**Consecuencias psicológicas del aborto**

José María Infante

El aborto, como fenómeno particular, tiene muchas presentaciones y modalidades. Además, su definición deriva del hecho previo, la concepción y el modo en que ella es asumida por quienes aparecen culturalmente como los padres. Por otro lado, las consecuencias psicológicas, estrictamente, son una realidad subjetiva y, por lo tanto, sólo comprensible a través de la comunicación personal de las vivencias y aplicable solamente al individuo que las experimenta.

Estrictamente, por lo tanto, este trabajo debería llevar por título “consecuencias psicosociales del aborto”, dado que no sería fácil evaluar todas las condiciones en que la subjetividad determina un comportamiento dado. Esto es así no sólo para el aborto, sino para cualquier acción humana en cualquier circunstancia. En otras palabras, todos los seres humanos llevamos a cabo cotidianamente acciones de todo tipo, para las cuales tenemos motivaciones que a veces entendemos o creemos entender y los factores racionales o neuróticos que nos llevan a tal acción pueden estar en correspondencia con o ser contrarios a los valores culturales del grupo de pertenencia o del grupo de referencia; las vivencias subjetivas que acompañan a esos actos serán vividas e interpretadas de manera única por cada agente social, según el grado de conciencia que acompañe a ese acto.

El aborto, por otra parte, debe verse como una parte de un proceso, el de la reproducción, que en los seres humanos posee características diferentes a las de cualquier otra especie animal: la sexualidad humana no se rige por patrones biológicos sino culturales; por ello mismo, no hay violaciones sexuales entre los animales pero sí entre los seres humanos. Claro que durante mucho tiempo (y todavía hoy, lamentablemente en algunas culturas y en algunos grupos sociales dentro de nuestra sociedad) el sexo tiene más de animalidad que de proceso humano, pero eso no es sino la consecuencia de condiciones sociales de existencia por las cuales a algunos seres humanos se les niega o no tienen acceso a una calidad de vida como la deseable para todos. De manera que el primer paso para el aborto es el deseo de los padres (o su ausencia). ¿Por qué desea una pareja tener un hijo? ¿Qué deseo deposita(rá) esa pareja en ese nuevo ser? ¿Tiene ese deseo la misma intensidad en ambos o sólo uno de los miembros de la pareja es quien lo tiene, al menos concientemente? A partir del embarazo, tenemos varias posibilidades de aborto: el “natural” o espontáneo, es decir el que ocurre debido a causas del propio organismo femenino sin que haya una voluntad conciente de hacerlo y luego los diversos tipos de aborto inducido. Entre estos tipos encontramos variedades, como el aborto terapéutico y el aborto electivo o voluntario; en estos dos últimos interviene casi siempre más de una persona, de manera que hablar de consecuencias psicológicas implica tener en cuenta un sistema de estructuras de subjetividades que se entrecruzan de manera particular según sea el juego de relaciones de intercambio preestablecidas. Deberíamos tener claro que en todos los tipos de aborto existen consecuencias psicológicas, si por ello entendemos ciertas condiciones particulares de la subjetividad derivadas del fenómeno del aborto, las que no se darían en una persona cualquiera si no tuviera una experiencia de vida ligada a un aborto. En términos vulgares, hablar de consecuencias suele estar asociado a relaciones de causa-efecto, pero no es ése el sentido en que se toma el término consecuencias en este trabajo; es decir, no hay un determinismo absoluto de factores externos a la subjetividad sino que la experiencia humana coparticipa en la construcción de las estructuras psicológicas de un individuo cualquiera.

El aborto, en cualquiera de sus modalidades, aparece desde sus mismos orígenes en todas las sociedades humanas, de manera que la subjetividad construida presentará variaciones en sus relaciones con las otras estructuras constitutivas para cada una de las culturas donde aparece.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el número de abortos inducidos en todo el mundo ha tenido una ligera disminución entre los años 1995 y 2003, pasando de 45.6 millones a 41.6. Esta disminución sólo se ha dado en los países desarrollados, mientras que para los países del mundo subdesarrollado las cifras se mantienen estables. Para el caso de América Latina, la cifra también es estable. Sin embargo, si se tiene en cuenta la tasa de abortos (abortos por cada 1000 mujeres en edad entre 15 y 44 años), la cifra para América Latina pasa de 37 a 31. Estas cifras pueden estar indicando dos cosas: que en los países desarrollados se utilizan con mayor frecuencia técnicas anticonceptivas seguras y que en general, en todo el mundo, el recurso al aborto está disminuyendo. Para los países subdesarrollados, un problema de salud adicional lo constituye el uso de prácticas inseguras desde el punto de vista sanitario en el recurso del aborto. Dado que en general, los países desarrollados poseen legislaciones más o menos permisivas en la materia, al contrario de los países subdesarrollados, donde generalmente está prohibido y donde se eximen ciertos casos extraordinarios (como violación de la mujer o serios riesgos de vida para ésta), podemos presentar dos reflexiones: ¿se dan condiciones de ansiedad diferenciadas allí donde el aborto se practica de forma segura en términos sanitarios que donde se debe realizar en condiciones clandestinas y con mínimas condiciones de higiene?; y, sin entrar en planteos herrnsteinmurraynos[[1]](#footnote-1), ¿hay una condición psicológica diferente (tanto para el aborto como para cualquier otro proceso vital) en los países desarrollados y en los países subdesarrollados? Un efecto perverso de todo esto es que en los países desarrollados se pueden realizar estudios sobre las características psicológicas y otras condiciones del aborto con mucha más validez y representatividad que en los países subdesarrollados.

Devereux (1976) encuentra que la institución del aborto refleja la enorme plasticidad del ser humano, dada la enorme variedad de condiciones en que se realiza. En lo que hace a motivaciones, cree que pueden estar ubicadas en cuatro categorías: las espontáneas y subjetivamente concientes, las subjetivas pero inconcientes, las del aborto involuntario por agresión y las del aborto involuntario por medios mágicos. En el primer tipo incluye las derivadas de la estructura social y de factores económicos; parece evidente que si una persona adopta o internaliza estas motivaciones, entonces se sentirá aliviada al interponer razones que le propone la cultura. Por ejemplo, los factores económicos están determinados por la cultura, ya que pobreza y riqueza son elementos relativos determinados por valores culturales. Devereux piensa que tiene también mucho interés para la psicología la forma en que se presentan las alternativas al aborto. Diferentes culturas en el mundo pueden ofrecer a sus integrantes una o más alternativas: el matrimonio (que en número de culturas es menos común de lo que podría creerse); la “contracepción”, que se vincula a las fantasías y mitos existentes en la cultura sobre el embarazo, la fertilidad y la maternidad; el infanticidio, que se practica en extensas regiones del mundo todavía en la actualidad; suicidio; abandono del grupo o comunidad; tolerancia, como cuando un marido acepta la paternidad de un hijo de otro hombre. Por supuesto, aun cuando estas opciones estén disponibles en una sociedad, ello no significa que no se practicará el aborto.

Es posible que las técnicas disponibles también tengan distintas formas de impacto en la subjetividad, ya que la percepción de los efectos que la acción abortiva tiene sobre el mundo real puede estar acompañada de diferentes efectos[[2]](#footnote-2). Las técnicas varían en función de las diferencias de los usuarios, diferencias que se presentan en cuanto a la condición social, el nivel cultural, el grupo étnico del que se forma parte, o el área geográfica donde se vive (al menos antes de la globalización que permite la irradiación de las técnicas a prácticamente cualquier grupo o cultura en cualquier parte del mundo). La forma en que la cultura produce diferentes formas de ansiedad y proporciona los medios para reducirla también está presente en el caso del aborto: las razones ofrecidas para desear tener o no tener hijos incidirán en la interpretación que los distintos tipos y modalidades de aborto tendrán en un momento dado[[3]](#footnote-3).

El estudio de Devereux se realizó sobre las culturas que algunos llaman “primitivas” (el título del libro así lo confirma), pero no analiza las condiciones en que el aborto se practica en la actualidad en nuestras culturas coexistentes.

En el mundo actual, el aborto se practica en todos los países y regiones[[4]](#footnote-4). En 1995 la tasa se situaba en 35 abortos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 44 años. Para el año 2003, había bajado a 29[[5]](#footnote-5). Latinoamérica presenta la tasa más alta, 31, mientras que en Oceanía se registra la más baja, 17. Sin embargo, salvo para el caso de Oceanía, las diferencias entre regiones y países no son apreciables, ya que muestran tasas entre 31 y 28; excepción notable es América del Norte (Canadá y Estados Unidos) donde se registran 21 abortos por cada 1,000 mujeres. El problema no es la tasa de abortos inducidos sino las condiciones de salubridad en las que se practican. Mundialmente, 48% de los abortos inducidos se practican en condiciones insalubres; pero si se toman en cuenta los niveles de desarrollo, en los países de alto nivel de desarrollo el 92% son practicados en condiciones higiénicas adecuadas, mientras que el mundo del subdesarrollo sólo el 45 % presentan esa condición. Entre los métodos más usados en abortos insalubres se encuentran diversos tipos de té hechos con estiércol de ganado, o la ingestión de productos químicos como aguarrás o cloro; también se usa la introducción de hierbas en la vagina, la introducción de objetos extraños en el útero y saltar o tirarse por las escaleras. De la práctica de abortos insalubres mueren en el mundo unas 67,000 mujeres, lo que representa aproximadamente el 13% de las muertes maternas. Debe pensarse que el embarazo posee una enorme carga de ansiedad para estas mujeres que están dispuestas a poner en riesgo su salud y su vida en pro de su interrupción[[6]](#footnote-6).

Es la relación entre aborto y creencias religiosas uno de los elementos que más atención recibe, dado que las grandes religiones (judaísmo y cristianismo) condenan de manera expresa el aborto en cualquier circunstancia. Con el islamismo la cuestión es más compleja, ya que no aparece mencionado en el Corán y existen varias escuelas jurídicas que interpretan el aborto de diversa manera, aunque paradójicamente otorgan un peso importante a la voluntad de la mujer para su práctica. Las consideraciones religiosas se sustentan en la discusión sobre la constitución del ser humano como tal a partir de la creencia sobre el alma. El debate sobre la implantación del alma es el que ha teñido todas las discusiones teológicas desde la antigüedad y es aún hoy el determinante de la posición de cualquier doctrina religiosa. Russo y Dabul (1997) han estudiado el problema de la influencia de las creencias religiosas en la consideración del aborto. Para ellas, los riesgos de sufrir problemas psicológicos derivados de una experiencia de aborto son mucho menores que los que se presentan por el alumbramiento; en sus estudios, la mayoría de las mujeres que quieren abortar lo hacen como consecuencias de embarazos no intencionales, lo cual plantea diferencias con los abortos derivados de embarazos deseados. Aplicando escalas de autoestima y mediciones sobre bienestar a lo largo del tiempo, encontraron que no había ninguna relación entre bienestar y el aborto si se controlaban las otras variables. El bienestar está asociado a tener un empleo, altos ingresos, más años de educación, un número pequeño de hijos, pero el aborto no causa ninguna diferencia. Dado que en los Estados Unidos estas condiciones de bienestar están asociadas a origen étnico y creencias religiosas, decidieron llevar a cabo un estudio que contemplara estas condiciones. En lo que se refiere a la condición étnica, el aborto no tiene ninguna influencia en la autoestima. Tanto las mujeres negras como blancas derivan su autoestima de sus condiciones de trabajo y nivel educativo sin que el hecho de haber tenido un aborto provocado influya en ella. En lo que hace a las creencias religiosas, tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas: las mujeres que recurren al aborto voluntario se encuentran en todas las religiones, y del total de mujeres católicas de la muestra que declararon haber tenido uno o más abortos, sólo una mostraba un puntaje de autoestima muy bajo[[7]](#footnote-7). Pero la autoestima no está relacionada con la religión sino con otros factores, de manera que no pueden establecerse conclusiones al respecto. A pesar del esfuerzo de ciertos grupos por tratar de convencer al público de la existencia de un grave trauma posabortivo, no hallaron ninguna evidencia científica sobre la existencia de tal trauma, aun en los casos en que el aborto se había producido en un contexto de embarazo no deseado y altamente estresante.

Una de las principales dificultades para llevar a cabo estudios sobre las relaciones entre aborto y salud mental son de tipo técnico derivados del diseño de investigación. ¿Con qué tipo de mujeres se deben comparar las mujeres que abortan? ¿con cualesquiera otra mujer?¿qué variables (independientes o intervinientes) se deben tener en cuenta en el diseño muestral?¿qué debe analizarse en la evaluación de antecedentes, tanto de orden psicológico como económico, social y cultural?¿la edad, el lugar de residencia y el estatus legal y económico influyen?¿en qué tipo de ambiente cultural (ideológico) está socializada la mujer[[8]](#footnote-8)?¿qué tipo de diagnóstico psicológico (previo y posterior) puede y debe hacerse ‑en términos epistemológicos? ¿cuáles son las escalas estandarizadas que pueden usarse y cuál es su coeficiente de confiabilidad? El tener en cuenta sólo algunas de estas dimensiones obliga a complejos diseños muestrales cuya integración no es tanto un problema teórico como práctico: ¿dónde y cómo encontrar los casos a estudiar?[[9]](#footnote-9) Por ello, estudios como los de David Fergusson, L. John Horwood y Elizabeth Ridder (2006) deben poder ser apreciados en su justa dimensión. En este estudio, por ejemplo, se toman criterios derivados del DSM-IV o se mide la condición psicológica de los jóvenes utilizando la escala de neuroticismo derivada del *Eysenck Personality Inventory*, medidas cuestionables tanto epistemológica como teórica y técnicamente. Aún aceptando la validez de estos criterios, cuando, por ejemplo, se diagnostica “estado depresivo” en una persona que recurre al aborto, ¿cómo saber si el estado depresivo es consecuencia del aborto o del hecho previo de haber quedado embarazada en circunstancias para las cuales no parece haber otra salida que recurrir al aborto? Porque cuando se parte de la condición previa de un embarazo deseado difícilmente se podrá encontrar alguna forma de depresión. Lo mismo podría decirse sobre tendencias suicidas o adhesión a las drogas, ya que seguramente son previas a la condición de abortar. Establecer, por otro lado, que el hecho de tener antecedentes en la historia personal de padres con mayor educación o haber sufrido abuso infantil o una baja autoestima o antecedentes depresivos predisponen al aborto, no explica por qué se recurre a él ni tampoco se pueden señalar como causas, mucho menos como consecuencias. De hecho, los autores mencionados concluyen en su estudio que los datos estadísticos muestran que las relaciones causales pueden ser interpretadas de dos maneras: que presentar problemas de salud mental conduce a incrementos de tasas de abortos y que los abortos conllevan a experimentar problemas de salud mental[[10]](#footnote-10). También señalan que los factores contextuales tienen un gran peso y que en la decisión sobre el aborto están involucrados el grado en que el embarazo es deseado, el apoyo de la familia y de los padres sobre la toma de decisión y las experiencias de la mujer con relación a la obtención del aborto (en especial la disponibilidad fáctica, más allá de las disposiciones legales). El reverso del aborto, el hijo no deseado, no se estudia en estos casos; no se introduce la variable ni se consideran como un aspecto, ni siquiera a profundizar ¿Cómo se estructura psicológicamente un hijo no deseado, cuáles son las dificultades que debe resolver en su desarrollo personal?

 Los estudios sobre las relaciones entre aborto y condiciones psicológicas son relativamente nuevos, derivado de haber sido un tema tabú tanto en la cultura como en la ciencia. A raíz de la asunción por parte del gremio psicológico estadounidense de que la interrupción del embarazo debe ser considerado como un derecho por parte de la mujer, en el año 1969, se iniciaron una serie de investigaciones científicas orientadas a tener más información que pudiera dar pautas a psicólogos, políticos y ciudadanos (Adler et al. 1992). Precisamente, por parte de los políticos ha habido intentos, en numerosas ocasiones, de limitar los estudios sobre el aborto, cuando no de suprimirlos[[11]](#footnote-11). Por otra parte, ha habido y hay cierto interés por parte de alguna prensa condicionada ideológicamente por presentar conclusiones terminantes sobre las consecuencias desagradables del aborto en la salud femenina. Especialmente después de la decisión de la Suprema Corte estadounidense, en 1973, que declaró al aborto como un procedimiento quirúrgico legal en todo el territorio del país, el debate público no ha cesado y en ocasiones ha presentado aspectos muy ásperos. Antes de la fecha mencionada, varios estados toleraban la práctica del aborto mediante un procedimiento muy singular: si una mujer podía presentar una o dos cartas donde un psiquiatra declaraba que había riesgo de suicidio si no se permitía la realización del aborto. Por otra parte, esto respondía a las presiones de los miembros de las clases media y alta para conseguir la ejecución de abortos en condiciones de seguridad. Es posible pensar que en algunos casos las razones de estos “abortos terapéuticos” hayan sido más bien una pantalla, pero lo interesante es que el argumento es una inversión de lo que muchos suelen pensar: no es el aborto el que produce trastornos mentales, sino que el no practicarlo sí puede acarrearlos.

Sociológicamente pueden encontrarse tendencias entre las mujeres que recurren al aborto, pero salvo que caigamos en alguna forma abierta o velada de prejuicio, no podría señalarse que esas condiciones socio demográficas son coexistentes de rasgos psicológicos de uno u otro tipo. Por otra parte, la mayoría de los estudios sobre las personas que abortan son de tipo descriptivo fenomenológico y aportan pocos elementos basados en teorías psicológicas profundas y consistentes. La conclusión de Adler y sus colegas es que no hay ninguna evidencia de que un aborto practicado legalmente en el primer trimestre de un embarazo no deseado tenga alguna clase de peligro psicológico para la mayoría de las mujeres que se someten a tal tipo de práctica; eso no excluye que alguna mujer en particular pueda tener problemas, lo que sin duda estará condicionado a su subjetividad, como hemos señalado desde el comienzo de este trabajo. Las respuestas de las mujeres a la experiencia del aborto son complejas y cada una puede experimentar una gran cantidad de sentimientos encontrados. La mayoría dice experimentar sentimientos de felicidad y liberación, aunque algunos estudios han encontrado que hasta casi una de cada cinco pueden presentar cierto sentimiento de culpa. Los sentimientos negativos, como podría suponerse, varían según el tiempo transcurrido desde la práctica del aborto hasta que se responde al cuestionario o entrevista, cayendo notoriamente a las tres semanas del acontecimiento. Un estudio con una muestra nacional de mujeres estadounidenses que habían tendido hijos o habían abortado entre 1979 y 1987 encontró que las mujeres que habían abortado presentaban diferencias significativas en sentimientos de autoestima con relación a las madres y que esa diferencia se hacía mayor cuando se trataba de embarazos no deseados. Un aspecto que no puede ignorarse es el momento en que se toma la decisión de abortar, ya que quienes lo hacen en el primer trimestre tienen menores dificultades en todo sentido; las que recurren al aborto en el segundo trimestre, aparte de que las técnicas usadas suelen ser en sí mismas más traumáticas, indican fluctuaciones o titubeos derivados de las circunstancias que le han impedido tomar la decisión con anterioridad. En definitiva, las mujeres que están satisfechas con su decisión o que señalan pocas dificultades para ello, presentan respuestas post aborto más positivas. Las mujeres que presentan mayores obstáculos para tomar decisiones suelen encontrase en los grupos de las mujeres casadas o de las que son profundamente católicas o de las que sienten poco apoyo de su entorno para decidirse. El apoyo social en el entorno, por otra parte, se vincula con la condición de bienestar general de las personas, independientemente de que se practique o no un aborto. De todas maneras, es importante tener en cuenta si en el momento de someterse al aborto están o se sienten acompañadas y por quién.

En un balance sobre 30 años de estudios longitudinales sobre el aborto y dificultades psicológicas, David Fergusson, John Horwood y Joseph Boden (2008), constatan que los estudios sobre el tema han aumentado, pero que se mantienen los condicionantes anteriores: los hallazgos son inconsistentes y contradictorios, los problemas técnicos del diseño de investigación son puestos en cuestión tanto por los grupos pro y contra abortistas, en condiciones en las que las debilidades del proceso de investigación son usadas por los miembros de esos grupos para exaltar o denigrar la visión propia y ajena. Aun cuando este estudio comparte muchas de las características del anteriormente citado de Fergusson y sus colaboradores (2006), en éste se cuidaron más los aspectos metodológicos problemáticos. No obstante, las conclusiones son muy similares: en general, la condición de haber tenido un aborto tiene pocos efectos sobre la salud mental de las mujeres que lo han practicado. En resumen, en aquellos países donde el aborto se realiza en condiciones legales y de seguridad en salud, partidarios y contrincantes del aborto pueden encontrar elementos que les permitan seguir defendiendo y expandiendo sus posiciones, pero no pueden recurrir a las condiciones de salud mental para justificar sus posiciones.

La Asociación de psicólogos estadounidense (APA, por sus siglas en inglés) impulsó en el año 2008 un grupo de trabajo para que recolectara, examinara y sintetizara los elementos de salud mental vinculados al aborto (*Task Force on Mental Health and Abortion* – TFMHA); un grupo de investigadores hicieron a su vez un resumen del informe (Major et al. 2009). También identifican numerosos problemas metodológicos en las varias investigaciones que se publican. Tomando en cuenta las que satisfacen requerimientos mínimos de calidad, encuentran que entre las mujeres adultas que han tenido un embarazo no deseado el riesgo de presentar problemas de salud mental es pequeño cuando se trata de abortos realizados en el primer trimestre, similar, por otro lado, a las que presentan las mujeres que deciden llevar su embarazo a término. En el caso de mujeres que han recurrido a varios abortos, la relación podría explicarse por una variable interviniente que explicara las posibles asociaciones entre ambos factores. También identificaron algunas condiciones negativas asociadas entre las mujeres que recurrieron al aborto en el primer trimestre de embarazo: la percepción de estigma, necesidad de secrecía o un anticipado bajo apoyo del entorno social a la decisión de abortar; historias previas en problemas psicológicos; factores de personalidad como baja autoestima y, por último, características particulares y específicas del embarazo, como el grado de deseo del embarazo y el compromiso asumido hacia él. Todos los estudios muestran que el estado de salud mental previo al embarazo son el mejor predictor de ese mismo estado posteriormente a la realización del aborto. Reclaman, asimismo, la necesidad de llevar a cabo investigaciones rigurosas y científicamente bien planeadas.

 Sin duda, los factores o condiciones psicológicas que se encuentran en las personas que recurren al aborto están determinados por el resto de las condiciones económicas, sociales y culturales. En cuanto a los abortos que se practican en Nuevo León, sin que tengamos ningún estudio que lo confirme y por lo tanto, debe entenderse esto como meras hipótesis, creo que las condiciones en que se recurre al aborto están dadas por la condición de clase y por lo tanto tendríamos varias situaciones específicas: quienes pertenecen a la burguesía, para los cuales el aborto parece no presentar ningún conflicto ni ocasionar ningún trastorno; en la pequeño burguesía se presentan dilemas morales y se viven las situaciones más o menos conflictivamente según el resto de factores contextuales, en especial los ideológicos; en la clase trabajadora los condicionantes son más de tipo económico, ya que recurrir o no al aborto dependerá de la seguridad sanitaria a la que se pueda acceder y el temor a las derivaciones o consecuencias de orden fisiológico; por último, en los sectores marginados se recurre al aborto sin mayores elaboraciones psicológicas, como una práctica que funciona como conciencia en sí misma. En todos los casos, los acompañantes psicológicos de la acción tendrán una especificidad no susceptible de ser considerada, al menos hasta el momento, como condición generalizable.

**Referencias**

Adler, N., David, H., Major, B., Roth, S., Russo, N., y Wyatt, G. (1992). Psychological Factors in Abortion. A review. *American Psychologist*, 47, 10, 1194-1204.

Aristóteles (2008, trad. 1988 de María Lidia Inchausti Gallarzagoitia). *Política*. Madrid: Gredos.

Baquero, C. (2011). La Iglesia inicia la excomunión de un cura que financió dos abortos. *El País*, año XXXVI, n° 12320, 16 mar 2011.

Devereux, G. (1976). *A study of abortion in primitive societies*. Nueva York: International University Press.

Fergusson, D., Horwood, L.J., y Ridder, E. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1, 16-24.

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

Herrnstein, R., y Murray, C. (1994). *The Bell Curve. Intelligence and class structures in American Life*. Nueva York: The Free Press.

Major, B. et al. (2009). Abortion and mental health. Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64, 9, 863-890.

Russo, N., y Dabul, A. (1997). The relationship of abortion to Well-Being: Do race and religion make a difference? *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 1, 23-31.

1. R. Herrnstein y C. Murray (1994) publicaron hace ya varios años un libro donde se presentaba “científicamente” evidencia a favor de la idea de que los negros y chicanos eran intelectualmente inferiores (casi genéticamente determinados) a los blancos estadounidenses. El texto (felizmente no traducido) es una buena muestra de cómo pueden priorizarse los intereses ideológicos por sobre los científicos y llegar a conclusiones totalmente erróneas sobre el psiquismo humano. [↑](#footnote-ref-1)
2. por ello ciertas organizaciones antiabortistas han elaborado material audiovisual donde se magnifican ciertas condiciones de las prácticas abortivas, especialmente allí donde las modernas técnicas no permiten percibir casi nada a quienes se someten a un aborto. [↑](#footnote-ref-2)
3. justamente Aristóteles (2008, VII, 1335b) pensaba que se debía poner un límite al número de hijos y que el aborto debía practicarse antes de que surgiera la sensación y la vida, es decir antes de que la madre pudiera percibir de manera clara que estaba embarazada [↑](#footnote-ref-3)
4. Una de las dificultades mayores para el estudio científico del aborto y sus diferentes prácticas reside en la ilegalidad a que está condicionado en numerosos países, en especial en Latinoamérica. Es muy difícil encontrar en entrevistas abiertas mujeres que aceptan haber practicado un aborto, de manera que los datos provienen de aquéllas que por su condición específica se ven obligadas a proporcionar datos (las que asisten a consultas médicas o psicológicas para ser atendidas por algún trauma derivado). [↑](#footnote-ref-4)
5. según datos de la OMS y el Guttmacher Institute [↑](#footnote-ref-5)
6. en Barcelona, el sacerdote Manuel Pousa, con 35 años de trabajo en zonas humildes y en cárceles, está a punto de ser expulsado de la iglesia por haber apoyado económicamente a dos jóvenes que necesitaban dinero para practicarse un aborto en condiciones adecuadas de salubridad (Baquero 2011). [↑](#footnote-ref-6)
7. como se sabe, es imposible hacer una investigación de estas características en México, por dos razones: primero la ya mencionada condición ilegal del aborto que inhibe las respuestas sinceras y además, porque no existen diferencias estadísticas en la población con relación a la religión a la que se adhiere. [↑](#footnote-ref-7)
8. en estudios hechos en Nuevo León hemos encontrado que la carencia de educación sexual entre adolescentes es tal que inclusive grupos con estudios de nivel preparatoria ignoran hechos elementales sobre la vida sexual reproductiva. [↑](#footnote-ref-8)
9. quizá lo mejor sería recurrir a diseños ex post facto, pero siempre quedaría sin resolver la cuestión de la asignación previa en función de la condición psicológica inicial [↑](#footnote-ref-9)
10. debe tenerse en cuenta, no obstante, que el estudio se realizó en Nueva Zelanda, país donde el aborto es libre y legal para cualquier edad y no se requiere consentimiento paterno para las mujeres menores de edad. [↑](#footnote-ref-10)
11. para el caso de México no pueden señalarse conclusiones en ningún sentido, dado que a los políticos no les interesa impulsar ningún tipo de investigación científica, no sólo las dedicadas al aborto. [↑](#footnote-ref-11)