



Violación, embarazo y trauma ¿Es el aborto una solución?

I. Introducción

Una vez más el tema del aborto aparece ante la opinión pública. Esta vez, la cercanía de las elecciones presidenciales ha motivado la elaboración de programas de gobierno o propuestas programáticas que tienen, entre otros temas, la posición de los candidatos en relación con el aborto y sus causales.

Ninguno de los ciudadanos que aspira a la Moneda se ha visto libre de fijar su posición frente a la materia. De los nueve candidatos, tres de ellos¹ se han manifestado a favor de la despenalización –ya sea en sus programas de gobierno o en declaraciones a la prensa– en caso de peligro para la vida de la madre; violación o inviabilidad fetal. Uno² agrega una cuarta causal: la concepción incestuosa; y otro³ habla de la despenalización del aborto sin especificar en qué casos.

RESUMEN EJECUTIVO

Varios candidatos presidenciales se han mostrado a favor de despenalizar el aborto, entre otros casos, cuando el embarazo es producto de una violación. En este caso, el argumento es el daño psicológico que podría sufrir la mujer al tener que llevar a término el embarazo. No obstante, existen numerosos estudios clínicos que señalan fehacientemente que el aborto aumenta el riesgo de trastornos psiquiátricos, más aún si la mujer ha sufrido anteriormente eventos traumáticos. El aborto nunca es una medida terapéutica, ni siquiera cuando el embarazo es no deseado.

Habiéndose dedicado un número anterior de Ideas & Propuestas a los casos de aborto terapéutico y el valor de la vida del que está por nacer, se ha querido abordar el caso de la violencia sufrida en una violación. Casos relativamente recientes como el de una niña que resultó embarazada producto de la violación reiterada por parte la pareja de su madre⁴, conmocionaron al país. A pesar de que los abusos duraron mucho tiempo, la menor nunca había contado lo que le sucedía porque el hombre la amenazaba.

Entre los argumentos que se han esgrimido para justificar el aborto en caso de violación está la falta de proporcionalidad –por el daño psicológico que esta situación podría provocar en la mujer– que significa obligar a la víctima a soportar un embarazo en el cual no consintió; y la jurisprudencia internacional que ha fallado en el sentido de considerar como un trato cruel, inhumano y degradante no permitir el aborto, pues implicaría una coacción inaceptable por los riesgos que ello implica.

La gran pregunta, entonces, es si provocar un aborto es una solución proporcional al problema planteado, o si, dado el objeto moral en que consiste –eliminación directa de un hijo no nacido– no se trataría de la imposición de un nuevo trauma a la ya devastada psiquis de la mujer violada.

En términos generales es sabido que la noticia del embarazo puede impactar emocionalmente a la mujer de diversas maneras: alegría, miedo, rabia, angustia –según sean las condiciones en que tal estado se ha producido– pero en ningún caso un embarazo deja indiferente. Sin duda, esperar un hijo deja una huella indeleble en quien se apronta a ser madre. Desde cambios hormonales que favorecen el apego y el sentimiento maternal⁵, hasta variaciones psicológicas que alteran la memoria emocional⁶ de la futura madre, todos estos cambios se producen indefectiblemente con cada nuevo embarazo.

Es más, todos los estímulos visuales, auditivos, táctiles de los acontecimientos que tienen una fuerte carga emocional, son evaluados en el cerebro –en lo que se denomina *complejo amigdalino*– valorándolos como recompensa o castigo. Por eso que, naturalmente, el embarazo en cuanto proceso biológico es evaluado positivamente, mientras que su terminación, espontánea o violenta, antes de que el hijo llegue a término es evaluada biológicamente como negativo. Ambos acontecimientos pueden registrarse en el cerebro, como recuerdo positivo en el primer caso y negativo y traumático en el segundo.

1. Michelle Bachelet (Capítulo “Equidad de Género” de su programa de gobierno. P. 169) y Marco Enríquez Ominami (Capítulo 12 P. 10 del programa de Gobierno “Género. Somos diferentes, pero con los mismos derechos”), y Franco Parisi en declaraciones ante los medios (CNN Chile http://www.youtube.com/watch?v=F0Ut1H9_yio)
2. Tomás Joselyn-Holt. Compromiso de campaña N° 5 “diversidad sexual y reproductiva” P. 1
3. Marcel Claude. Programa de Gobierno P. 33.
4. <http://www.emol.com/noticias/nacional/2013/07/05/607449/nina-de-11-anos-queda-embarazada-tras-violacion.html>
5. Aumento de producción de oxitocina u hormona de la confianza.
6. El cuerpo no miente. Todo lo que ocurre en él con una carga emocional fuerte es recogido en el cerebro, de acuerdo con las hormonas y factores liberados en él; la región de la corteza cerebral denominada *ínsula*, que es como un sensor de los estados corporales, informará del estado corporal teñido de recompensa o de castigo.

El presente informe está elaborado, en gran parte, en base a un documento titulado “¿Cómo cambia el cerebro un aborto inducido?” publicado por Natalia López Moratalla Catedrática de Bioquímica y Biología Molecular y Presidenta de AEBI. Dicho documento fue publicado en “Cuadernos de bioética” XXIII, 2012/2^a U. Navarra. Las citas al pie corresponden a ese trabajo.

II. Aborto y alteraciones psiquiátricas.

Los trastornos psiquiátricos son de índole muy diversa. Pueden variar desde una emoción negativa o ansiedad, hasta trastornos afectivos como la depresión, o problemas de conducta tales como abuso de sustancias, reactivación de trastornos psiquiátricos existentes previamente, intento de suicidio (o suicidio efectivo) y hasta la aparición de un nuevo trastorno psiquiátrico.

Al mismo tiempo, su origen puede ser multicausal, porque cada quien tiene predisposiciones distintas ante los diferentes acontecimientos que la vida puede deparar, y éstos pueden presentarse en diversos tipos y niveles de estrés. Los abusos sexuales, la violación y el hecho de provocarse un aborto están dentro de las situaciones más angustiantes que puede sufrir una mujer. Así, por ejemplo, “ante el aborto inducido los sistemas de defensa pueden ir desde el mecanismo primitivo de negación –lo que llevo en el vientre no es más que unas células– hasta el mecanismo maduro de anticipación –soy madre de un hijo ¿vivo o muerto?–, a la racionalización de la valoración. Actitudes que llevan a tomar la decisión de abortar, o no, en dependencia de las con–vicciones no sólo religiosas o culturales, sino muy especialmente de las presiones sociales, etc. Todo ese conjunto de ideas y emociones, de soledades y miedos al futuro, configuran una situación subjetiva de conflicto en la que una mujer ha de tomar una decisión de un fuerte calado humano.”⁷

A la luz de estos antecedentes cabe preguntarse ¿Es posible encontrar alguna relación causal entre aborto voluntario y problemas psiquiátricos? Varias investigaciones científicas, a lo largo de muchos años, han llegado a conclusiones afirmativas, observando grupos de mujeres que se han visto expuestas a esta situación. Lamentablemente, sólo un pequeño porcentaje de mujeres que han abortado acuden voluntariamente en busca de ayuda psiquiátrica para superar su trauma. No obstante, desde el año 2003 en adelante se ha podido establecer una correlación entre aborto y algunos cuadros como ansiedad, depresión e incluso suicidio femenino.⁸ A pesar de lo anterior, cabe advertir que sólo los estudios epidemiológicos cuantitativos, que pueden eliminar variables como trastornos existentes con anterioridad, pueden responder a la cuestión de qué efecto podría causar en la mente el aborto voluntario.

7. Véase López Moratalla. Cuadernos de bioética XXIII, 2012/2^a U. Navarra. P. 569.

8. El suicidio femenino es menos frecuente que el masculino y en diversos países de muy diversas culturas un porcentaje muy alto del total de suicidio femenino corresponde a mujeres que abortaron voluntariamente. (Mota, N.P., Burnett, M., Sareen, J. “Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behavior in a nationally representative sample” *Canadian Journal of Psychiatry* 55, 2010, 239–247). Citado por López Moratalla en Op. Cit. p. 570.

Algunas investigaciones han comparado la salud psíquica de mujeres que abortan con la de mujeres que dan a luz un hijo inicialmente no deseado. Otro grupo de comparación de gran interés lo constituyen las mujeres que sufren complicaciones psiquiátricas por la pérdida involuntaria del hijo. Es obvio que el aborto espontáneo también es un acontecimiento potencialmente perturbador. Algunas conclusiones son:

a) Los resultados de las revisiones de muchos trabajos publicados muestran que ninguna investigación ha encontrado que el aborto inducido se asocie a una mejor evolución de la salud mental. Los resultados de algunos trabajos llevados a cabo por investigadores “pro-choice” aparecen como neutros, mezclados, o negativos, pero nunca mejores, o positivos, para la salud mental.⁹

b) Diversos estudios señalaron asociaciones significativas con algunas complicaciones psiquiátricas, que se han visto confirmadas, y matizadas, por estudios longitudinales prospectivos de los que ha ido emergiendo la idea de que se trata realmente de relaciones causa/efecto.

c) Una conclusión decisiva es la que arrojó la revisión cuantitativa de los datos de la bibliografía mundial recopilada sistemática y rigurosamente entre los años 1995 y 2009. Para esos años ya se había conseguido una considerable mejora en los diseños de investigación y eliminado las deficiencias de los trabajos anteriores. La conclusión es clara: existe evidencia de un riesgo para la salud psiquiátrica de las mujeres que abortan voluntariamente.¹⁰ Las mujeres que se habían sometido a un aborto han experimentado un 81% más de riesgo de problemas de salud mental, y casi un 10% de la incidencia de problemas de salud mental es atribuible al aborto. El riesgo, entre moderado y grave, es especialmente alto en lo que se refiere a la conducta de adicción y al suicidio.

El estudio de Coleman pone de manifiesto la asociación entre el aborto y los indicadores de trastornos de la salud mental. El cálculo se ha realizado en diferentes subgrupos y cada resultado estadístico se ha comparado con el riesgo atribuible a la población. Para eliminar posibles sesgos la muestra se compuso de 22 estudios, 36 medidas de los efectos y 877.181 participantes de las que 163.831 habían experimentado un aborto. El riesgo más alto en cuanto a conductas de uso de sustancias adictivas y el comportamiento suicida se produjo en el subgrupo de comparación con las mujeres que habían llevado el embarazo a término. Se comprueba que el aborto genera un riesgo entre moderado a muy alto de problemas de salud mental.¹¹

9. Entre otros: Charles, V.E., Polis, C.B., Sridhara, S.K., Blum, R.W. “Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence”. *Contraception* 78, 2008, 436-450. Citado por López Moratalla en Op. Cit. p. 570.

10. Coleman, P.K. “Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009” *The British Journal of Psychiatry* 199, 2011, 180–186. Citado por López Moratalla en Op. Cit. p. 571.

11. *Ibidem*.

d) No hay ningún dato que justifique que el aborto sea solución terapéutica a las complicaciones psíquicas que la gestante puede padecer a causa de un embarazo no deseado.

III. Trastorno de estrés post- traumático

Las situaciones traumáticas provocan cambios en áreas cerebrales implicadas en la regulación de las emociones y de la memoria emocional. La respuesta a un acontecimiento traumático se manifiesta en una sintomatología general caracterizada por ansiedad, fenómenos de flash-back y pesadillas, y en una sintomatología específica dependiendo de la naturaleza del evento traumático. El trauma post-aborto presenta síntomas comunes con el TEPT (trastorno de estrés post traumático) como la ansiedad, depresión, pesadillas, re-experimentación persistente del acontecimiento y evitación de estímulos asociados; y otros específicos como sentimientos de culpabilidad, y necesidad de reparar por la pérdida.

Los pacientes que lo sufren pueden sentirse des-personalizados e incapaces de recordar los aspectos específicos de la experiencia traumática, pero la experimentan de nuevo mediante pensamientos intrusivos, sueños o escenas retrospectivas, especialmente ante estímulos que le recuerdan el episodio.

A este tipo de sintomatología –a la cual son más propensas las mujeres que los hombres– se la ha denominado *Síndrome post-aborto*, frente al cual se registra mayor predisposición entre las personas que han vivido experiencias de abuso o maltrato durante la infancia. “Esta información científica puede aportar racionalidad a los acalorados debates sobre el derecho de las mujeres a optar por el aborto, o despenalizarlo en algunos supuestos entre los que se encontraría la salud psíquica de la gestante. Es una información que debe estar al alcance de legisladores, de la sociedad y muy especialmente de las mujeres en situación de buscar el aborto como salida a una situación difícil y a veces dramática. El aborto aumenta el riesgo de trastornos psiquiátricos máxime aún si la mujer ha sufrido anteriormente eventos traumáticos y/o sus marcadores biológicos muestran vulnerabilidad. Nunca, incluso si el embarazo no deseado genera alteraciones, el aborto es una medida terapéutica.”¹²

Antes del estudio de Coleman, muchas otras investigaciones publicadas indicaban una relación estadísticamente significativa entre el aborto inducido y los efectos adversos psicológicos¹³, sobre todo

12. López Moratalla en Op. Cit. p. 572.

13. Bradshaw, Z., Slade, P. “The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature”. *Clinical Psychology Review* 23, 2003, 929–958. Coleman, P.K. “Induced abortion and increased risk of substance use: a review of the evidence”. *Current Women’s Health Review* 1, 2005, 21–34. Coleman, P.K., Reardon, D.C., Strahan, T.S., Cogle, J.R. “The psychology of abortion: a review and suggestions for future research” *Psychology & Health* 20, 2005, 237–271. Thorp J, Hartman K, Shadigan E. “Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence”. *Obstetrical and Gynecological Survey* 58, 2003, 67–79.

en niñas jóvenes.¹⁴ Un estudio de seguimiento que Fergusson y su equipo realizaron en una cohorte neozelandesa, evaluada repetidamente hasta la edad de 30 años, controló todas las potenciales variables que pudieran causar confusión requeridas por los expertos y distinguió cuatro grupos de mujeres según el tipo de evento: aborto inducido, pérdida del embarazo, embarazo no deseado llevado a término y embarazo a término sin rechazo, y las compara con las mujeres sin embarazo. Concluye que la experiencia del aborto inducido se asocia a un significativo aumento de las tasas de trastornos mentales. También el aborto espontáneo se asocia con aumento de riesgo de algún trastorno mental; sin embargo, en este caso a diferencia del aborto inducido no permanece tras 5 años. Ninguno de los dos grupos de embarazo llegado a término, el no deseado y el deseado, muestra asociación con un aumento significativo de la tasa de trastorno mental.¹⁵

Un análisis entre unas 55.000 mujeres californianas de bajos ingresos a lo largo de los cuatro años siguientes al aborto inducido dio una tasa de ingresos psiquiátricos de 1,7 veces más alta que entre quienes dieron a luz; y fue más alta para los ingresos por trastorno adaptativo, depresión psicótica y trastorno bipolar.¹⁶

En 2001 los investigadores Engelhard, van den Hout y Arntz del Departamento de Psicología Médica, Clínica y Experimental de la Universidad de Maastricht, Países Bajos, realizó un estudio sobre el trastorno de estrés postraumático después de la pérdida del embarazo. Este estudio longitudinal prospectivo investigó la prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en respuesta a la pérdida del embarazo. Sobre 1.370 mujeres fueron reclutadas en las primeras etapas del embarazo y 113 de ellas tenían una pérdida de embarazo posterior. Uno y cuatro meses después de la pérdida del embarazo, que fueron evaluadas para el TEPT con la escala de síntomas postraumático. También se evaluó la depresión. La mayoría tenía una pérdida temprana, es decir, dentro de 20 semanas. Al mes, la prevalencia de trastorno de estrés postraumático era 25%, y la severidad de síntomas fue similar a otras poblaciones traumatizadas. En las mujeres con trastorno de estrés postraumático había un mayor riesgo de depresión: el 34% de los casos de trastorno de estrés postraumático y el 5% de los no casos reportados depresión. A los cuatro meses, 7% cumplió los criterios de trastorno de estrés postraumático, de los cuales la mitad eran crónicas. Por el contrario, las tasas de depresión no habían disminuido. Los resultados indican que la pérdida del embarazo es potencialmente traumática, poniendo a las mujeres en riesgo de desarrollar TEPT. En la mayoría de los casos, el trastorno es inmediato y persiste durante varios meses.¹⁷

14. Cogle, J.R., Reardon, D.C., Coleman, P.K. "Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort" *Medical Science Monitor* 9, 2003, 105–112. Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Ridder, E.M. "Abortion in young women and subsequent mental health". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 2006, 16–24. Pedersen, W. "Childbirth, abortion and subsequent substance use in Young women: a population-based longitudinal study". *Addiction* 102, 2007, 1971–1978.

15. Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Boden, J.M. "Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study". *British Journal of Psychiatry* 193, 2008, 444-451.

16. Reardon, D.C., Cogle, J.R., Rue, V.M., Shuping, M.W., Coleman, P.K., Ney, P.G. "Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth". *CMAJ* 168, 2003, 1253-1256.

17. Véase Engelhard, van den Hout y Arntz *Gen Hosp Psychiatry*. 2001 Mar-Apr.; 23 (2):62-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11313072>

En 2009 un estudio de Coleman se centró en una muestra de unas 3000 mujeres, representativa de la población de Estados Unidos. De ellas, un 13% había tenido al menos un aborto provocado, y se controló el efecto de 22 variables que potencialmente podría confundir los resultados. La asociación entre aborto inducido y diferentes diagnósticos psiquiátricos es la siguiente: trastorno de pánico, 2,1; agorafobia, 1,9; trastorno de estrés post-traumático, 1,6; trastorno bipolar I, 2,7; primer episodio de manía, 1,7; depresión, 2,4; dependencia de alcohol, 2,4; dependencia de alguna droga ilegal, 2,3.¹⁸

En contraposición, aparecen alrededor de esas fechas tres revisiones de la bibliografía meramente cualitativas, que afirman que el aborto no representa riesgos graves por encima de los asociados con el embarazo no deseado llevado a término.¹⁹ Rápidamente se denuncia el sesgo del más importante de los tres, el Informe de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA): los criterios para los grupos control muestran una gran parcialidad, se han excluido los estudios más significativos en sentido contrario sin argumentos creíbles. Por otra parte, dado la cantidad de estudios no hay razón para que no cuantificaran los efectos.

En resumen, la investigación poblacional cuantitativa revela que el aborto estaba asociado con un aumento de riesgo en un 34% en desórdenes de ansiedad; un mayor riesgo de depresión en un 37%, un mayor riesgo de abuso de alcohol en un 110%, y un mayor riesgo de uso y abuso de marihuana en un 220%. El aborto también estaba vinculado con un mayor riesgo de intento de suicidio en un 155%.

IV. Aborto y suicidio

Desde hace muchos años se ha podido establecer que el aborto aumenta dramáticamente el riesgo de suicidio. Según un estudio de 1986 de investigadores de la Universidad de Minnesota, una adolescente tiene 10 veces más probabilidad de cometer suicidio si ha realizado un aborto en los últimos seis meses que una joven comparable que no lo haya practicado.²⁰

Es más, en los años anteriores a la legalización del aborto, uno de los argumentos para justificar su legalización era que recurrir a él se podrían disminuir los índices de suicidio entre las mujeres. Sin embargo, la evidencia de varios años de aborto legal es que, por el contrario, es el dar a luz lo que disminuye dramáticamente la tasa de suicidios en comparación, incluso, con mujeres no embarazadas.

18. Coleman, P.K., Coyle, C.T., Shuping, M., Rue, V.M. "Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: isolating the effects of abortion in the National Comorbidity Survey". *Journal of Psychiatric Research* 43, 2009, 770–776.

19. American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion. APA, 2008. Robinson, G.E., Stotland, N.L., Russo, N.F., Lang, J.A., Occhiogrosso, M. "Is there an 'abortion trauma syndrome'? Critiquing the evidence". *Harvard Review of Psychiatry* 17, 2009, 268–290.

20. Garfinkel, et al., Stress, Depression and Suicide: A Study of Adolescents in Minnesota, (Minneapolis: University of Minnesota Extension Service, 1986).

Actualmente algunos psiquiatras consideran que el embarazo cumple una función de protección psicológica, pues la presencia de otra persona por la que hay que vivir parece reducir el impulso suicida de una mujer con trastorno psicológico o depresión grave.²¹

En otras ocasiones, los impulsos suicidas son el resultado de años de represión, depresión y pérdida de autoestima. Un estudio de 1987 entre mujeres con trauma post-aborto halló que el 60% habían tenido ideas suicidas, el 28% habían intentado suicidarse, el 18% lo había intentado repetidamente, a menudo varios años después del aborto.²² Es que, como ya está dicho, un evento traumático –violencia doméstica, una lesión física grave como consecuencia de un accidente de coche, combatir en un conflicto armado, o un aborto voluntario– puede cambiar para siempre la forma en que una persona se ve a sí misma y ve el mundo que le rodea. En el lenguaje de la salud mental, cuando una persona no puede dejar de pensar, o de soñar, sobre el evento, y no puede contener la respuesta al miedo y reanudar el funcionamiento de la vida diaria, el trastorno de estrés post-traumático se ha afianzado. El despliegue del trastorno, o la depresión, aumentan el riesgo de suicidio.²³

La evidencia se ha mantenido a lo largo de los años. A mediados de los 90 investigadores finlandeses –al examinar el historial médico de víctimas de suicidio– hallaron una fuerte asociación entre éste y la práctica abortiva. En sus resultados publicados en el *British Medical Journal* revelan que “la tasa de suicidios después de un aborto era tres veces mayor que la media y seis veces mayor que la asociada al parto.”²⁴

Finalmente, investigaciones recientes han señalado que cuando la mujer es muy joven o adolescente, que presenten conductas compulsivas de auto-castigo, los ya mencionados intentos suicidas o la huida hacia delante a la búsqueda de nuevas experiencias hedonistas compensatorias. Un dato de interés es que el nacimiento del niño protege a la madre de las ideas suicidas y de la realización del suicidio, bajando la tasa anual en mujeres en edad reproductiva de 11,3 por 100.000 a 5,9 por 100.000 en asociación con el nacimiento.²⁵ Por el contrario, un porcentaje alto de las mujeres que se suicidan han abortado voluntariamente.²⁶

21. Hilgers, et al, *New Perspectives on Human Abortion* (Frederick, Md.: University Press of America, 1981) 156. Citado en <http://www.notivida.org/Articulos/Aborto/La%20conexion%20Aborto%20y%20Suicidio.html>

22. Reardon, “A Survey of Psychological Reactions,” (Springfield, IL: Elliot Institute, 1987).

23. Wilcox, H.C. et al. “Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults”. *Archives of General Psychiatry* 66, 2009, 305–311.

24. Mika Gissler, Elina Hemminki, Jouko Lonnqvist, “Suicides after pregnancy in Finland: 1987-94: register linkage study” *British Medical Journal* 313:1431-4, 1996. Citado en <http://www.notivida.org/Articulos/Aborto/La%20conexion%20Aborto%20y%20Suicidio.html>

25. Gissler, M., Hemminki, E., Lonnqvist, J. “Suicides after pregnancy in Finland, 1987–94: register linkage study”. *BMJ* 313, 1996, 1431–1434. Appleby, L. “Suicide during pregnancy and in the first postnatal year”. *BMJ* 302, 1991, 137–140. Lindahl, V., Pearson, J.L., Colpe, L. “Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum” *Archives of Womens Mental Health* 8, 2005, 77–87.

26. Mota, N.P., Burnett, M., Sareen, J. “Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behavior in a nationally representative sample” *op.cit.*, 2

V. Conclusión

A la luz de las numerosas investigaciones citadas en el presente documento es posible concluir:

Ante un embarazo imprevisto, la mujer se siente abrumada, asustada y sola cuando no encuentra el apoyo deseado por parte de su familia ni del varón que es padre del hijo o hija que lleva en su vientre. En ocasiones puede no ser consciente de las alternativas que existen frente al aborto ni de lo que para su vida supone abortar. En cualquier caso, un embarazo no se borra con un aborto. Además, debe tenerse en cuenta de que una decisión nunca es libre si no es querida y adecuadamente informada.

Estudios epidemiológicos cuantitativos muestran un riesgo entre moderado y muy alto de trastornos psiquiátricos tras el aborto inducido, especialmente trastornos de estrés post traumático, de conductas adictivas e incluso, ideación o intento de suicidio. Las mujeres que se habían sometido a un aborto experimentaron un 81% más de riesgo de problemas de salud mental. Y cerca del 10% de la incidencia de problemas de salud mental se demostró que es atribuible al aborto.

El embarazo no deseado no provoca trastornos y no se ha demostrado que el aborto inducido se asocie a una mejor evolución de la salud mental, por lo que no puedan invocarse, sobre bases empíricas, razones de salud mental de la embarazada para inducir un aborto.

Si lo que se pretende, verdaderamente, es ayudar a las mujeres –especialmente menores de edad– de los traumas que producen los embarazos originados en abusos, no es posible recurrir al aborto porque sería éste, el segundo acto de violencia brutal a la que se sometería la madre. Toda la ayuda psicológica que se pueda brindar a las madres víctimas de abuso, so sólo irán en beneficio de ella, sino también de su hijo. La evidencia científica indica, por el contrario, que la práctica del aborto lejos de favorecer los índices de salud mental, es una de las principales causas de su destrucción.