ningún avance en la disminución de la mortalidad materna. Las metas fijadas a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en El Cairo en 1994, no se han cumplido y la tasa global de mortalidad materna ha permanecido estancada en 400 por cien mil nacidos vivos².

Tal vez una de las razones que pueda explicar este fracaso en la política global para la reducción de la mortalidad materna radica en que gran parte de los recursos se han dirigido hacia agencias de planificación familiar que promueven los “servicios de salud sexual y reproductiva”, en los cuales el aborto juega un papel central, en lugar de ser destinados a mejorar el sistema de salud (inversión en la mejora de hospitales, equipos, cuidados de emergencia y medicinas) y otros aspectos como acceso al agua potable, al saneamiento y a la mejora de la alimentación.

De acuerdo con la OMS³ el descenso más dramático en las tasas de mortalidad materna en el mundo desarrollado, que tuvo lugar entre 1941 y 1951, (mucho antes de que fuera legalizado el aborto) coincidió con el desarrollo de técnicas obstétricas y mejoras en el estado general de salud de la mujer. La evidencia muestra que en los países en vía de desarrollo que han logrado una reducción en las tasas de mortalidad materna el factor crucial ha sido la aplicación de estas políticas y no la legalización del aborto⁴.

Si se hace un análisis comparado de las legislaciones de los países relativas al aborto y las tasas de mortalidad materna se encuentra que no existe una correlación estadística ni bases científicas para afirmar que a mayor liberalización de la legislación con respecto al aborto exista una disminución de la mortalidad materna. Hay países donde el aborto es ilegal o muy restringido, y donde se presumen altos índices de abortos clandestinos, que tienen menores tasas de

¹ UNFPA, *Mortalidad materna-Actualización 2004. El parto en buenas manos*. UNFPA, 2004.

² WHO/UNICEF/UNFPA. *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva. World Health Organization, 2004.

³ WHO, *Maternal Mortality: a Global Factbook*. 1991

⁴ WHO, *The World health report 2005: make every mother and child count*. World Health Organization, 2005.

mortalidad materna que otros donde esta práctica es ampliamente permitida y donde es llevada a cabo en condiciones “seguras”.

Más del 50% de las muertes maternas del mundo suceden en los países que tienen las leyes menos restrictivas. En la **India**, por ejemplo, donde existe una legislación que permite el aborto en casi todos los casos desde 1972, es donde más muertes maternas ocurren. Cada año, se registran alrededor de 136.000 casos, equivalentes al 25% del total mundial, que para el año 2000 se calculó en 529.000. (Figura 1)

Figura 1. Muertes maternas Año 2000

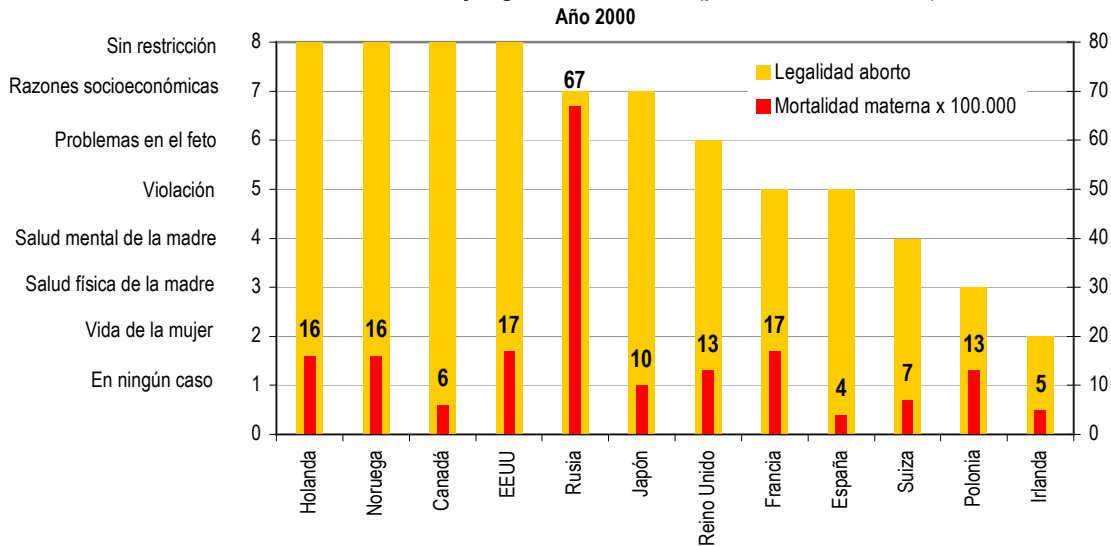


1 de cada 4 muertes maternas de todo el mundo sucede en la India, donde el aborto es ampliamente legal.

Fuente: Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, 2004.

En los países desarrollados también se puede ver que no hay una correlación entre la legalidad del aborto y los índices de mortalidad materna (Figura 2). **Rusia**, con una de las legislaciones más amplias, tiene una tasa de mortalidad materna alta (67 por 100.000 nacidos vivos), 6 veces superior al promedio. En contraste, **Irlanda**, donde el aborto es ilegal prácticamente en todos los casos, posee una de las tasas de mortalidad materna más bajas del mundo (5 por 100.000 nacidos vivos), tres veces inferior a la de su vecino el **Reino Unido** (13 por 100.000 NV) y a la de **Estados Unidos** (17 por 100.000 NV), países donde el aborto es ampliamente permitido y los estándares de salud son altos.

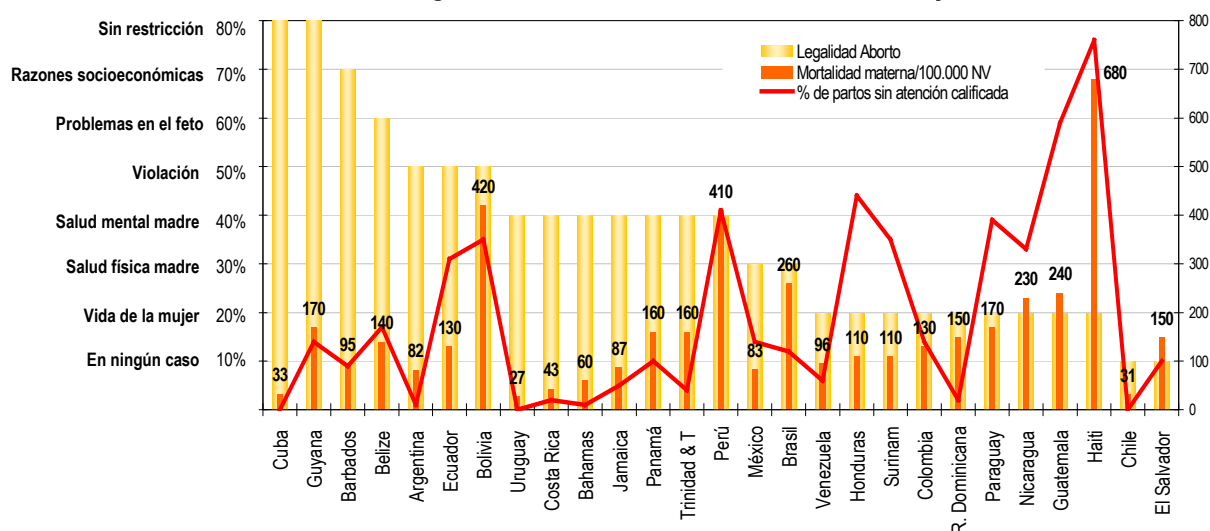
Figura 2. Mortalidad materna y legalidad del aborto (países seleccionados)



Fuente: Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, 2004.

En América Latina, **Chile**, que posee una de las legislaciones más restrictivas del mundo con respecto al aborto, tiene la segunda tasa de mortalidad materna más baja (31 por 100.000 NV), después de la de **Uruguay** (27 por 100.000 NV), menor incluso que las de **Cuba** (33 por 100.000 NV) y **Guyana** (170 por 100.000 NV) que son los únicos países de la región donde el aborto es permitido sin restricciones. Las mayores tasas de mortalidad materna de Sur América las presentan **Bolivia** (420 por 100.000 NV) y **Perú** (410 por 100.000 NV), cuyas legislaciones permiten el aborto en algunos casos. Como puede verse (figura 3), la legalidad o ilegalidad del aborto no afecta las tasas de mortalidad materna. Lo que sí resulta determinante, en cambio, es el número de partos atendidos por personal calificado. En **Haití**, por ejemplo, que tiene la tasa de mortalidad materna más elevada de la región (680 por 100.000 NV), el 76% de los partos no reciben atención calificada, en Bolivia este número llega al 65% y en Perú, al 59%.

Figura 3. Mortalidad materna en América Latina y el Caribe



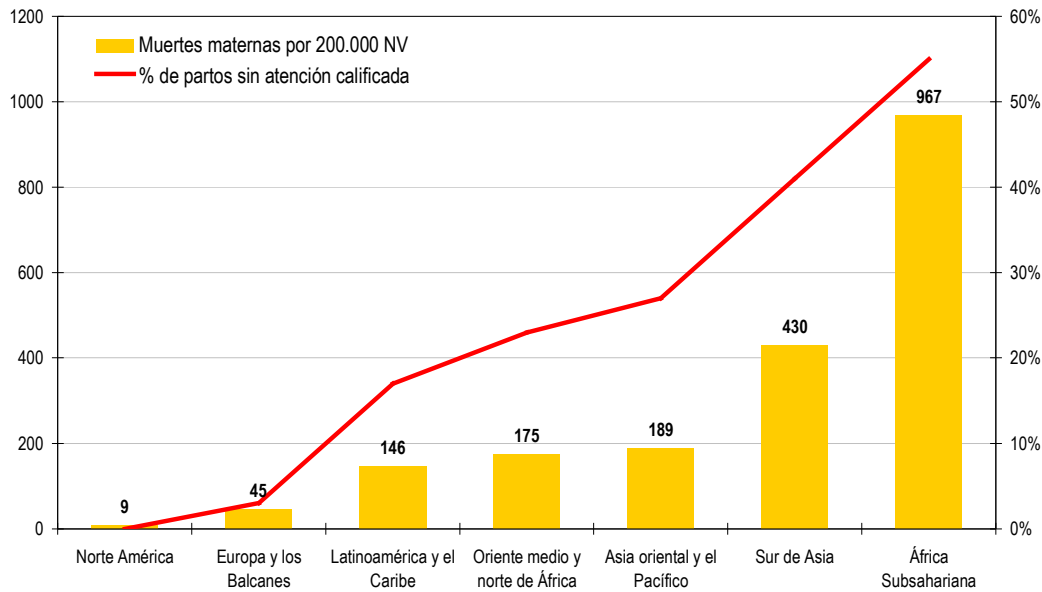
Fuente: Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, 2004.

En contraste, en los países donde la mayoría de los partos reciben atención calificada, las tasas de mortalidad materna son notablemente más bajas (ver figura 4).

Estos datos sugieren, de manera concluyente, que para disminuir la mortalidad materna no se debe recurrir a la legalidad del aborto sino a aumentar el número de partos que son atendidos por personal idóneo y calificado.

De otro lado, si se analiza detenidamente la evolución de la mortalidad materna en países que han tenido cambios recientes en su legislación con respecto al aborto, se encuentra que, contrario a lo que generalmente se argumenta, no existe una tendencia generalizada a reducir notablemente las tasas de mortalidad materna en aquellos países que liberalizan esta práctica, ni tampoco a aumentarlas donde la legislación se ha hecho más restrictiva, como es el caso de *Polonia, El Salvador y Chile*, donde, de hecho, las tasas de mortalidad materna continuaron

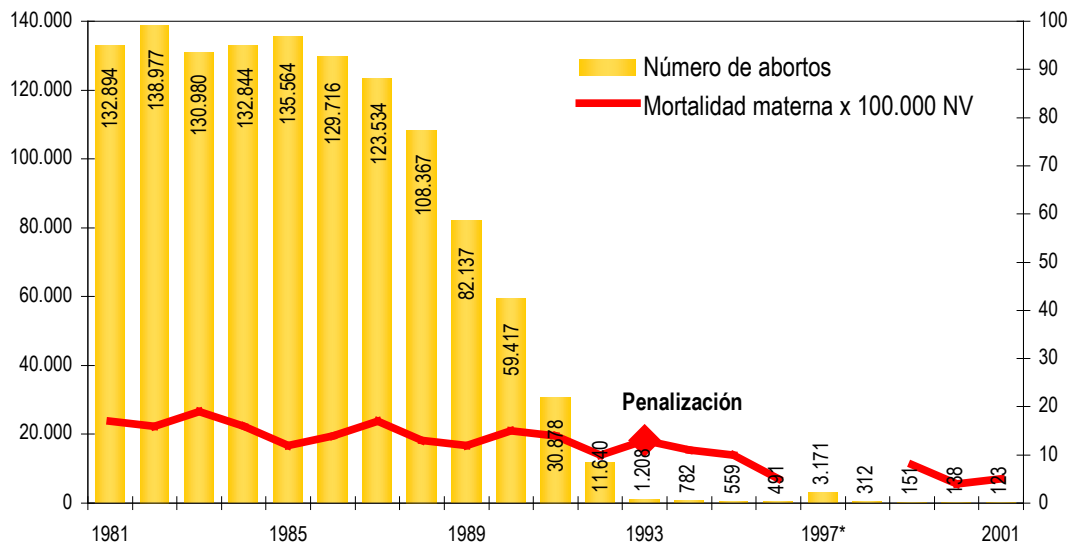
Figura 4. Muerte materna Vs atención calificada del parto



Fuente: Population Reference Bureau. Making Motherhood Safer, 2002.

bajando e incluso se redujeron a la mitad después de introducir reformas para penalizar o restringir el aborto. El caso de **Polonia** es paradigmático, después de décadas de permitir el aborto a libre demanda como una nación Soviética, en 1993 el nuevo gobierno decidió penalizarlo (salvo en casos de violación, problemas con el feto o riesgo para la salud de la madre). Desde entonces, no sólo el número de abortos legales se redujo en un 99.8%, de 59.417 en 1990 a 138 en 2000, sino también la mortalidad materna, que experimentó un descenso del 73.3%, pasando de 15 por 100.000 NV en 1990 a 4 por 100.000 NV en 2000.

Figura 5. Evolución del aborto y la mortalidad materna en Polonia



* A finales de 1996, el parlamento aprobó una ley para legalizar el aborto. Esta iniciativa fue derogada por la Corte Constitucional unos meses después.

Fuente: World Population Monitoring 2002. United Nations, 2004.

Un análisis serio de las estadísticas demuestra que el factor crucial para la reducción de las tasas de mortalidad materna no es la legalización del aborto sino el mejoramiento del sistema general de salud. En los países que ya existe una tendencia a reducir la mortalidad materna, que generalmente viene de tiempo atrás, ésta se mantiene pese a los cambios en la legislación referente al aborto. El caso de Rumania, que es empleado como insignia para argumentar que tras la despenalización la muerte materna se reduce considerablemente, no puede extrapolarse dejando de lado el contexto en el que estas políticas dieron un resultado específico⁵.

Aborto legal no es lo mismo que aborto seguro

Que el aborto sea legal no significa que sea “seguro”. De hecho, ningún aborto es completamente seguro. Las mujeres pueden sufrir serios daños físicos, psicológicos y emocionales, e incluso la muerte como resultado de abortos legales practicados en las mejores condiciones. En los Estados Unidos, líder mundial de la medicina moderna, los CDC (Centers for Disease Control) reportaron la muerte de 351 mujeres debido a abortos legales entre 1972 y 1999⁶. Sin embargo, este número podría ser mucho más alto si se tiene en cuenta que la forma como son recopilados estos datos no garantiza un rastreo adecuado de la tasa real de mortalidad materna producida por el aborto, puesto que sólo tienen en cuenta los datos obtenidos del certificado de defunción, que en muchos casos pueden resultar ambiguos o no contener información relevante que sólo puede obtenerse comparando dicho certificado con la historia clínica de la paciente. Estos mismos centros han admitido que las cifras de muertes maternas por esta causa no se reportan en un 50% de las veces, por múltiples razones; pese a lo cual el aborto es la sexta causa de muerte materna en Estados Unidos.

Si esta es la situación de un país desarrollado, qué decir de aquellos donde el sistema de salud es deficiente e inequitativo. De acuerdo con la OMS, cada año mueren 68.000 mujeres debido a abortos “inseguros” en todo el mundo, razón por la cual se argumenta que esta práctica debe ser legalizada o liberalizada aún más. Sin embargo, la realidad es clara en demostrar que muchas de las muertes maternas por aborto “inseguro”

ocurren en países donde, de hecho, el aborto es legal. Para no ir más lejos, casi la mitad de estas 68.000 defunciones suceden en la **India**, que tiene una de las legislaciones más amplias al respecto. Allí, cada año mueren 27.200 mujeres a causa del aborto. Lo que representa un 20% del total de muertes maternas de dicho país (una de cada cinco), que ascienden a 136.000 y que equivalen a la cuarta parte del total mundial.

De las 68.000 muertes maternas debidas a abortos “inseguros” estimadas por la OMS, casi la mitad ocurren en la India, donde el aborto es legal.

⁵ Después de décadas de permitir el aborto sin restricciones y de ser asumido por la población como método de planificación familiar, en 1966 el gobierno de Rumania decidió aumentar la población de 23 a 30 millones con el fin de hacer un salto de una economía agraria a una industrial. Como las tasas de natalidad eran muy bajas, se penalizó el aborto (a excepción de los casos de violación, malformación fetal y riesgo para la salud de la mujer) y se prohibió el uso de métodos anticonceptivos. Toda mujer menor de 45 años tenía el deber patriótico de tener por lo menos 5 hijos. Los mayores de 25 años que no tuvieran hijos tenían que pagar 30% más de impuestos. Esta política en contra de la libertad de las parejas trajo como resultado una reacción adversa y un auge desmedido del mercado negro del aborto.

⁶ Elam-Evans, L. et al. *Abortion Surveillance – United States 2000*. Centers for Disease Control, 2003.

Pretender que la legalización del aborto hace seguro este procedimiento y rebaja las tasas de mortalidad materna es desviar la atención del problema real. La legalización del aborto no resuelve las causas de fondo que son las carencias y las fallas en el sistema de salud. Las mujeres que están en riesgo debido a la falta de acceso a hospitales, personal calificado y medicamentos antes de la legalización, enfrentarán estas mismas circunstancias después de ésta, con el agravante de que una vez legalizada esta práctica (con los riesgos para la salud que implica) su demanda se incrementa, con lo cual será mayor el número de mujeres compitiendo por los mismos servicios escasos e ineficientes. Este hecho, en lugar de reducir las tasas de mortalidad materna, podría contribuir a aumentarlas.

Las tasas de mortalidad son más elevadas en el aborto legal que en el parto

Hay quienes afirman que el aborto, realizado en condiciones adecuadas y durante las primeras semanas de gestación, implica menos riesgos para la salud de la mujer que el parto. Esta idea surge de estudios que sólo tienen en cuenta las causas obstétricas, directas e indirectas, y las naturales relacionadas con el embarazo, mientras éste es llevado a cabo o en los 42 días posteriores a su terminación, que son reportadas en los certificados de defunción. Sin embargo, cuando se hace un análisis más completo, que incluye, no sólo el tipo de causas mencionadas, sino que cruza la información del certificado de defunción con datos obtenidos de la historia clínica de la paciente, se encuentra que las mujeres que se han practicado un aborto tienen una tasa de mortalidad más alta que aquellas que han continuado con su embarazo hasta el final.

El estudio más significativo al respecto fue publicado en la revista de medicina, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* bajo la dirección de Mika Gissler, del Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud de Finlandia⁷. El estudio, que fue realizado entre 1987 y el año 2000, incluyó a toda la población de mujeres de Finlandia entre los 15 y los 49 años de edad. Los investigadores vincularon los registros de nacimientos y abortos a los certificados de defunción para determinar los riesgos relativos de mortalidad en los 12 meses después del término del embarazo y encontraron que la tasa de mortalidad materna por causa del aborto legal en Finlandia es 2.95 veces mayor que la del parto.

La tasa de mortalidad materna asociada al aborto es 3 veces mayor que la del parto.

Las mujeres que dieron a luz tenían la mitad de la tasa de mortalidad de las mujeres que no estuvieron embarazadas en el año anterior a su muerte. En contraste, las mujeres que tuvieron un aborto inducido tenían 46% más probabilidades de morir que aquellas que no habían estado embarazadas, 60% más probabilidades que quienes tuvieron un aborto espontáneo y 195% más probabilidades de morir que las mujeres que dieron a luz.

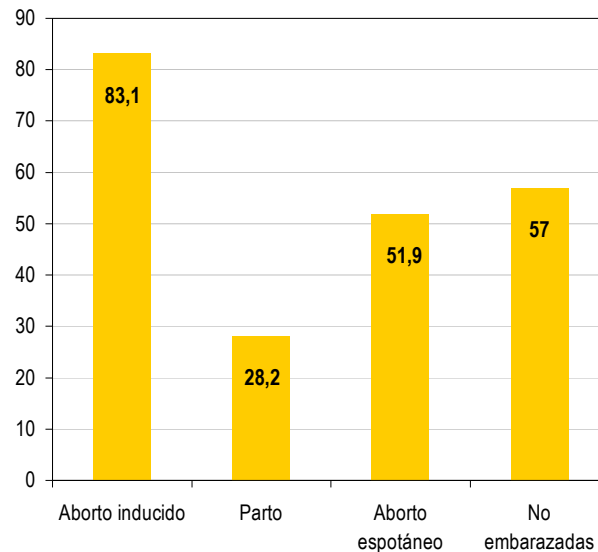
⁷ Gissler et al. *Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000*. Am J Ob Gyn. 2004, 190:422-427.

Con este estudio, los investigadores concluyeron que el embarazo beneficia la salud de la mujer.

Otra investigación reciente de los mismos investigadores⁸ reveló que:

el 94% de las muertes maternas relacionadas con el aborto no son identificables a partir de los datos del certificado de defunción.

Figura 6. Mortalidad materna x 100.000 según los resultados del estudio en Finlandia



Otro estudio similar publicado en el *Southern Medical Journal*⁹ de Estados Unidos, vinculó los certificados de defunción con los pagos por concepto de partos y abortos de aproximadamente 173.000 mujeres de bajos ingresos en California. En ese estudio, los investigadores descubrieron que las mujeres que se habían practicado abortos fueron casi el doble de propensas a morir en los siguientes 2 años comparadas con aquellas que habían dado a luz, y que esta tendencia persistía durante por lo menos 8 años. De igual modo, las mujeres que habían abortado tenían 154% más probabilidades de morir a causa del suicidio, 82% más por accidentes y 44% más por causas naturales.

Riesgos del aborto provocado

Existen numerosas publicaciones médicas que demuestran como el aborto es causa de complicaciones fisiológicas y psicológicas de distinta gravedad.

Posibles complicaciones físicas para la mujer

Hemorragia severa. Las pacientes pueden sangrar excesivamente durante un aborto o aún por algunos días después del mismo. En ocasiones es necesaria una transfusión de sangre, un segundo procedimiento de raspado o, incluso, una histerectomía (extracción del útero) para detener la hemorragia.

Infección. Existe el peligro de que una bacteria pueda introducirse en el útero produciendo una infección, que si no es tratada puede derivar en muerte séptica. El riesgo de contraer infecciones

⁸ Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. *Methods for identifying pregnancy-associated deaths: population-based data from Finland 1987-2000.* Paediatr Perinat Epidemiol.2004 Nov;18(6):448-55.

⁹ Reardon DC, Ney PG, Scheuren FJ, Cogle JR, Coleman, PK, Strahan T. "Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women." Southern Medical Journal, Agosto 2002, 95(8):834-841.

se incrementa cuando son dejados restos del feto o de la placenta en el útero (aborto incompleto) y cuando la paciente tiene una enfermedad de transmisión sexual como la clamidia. En estos casos, existe una probabilidad de más del 20% de desarrollar Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), una infección que compromete el aparato reproductor superior, que puede poner en riesgo la vida, aumentar la posibilidad de un embarazo ectópico y producir infertilidad¹⁰.

Existe también el riesgo de contraer infecciones por aborto farmacológico. En Estados Unidos se han presentado cinco casos de muerte séptica en usuarias de la píldora abortiva RU-486 desde que fue puesta en el mercado en el año 2000. Un estudio reciente señala que el mecanismo de acción de este fármaco interfiere con el sistema inmunológico favoreciendo el desarrollo de infecciones por gérmenes especialmente peligrosos que pueden producir choque séptico mortal fulminante¹¹.

Desgarramiento cervical. En al menos el 1% de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. La lesión latente post-aborto puede causar posterior incompetencia cervical, abortos espontáneos tardíos, parto prematuro y complicaciones durante el parto. El riesgo de daño cervical es mayor en las adolescentes y en los abortos practicados durante el segundo trimestre¹². De acuerdo con un estudio llevado a cabo en China, el aborto provocado por aspiración produce un riesgo aumentado de pérdida del hijo en el siguiente embarazo¹³.

Perforación del útero. Entre un 2 y un 3 % de los casos existe el peligro de que el útero sea cortado o perforado por los instrumentos abortivos. Este riesgo se incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos y para las que reciben anestesia general durante la realización del aborto. El daño del útero puede derivar en complicaciones para futuros embarazos y eventualmente pueden evolucionar en problemas que requieran histerectomía, que a su vez implica otra serie de complicaciones y riesgos como la osteoporosis¹⁴. Cuando se perfora el útero también se corre el riesgo de afectar a órganos cercanos como los intestinos o la vejiga.

Placenta previa. El aborto incrementa el riesgo de placenta previa y parto prematuro en ulteriores embarazos, circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo

¹⁰ T. Radberg, et al., "*Chlamydia Trachomatis in Relation to Infections Following First Trimester Abortions*," *Acta Obstetrica Gynaecologica (Supp. 93)*, 54:478 (1980); L. Westergaard, "*Significance of Cervical Chlamydia Trachomatis Infection in Post-abortion Pelvic Inflammatory Disease*," *Obstetrics and Gynecology*, 60(3):322-325, (1982); M. Chacko, et al., "*Chlamydia Trachomatis Infection in Sexually Active Adolescents: Prevalence and Risk Factors*," *Pediatrics*, 73(6), (1984); M. Barbacci, et al., "*Post- Abortal Endometritis and Isolation of Chlamydia Trachomatis*," *Obstetrics and Gynecology* 68(5):668-690, (1986); S. Duthrie, et al., "*Morbidity After Termination of Pregnancy in First-Trimester*," *Genitourinary Medicine* 63(3):182-187, (1987).

¹¹ Miech, R. "*Pathophysiology of Mifepristone-Induced Septic Shock Due to Clostridium sordellii*". *The Annals of Pharmacotherapy*, septiembre 2005.

¹² K. Schulz, et al., "*Measures to Prevent Cervical Injuries During Suction Curettage Abortion*," *The Lancet*, May 28, 1983, pp 1182-1184; W. Cates, "*The Risks Associated with Teenage Abortion*," *New England Journal of Medicine*, 309(11):612-624; R. Castadot, "*Pregnancy Termination: Techniques, Risks, and Complications and Their Management*," *Fertility and Sterility*, 45(1):5-16 (1986).

¹³ Shanghai Institute of Planned Parenthood Research, China (*Int J Epidemiol.* 2003, 32:449-54).

¹⁴ S. Kaali, et al., "*The Frequency and Management of Uterine Perforations During First-Trimester Abortions*," *Am. J. Obstetrics and Gynecology* 161:406-408, August 1989; M. White, "*A Case-Control Study of Uterine Perforations documented at Laparoscopy*," *Am. J. Obstetrics and Gynecology* 129:623 (1977).

deseado. Un estudio reciente mostró que este riesgo se presentó en 3 mujeres de cada 4 con historia de aborto inducido por curetaje¹⁵. Por otro lado, el desarrollo anormal de la placenta debido al daño uterino aumenta el riesgo de malformaciones fetales, muerte perinatal y sangrado excesivo durante el parto¹⁶.

Embarazo ectópico. Varios estudios coinciden en señalar que hay un aumento de 2 a 13 veces en el riesgo de embarazo ectópico tras un aborto inducido. Esta complicación, cuya incidencia ha aumentado notablemente en los últimos años, puede poner en riesgo la vida y afectar la fertilidad¹⁷.

Posibilidad de aumentar el riesgo de cáncer de seno. La ciencia aún está investigando y debatiendo sobre la relación entre el aborto y el cáncer de seno. Sin embargo, existen estudios significativos que muestran que existe un mayor riesgo de este tipo de cáncer entre las mujeres que han experimentado un aborto inducido. A nivel mundial, 27 de 33 estudios coinciden en señalar un aumento en el riesgo. Un meta-análisis de 1996 sobre estudios ya publicados, llevado a cabo por el Dr. Joel Brind y el bioestadístico Vern Chinchilli, recogió datos de 28 informes y concluyó que el aborto inducido aumenta en un 30% el riesgo de cáncer de seno¹⁸.

Parto prematuro. Las mujeres con antecedentes de aborto provocado tienen un riesgo mayor de presentar un recién nacido altamente prematuro (menos de 32 semanas de gestación). El parto prematuro aumenta el riesgo de muerte neonatal y es la principal causa de afecciones graves en los recién nacidos como asma, ceguera, sordera, bajo coeficiente de inteligencia, problemas respiratorios y parálisis cerebral. Sobre este tema existen numerosas investigaciones, una de las más recientes, llevada a cabo en Dinamarca¹⁹, estimó un riesgo relativo de parto prematuro de 2.27 para las mujeres que habían abortado una vez, y de 12.55 para aquellas que lo habían hecho dos veces. Un estudio realizado con mujeres alemanas en 1998 encontró que, después de un aborto, el riesgo de presentar un parto prematuro es de 150%, después de dos abortos la probabilidad asciende a 460% y después de tres a 510%²⁰.

¹⁵ OR 2,9, (95% IC 1,0-8,5), resultados del Fred Hutchinson Cancer Research Center, Division of Public Health Sciences, Seattle, WA, EEUU (Int J Gynaecol Obstet. 2003, 81:191-8). Esto se había probado ya anteriormente en un estudio de la Universidad de Medicina de New Jersey OR 1,7 (95% IC 1,0-2,9) (Am J Obstet Gynecol. 1997, 177:1071-1078).

¹⁶ Barrett, et al., "Induced Abortion: A Risk Factor for Placenta Previa", American Journal of Ob&Gyn. 141:7 (1981).

¹⁷ Holt VL, Daling JR, Voigt LF, McKnight B, Stergachis A, Chu J, et al. *Induced abortion and the risk of subsequent ectopic pregnancy.* American Journal of Public Health 1989 September;79(9):1234-8.

¹⁸ Ring-Cassidy E., Gentiles, I. "Women's Health after Abortion: The Medical and Psychological Evidence". Veber Institute for Bioethics and Social Research. Canadá, 2002.

¹⁹ Zhou, W.; Sorenson, HT.; Olsen H. *Induced Abortion and Subsequent Pregnancy Duration.* Obstetrics & Gynecology 1999;94:948-953.

²⁰ Martius, JA.; Steck, T.; Oehler MK, Wulf, K-H. *Risk factors associated with preterm (<37+0 weeks) and early preterm (<32+0 weeks): univariate and multi-variate analysis of 106 345 singleton births from 1994 statewide perinatal survey of Bavaria.* European J Obstetrics & Gynecology Reproductive Biology 1998;80:183-189.

Complicaciones psicológicas para la mujer

El 60% de las mujeres que abortan sufre algún problema emocional posterior. El 30% sufre problemas severos²¹.

Síndrome postaborto (SPA). El SPA es un tipo de trastorno de estrés post-traumático (TEPT) caracterizado por síntomas como depresión, ansiedad, conducta agresiva, pesadillas, pensamientos o actos suicidas, bulimia, anorexia, abuso de alcohol y drogas, y ruptura de relaciones de pareja. Algunas investigaciones señalan que las mujeres que han sufrido un aborto provocado padecen un síndrome de estrés generalizado con un 30% más de probabilidad que las que han llevado adelante su embarazo no deseado²². De acuerdo con documentos internos de la IPPF²³, un 91% de las mujeres que han abortado, tarde o temprano sufren alguna de las secuelas propias del SPA. En uno de los estudios más prolongados sobre mujeres tras un aborto inducido, publicado en el *Archives of General Psychiatry* se encontró que muchas de estas mujeres experimentan trastorno de estrés postraumático (TEPT) y que, con el tiempo, el alivio y las emociones positivas relacionadas con el aborto declinan y las emociones negativas aumentan²⁴. Muchas mujeres racionalizan la necesidad de hacerse un aborto y, por lo tanto, reprimen su sentimiento de culpa inicial. Como resultado, la caída emocional debida al aborto es retrasada algunas veces hasta 5 y 10 años.

Síntomas del síndrome postaborto (SPA)

1. Síntomas depresivos (depresión, tristeza, pena, pesar, llanto frecuente) y ansiosos (ansiedad, angustia, rabia) relacionados con el aborto realizado.

2. Sentimientos de culpa (de vergüenza, de pérdida de autoestima y de autorechazo) e incapacidad para perdonarse por el aborto realizado (a veces con pensamientos de suicidio); deseos de «expiación» (de borrar la culpa, de purificarse de ella) y *necesidad de reparar* (de desagraciar, de satisfacer al ofendido), de remediar el daño o perjuicio cometido (a veces mediante un embarazo expiatorio «de reparación»).

3. Pesadillas recurrentes sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos; pensamientos recurrentes e intrusivos o *flashbacks* sobre el aborto o la criatura abortada; ilusiones y pseudoalucinaciones auditivas (oír el llanto de un niño), fantasía reiteradas de cómo hubieran sido las cosas si no se hubiera abortado.

4. Evitación y/o rechazo de estímulos o situaciones que recuerden el aborto, sus circunstancias o consecuencias (noticias de embarazos o abortos; reconocimientos médicos o ambientes clínicos, la visión de recién nacidos o de niños pequeños, de ropas o silletas de niño, de chupetes, etc.); empeoramiento típico de los síntomas en las fechas en que tuvo lugar el aborto o en que el niño debería haber nacido (reacciones de aniversario).

5. Alteraciones conductuales relacionadas con emociones provocadas por el aborto: trastornos sexuales (inhibición o rechazo sexual, frigidez, promiscuidad); anorexia u otros trastornos alimentarios; abuso de drogas o alcohol; aislamiento social y falta de interés y atención para las tareas y obligaciones habituales; enfados repentinos y arrebatos de cólera; aceptación de relaciones interpersonales abusivas; gestos o intentos autolíticos.

²¹ H. Soderberg, "Emotional Distress Following Induced Abortion: A Study of Its Incidence and Determinants Among Abortees in Malmo, Sweden," *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Agosto 1998, 79 (2):173-8.)

²² Resultados de Jesse R. Cougle y colaboradores, publicado en *Journal of Anxiety Disorders* 2005, 19:137-142.

²³ En el "Plan Trienal y Programa de Objetivos a Largo Plazo, 1990-1993", la IPPF afirma: «Una serie de estudios y encuestas de los opositores al aborto han mostrado que la incidencia del trauma post-aborto puede llegar a afectar al 91 por ciento de los casos. Algunos informes recientes del Instituto Alan Guttmacher que no han sido publicados indican que el alcance del problema puede haber sido correctamente calculado en dichos estudios».

²⁴ Brenda Major, et al., "Psychological Responses of Women After First-trimester Abortions." *Archives of General Psychiatry*, Agosto 2000, 57:777-784

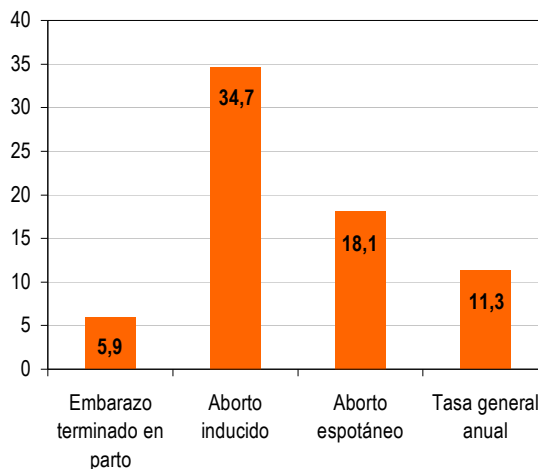
El síndrome post-aborto (SPA) ha sido estudiado en países como EEUU, Canadá, Finlandia, Francia, Suiza, Inglaterra y España.

Consecuencias psiquiátricas. El aborto provocado puede tener secuelas psiquiátricas, difícilmente tratables e irreversibles, independientemente de la actitud previa de la mujer hacia el aborto²⁵. En enero de 2002, el *British Medical Journal* informó que las mujeres que abortan su primer embarazo tienen un riesgo mayor de depresión crónica a largo plazo que aquellas que llevan a término un embarazo no deseado. El autor principal del estudio dijo que los resultados coinciden con estudios anteriores que muestran un riesgo de suicidio y abuso químico de cuatro a seis veces mayor en las mujeres con historia de aborto inducido²⁶. Otro estudio, aparecido en la misma publicación concluyó que el aborto inducido puede repercutir en el deterioro de la salud mental²⁷.

Riesgo de suicidio. Aproximadamente el 60% de las mujeres que experimentan secuelas psicológicas después del aborto reportan ideas suicidas. De éstas, un 28% comete intento de suicidio²⁸.

Un prestigioso estudio llevado a cabo en Finlandia constató que la tasa de suicidio en el año posterior al aborto era tres veces más alta que la media femenina y siete veces más alta que la de las mujeres que habían dado a luz²⁹.

Figura 7. Tasas de suicidio x 100.000 según desenlace del embarazo en Finlandia



Riesgo de abuso de alcohol y drogas. Existen más de 20 estudios médicos que vinculan el aborto inducido con un incremento en el abuso de drogas y alcohol. Uno de los más recientes, publicado por el *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* encontró que, entre las mujeres que habían tenido un embarazo no deseado, aquellas que habían abortado tenían una mayor tasa de abuso de sustancias psicoactivas en comparación con quienes habían llevado el embarazo a término o con quienes no habían estado embarazadas. Entre las que habían dado a luz, la tasa de consumo de alcohol era incluso menor que la de las no embarazadas. Según los investigadores,

²⁵ Melinda Tankard Reist, *Giving Sorrow Words: Women's Stories of Grief After Abortion*, Sydney, Duffy & Snellgrove 2000

²⁶ Reardon D.C., Cogle J.R., "Depression and Unintended Pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth," *British Medical Journal*, Enero 2002, 324:151-152

²⁷ Christopher Morgan, "Mental Health May Deteriorate As a Direct Effect of Induced Abortion," *British Medical Journal*, 22 de marzo de 1997, 314:902

²⁸ Speckhard, *Psycho-social Stress Following Abortion*, Sheed & Ward, Kansas City: MO, 1987

²⁹ Gissler, Hemminki & Lonnqvist, "Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study," *British Journal of Medicine* 313:1431-4, 1996.

esto podría sugerir que el tener un hijo, así sea no deseado, genera un efecto protector que surge del sentido de responsabilidad que desarrolla la madre frente al bebé³⁰.

Disfunción sexual. Se han descrito alteraciones en las relaciones sexuales y el deseo sexual de numerosas mujeres que abortaron voluntariamente en varios estudios europeos y norteamericanos.³¹

Problemas de pareja. Después de un aborto, las parejas son más propensas a separarse o divorciarse. Una investigación de la doctora Emily Milling con 400 parejas halló que el 70% se rompieron en el año siguiente al aborto.

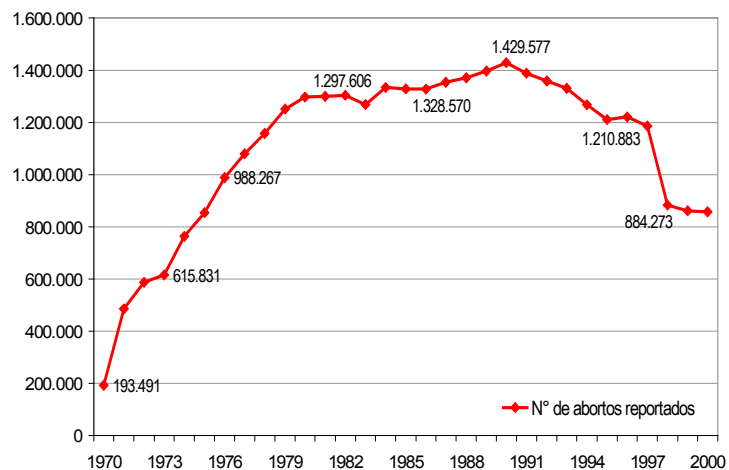
Maltrato infantil. El doctor Phillip Ney³², psiquiatra infantil de la Universidad de British Columbia, descubrió que el aborto aumenta el maltrato a los otros hijos como consecuencia de los sentimientos de culpa y la reducción en la autoestima de la madre. De hecho, en Estados Unidos el maltrato infantil ha aumentado más de un 1.000% desde que se legalizó el aborto.

La legalización del aborto no reduce su incidencia

Contrario a lo que comunmente se dice, la legalización del aborto no conduce necesariamente a una disminución en las tasas de incidencia. Stanley Henshaw, un reconocido investigador del Alan Guttmacher Institute ha admitido que “en muchos países es común que después de la legalización las tasas de aborto tengan un aumento sostenido por algunos años para luego se estabilizarse”³³.

En 1973 la Corte Suprema de los **Estados Unidos** legalizó el aborto en todo el país. Anteriormente sólo era permitido en algunos estados. Diez años después la cifra de abortos había crecido en un 112%. Para 1990 era 2.3 veces mayor, alcanzando un pico de 1.5 millones de abortos anuales. Desde entonces el número de abortos ha ido en descenso pero aún se mantiene alto³⁴. Es importante anotar que:

Figura 8. Evolución del aborto legal en Estados Unidos



Fuente: Abortion Surveillance – United States 2000. Centers for Disease Control, 2003

³⁰Reardon DC, Coleman PK, Cogle JR. *Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Survey of Youth.* American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 2004; 26(1):369 - 383. Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR. *Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy.* British Journal of Health Psychology, Vol. 10, No. 2. (May 2005), pp. 255-268.

³¹Gynecol Obstet Invest. 2002, 53:48-53; Pieleg Polozna. 1988, 5:7-9

³² P. Ney, M.D. "Relationship between Abortion and Child Abuse." Canada. Journal of Psychiatry, (24): 610-620

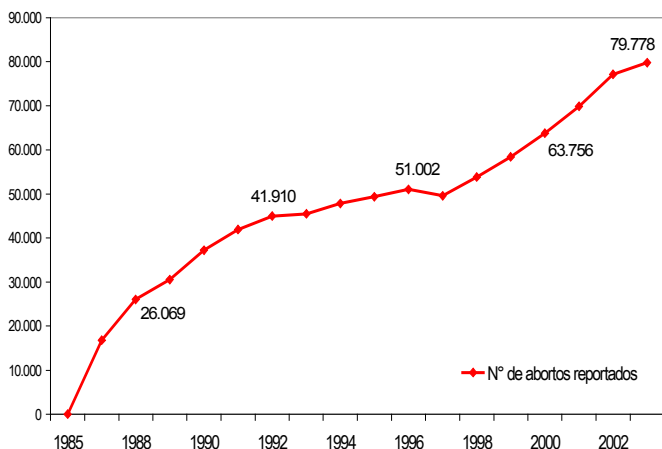
³³ AGI press release, 6/16/94)

³⁴ De acuerdo con un estudio de la Fundación Heritage, uno de los aspectos más relevantes en la reducción de la tasa de aborto ha sido la implementación de leyes provida en muchos estados durante esta década. New, M. Analyzing the

Entre 1973 y 2000 se llevaron a cabo cerca de 33 millones de abortos legales en EEUU

En **España**, un informe reciente del Instituto de Política Familiar³⁵ señala que el aborto es la primera causa de mortalidad en dicho país³⁶, por encima del cáncer y de los accidentes. En el 2002 se produjeron cerca de 80.000 abortos, un 10% más que el año anterior. En el 97% de los casos la causa aducida fue la “salud materna” que engloba tanto a causas físicas como psíquicas.

Figura 9. Evolución del aborto legal en España



Fuente: IPF, Evolución del aborto en España: 1985-2005.

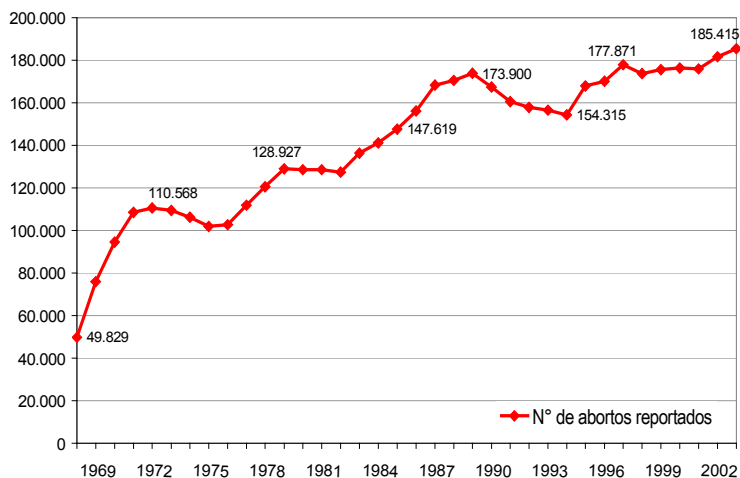
En España 1 de cada 6 embarazos termina en aborto. 20 años después de la legalización, el número de abortos se ha incrementado en un 400%.

En los últimos 10 años, el porcentaje de abortos en menores de 18 años se ha duplicado.

Otro país que no se queda atrás es el **Reino Unido**. Sólo en Inglaterra y Gales se llevaron a cabo 185.415 abortos inducidos en el 2004 ³⁷, un 2.1% más que el año anterior.

Desde su legalización, en el Reino Unido el número de abortos se ha incrementado en un 272%. En la última década este aumento ha sido del 17%.

Figura 10. Evolución del aborto legal en Inglaterra y Gales



Fuente: Abortion Statistics: England and Wales 2004.

Effects of State Legislation on the Incidence of Abortion During the 1990s. Heritage Foundation, 2004.

³⁵ Instituto de Política Familiar IPF, *Evolución del aborto en España: 1985-2005*. Serie monográfica N° 2. Julio de 2005.

³⁶ El informe señala que si las tasas de defunción por aborto fueran tenidas en cuenta en España, el aumento de éstas entre 1985 y 2003 no habría sido del 22% sino del 48.3%, es decir, más del doble.

³⁷ Government Statistical Service. *Abortion Statistics: England and Wales 2004*. Statistical Bulletin 11 / 2005

En el 2004, la tasa de aborto más alta se presentó entre las jóvenes de 18 a 24 años. Entre las adolescentes menores de 16 hubo un incremento del 6% con respecto al 2003. El 95% de los abortos se produjo argumentando problemas para la salud física o mental de la mujer. Cerca del 1% se llevaron a cabo por razones eugenésicas, de éstos, la tercera parte eran fetos con Síndrome de Down.

Conclusiones

Aquellos que promueven la legalización del aborto como una solución al problema de la mortalidad materna rara vez sacan a la luz aspectos como los que se han analizado en este documento. La mayor parte de las veces se juega con las estadísticas y se oculta información. La evidencia es contundente en demostrar que la legalización del aborto:

No reduce las tasas de mortalidad materna

No contribuye a la salud de la mujer

No disminuye su incidencia

Asimismo, la realidad muestra que el aborto está siendo utilizado principalmente como un método de planificación familiar, lo cual contradice abiertamente el espíritu de las conferencias del Cairo³⁸ y Beijing.

Es un atentado contra las mujeres engañarlas haciéndoles creer que aborto legal significa aborto “seguro”. Por lo tanto, la legalización del aborto, viene a convertirse en una forma de discriminación para la mujer, que es la primera perjudicada, por las secuelas que ello reporta.

Septiembre 2005



Observatorio regional para la
mujer de América Latina y el Caribe

³⁸ En los documentos finales de ambas conferencias se dice lo siguiente “en ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. (...) Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional”...