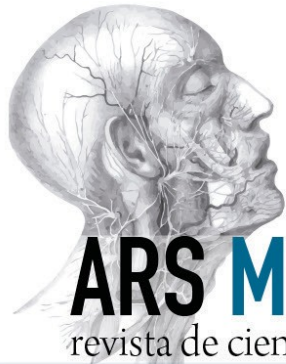


ARCHIVO HISTÓRICO

DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v38i1.92>



ARS MEDICA
revista de ciencias médicas

Volúmen 38, número 1, año 2009

El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Síndrome post-aborto. Reacciones psicológicas post-aborto

Dra. Ximena Fuentes Martínez
Psiquiatra Profesora Asociada Adjunta Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

El efecto que el aborto produce en la salud mental de la mujer que lo vivencia, sobre todo si es provocado, es un tema preocupante. Numerosas investigaciones y la experiencia clínica demuestran que las reacciones psicológicas varían de una mujer a otra, pero que en ningún caso es inocuo.

Las distintas investigaciones y la experiencia clínica describen desde reacciones ansiosas, depresivas, sentimientos de vacío y dolor, hasta un síndrome específico, el síndrome post-aborto, el cual presentaría casi las mismas características del estrés pos-traumático.

palabras clave: aborto; reacciones psicológicas; síndrome post-aborto.

POST-ABORTION SYNDROME

The effect that abortion produces on the mental health of woman who have experienced one, especially if provoked, is a topic of concern. Numerous investigations and clinical experience demonstrate that psychological reactions differ from one woman to another, but in no case is it innocuous.

Different research and clinical experience describe a range from anxiety, depressive reaction, feelings of emptiness and pain up to a specific syndrome, post-abortion syndrome, which presents almost the same characteristics as post-traumatic stress.

Key words: abortion; psychological reactions; post-abortion syndrome.

Introducción

Desde siglos las mujeres han sido educadas para ser madres, dado que son depositarias de la capacidad de ser portadoras de la vida y son

también las encargadas de cuidar los vínculos y las relaciones interpersonales al interior de la familia y la sociedad.

Durante el último siglo se han visto cambios en la vida de las mujeres, la integración de la mujer a la vida laboral, la aparición de la anticoncepción y la aparición de los movimientos feministas que defienden los derechos de las mujeres en áreas como igualdad ante la ley y decidir sobre su propio cuerpo; y en algunos países la legalización del aborto es una realidad¹.

El tema es que, a pesar de muchos cambios externos, seguimos siendo las depositarias de la vida y del cuidado de los otros significativos.

La mujer moderna, inteligente e independiente, al mismo tiempo participa de valores femeninos, como sensibilidad, incondicionalidad, el placer por el cuidado de las personas que ama, la entrega, la abnegación. Son sensibles con sus parejas, disfrutan cuidándolos y casi todas desean convertirlos en padres.

Las mujeres se definen a sí mismas en un marco de relaciones humanas y en su capacidad para atender a otros. La importancia de la intimidad, las relaciones y el cuidado, son algo que las mujeres saben desde el principio (Carol Gilligan) (1).

Por eso que no es menor el cuidado de la salud mental de la mujer, dado que de su salud dependen las de los otros con quienes se relaciona íntimamente. Y eso implica saber lo que ocurre psicológicamente en una mujer cuando se embaraza, cuando pierde su hijo no nacido o cuando decide abortarlo, es decir, interrumpir voluntariamente su embarazo.

El embarazo

Cuando una mujer se embaraza cambia toda su biología, y todo su mundo interno gira en torno a esta nueva situación. El mundo y sus significados adquieren una expresión diferente.

Los cuerpos de las mujeres están programados de modo instintivo para nutrir y sostener la vida. La relación psicológica entre la madre y su hijo no nacido es puesta en funcionamiento por cambios físicos y hormonales y se inicia muy tempranamente. Muchas mujeres proyectan en su hijo deseos de amor y felicidad y protección.

Para la mayoría de las mujeres el primer trimestre es una época de anticipación y entusiasmo por el embarazo, o preocupación, miedo y angustia si se trata de un embarazo no planeado, o no deseado.

Son comunes las sensaciones ambivalentes: la mujer se maravilla del hecho misterioso de que su cuerpo sea capaz de producir vida; con todo, también puede sentirse abrumada por la responsabilidad de cuidar a otro ser humano. Estas emociones son normales inicialmente y se van modificando a medida que el embarazo avanza y la madre se siente apegada a su hijo por nacer.

Éste es un período de mucha vulnerabilidad para la mujer, si bien el embarazo no es una enfermedad, si es de alta exigencia emocional y física, considerando que para muchas no es el primer embarazo; algunas trabajan, están criando otros hijos y requieren recibir ayuda y sentir un ambiente protector para ellas, sus hijos ya nacidos y el por nacer, cobrando una vital importancia el apoyo del padre, de la familia y de la sociedad.

El tema del aborto

Filogenéticamente el ser humano tiende a proteger sus crías nacidas o por nacer. La realidad biológica de la mujer ha sido estructurada para el cuidado y nutrición de su hijo, aun el no nacido, por lo tanto cuando una mujer decide interrumpir activamente un embarazo está violentando su biología, atenta no sólo contra la vida del feto sino también contra sí misma, y en Chile está cometiendo un delito.

La decisión de la interrupción voluntaria del embarazo por la madre mediante maniobras abortivas va acompañada de un fuerte correlato emocional previo de angustia y de estrés.

La mayoría de las mujeres cree y dice tener poderosas razones para justificar su decisión, entre las cuales la falta de soporte socio-económico, el ser soltera, el abandono del padre del hijo, el miedo al rechazo familiar y a ser expulsadas del hogar y a veces la coacción de la pareja son algunas de las explicaciones que las mujeres dan a su decisión de abortar (1)². No obstante cuando una mujer toma la decisión de abortar por cualquier motivo, en ese momento está negando a su hijo la calidad del ser humano a quien ella debe proteger; sin esta disociación o negación ninguna mujer podría abortar.

El aborto espontáneo

Muchas mujeres pierden un embarazo sin que medie maniobra alguna para que esto ocurra; fuertes sentimientos de pérdida, tristeza,

angustia, soledad e incluso de culpa acompañan a veces estos procesos, se recuerdan de los sentimientos de ambivalencia iniciales al saber que estaban embarazadas y algunas mágicamente creen que el “bebé las escuchó y por eso no quiso vivir”. Estas emociones son normales y generalmente se eliminan con el tiempo, si se permite vivirlas, expresarlas y compartirlas con el padre y su familia.

En esta situación el no haber realizado maniobras abortivas es una ayuda para la elaboración del duelo por la pérdida que casi todas las mujeres viven.

Aborto provocado: La eliminación selectiva de embriones

Algunas mujeres que están en tratamiento por infertilidad logran embarazos múltiples y, a efecto de mejorar el pronóstico del mismo, los padres deciden eliminar (o les proponen eliminar) algunos de los fetos a fin de reducir el número total y así tener mayores posibilidades de llevar a término un embarazo.

Muchas parejas declaran que esto ha sido una experiencia espantosa, que les ha acompañado el resto del embarazo y de la vida. Evidentemente estresante y emocionalmente difícil y para nada ético, eliminar intencionalmente algunos hijos propios para que otros vivan³, sin más razón que lo justifique que la cantidad y el buen pronóstico del embarazo. Es probable que sea ésta la razón por la que actualmente muchos padres en tratamiento de infertilidad no aceptan que se les implanten más de dos embriones.

El aborto intencional o provocado

Aunque la U.S. Supreme Court ha legalizado el aborto en EE.UU. hace más de 35 años (Roe, Wade, 1973) éste continúa generando enormes controversias, emocionales, morales y legales. Las últimas dos décadas un aspecto de estas controversias está focalizado en los efectos del aborto en la salud mental de las mujeres (Bazelo, 2007; Cohen, 2006; Lee, 2003)(2)⁴.

Estar embarazada y pensar en abortar es una situación crítica para la madre y su entorno. En nuestro país además significa ponerse en manos de redes clandestinas y arriesgar la propia vida⁵.

No cabe duda que el aborto provoca graves tensiones. La mujer posee un instinto materno dado por la misma naturaleza. Violentarlo significa acumular traumas que a veces se manifiestan poco después en síntomas como remordimiento, culpa, amargura, soledad, aislamiento, indecisión, lamentación y sentimiento de pérdida, pero en otras

ocasiones quedan latentes, negadas y explotan años más tarde en las formas más inesperadas, como patologías psicológicas frente a la presencia de un estresor fuerte o a la posibilidad de un nuevo embarazo (por ej.).

Reacciones psicológicas ante el aborto: El síndrome post-aborto

Se ha discutido mucho si las reacciones emocionales de las mujeres que se han provocado un aborto tienen un patrón definido y predecible para todas. La verdad es que frente a esto no hay consenso. En julio de 1987 el Presidente Reagan solicitó a su Cirujano General, Dr. Everett Koop (3) preparar un informe sobre los efectos (físicos y psicológicos) en la salud pública del aborto. En 1989 él decide no hacer un reporte después de haber hecho una revisión de la literatura científica, porque era un soporte inadecuado para determinar los efectos psicológicos del aborto.

El Consejo de representantes de la Asociación de Psicólogos Americana en 1989 creó un grupo de trabajo de Salud Mental y Aborto (TFMHA) para “reunir, examinar y resumir las investigaciones científicas dirigidas a la salud mental asociada con el aborto, incluyendo las respuestas psicológicas post aborto” y emitir un informe basado en las revisiones realizadas, informe que se entregó el 13/8 /2008 y se limitó a revisar estudios sobre las implicaciones de la salud mental en aborto inducido.

Preparando el informe TFMHA report⁶ realizó la más amplia y crítica evaluación de literatura publicada desde 1989, reconociendo que las distintas perspectivas, morales, religiosas y éticas, afectan la forma cómo el aborto es percibido y que “algunas mujeres experimentan severo estrés o sicopatología siguiendo a un aborto”⁷. Hay muchos estudios que son a teóricos, sin embargo encontraron cuatro marcos teóricos que han logrado establecer una potencial asociación entre el aborto y la posterior salud mental de la mujer. Estas perspectivas no son excluyentes y a menudo son complementarias:

a. Aborto desde la perspectiva del estrés y formas de enfrentarlo

Esta perspectiva explica la reacción emocional al aborto como una reacción de estrés, el cual es la respuesta psicológica y fisiológica a un evento en que la persona siente que sus recursos han sido sobrepasados, y distingue entre un rango normal de emociones y sentimientos negativos que siguen a una difícil decisión, como tristeza, sentimientos de pérdida, disforia; otros varios factores relacionados con reacciones psicológicas negativas después de un aborto tienen que

ver con la percepción de rechazo al aborto de su pareja, familia y amigos y la ausencia de apoyo social.

Este marco teórico identifica el aborto como un estresor más en la vida de la mujer, al cual afrontará de acuerdo a sus habituales estrategias para enfrentar el estrés.

b. El aborto como una experiencia traumática

Este enfoque define el aborto como trauma, porque *involucra una experiencia de muerte humana*, específicamente la destrucción intencional de un niño no nacido. y se es testigo de una muerte violenta, así como de una violación al instinto y responsabilidad parental, al fuerte apego al feto y un no reconocido dolor.

Speckhard y Reus (1992, 1991, 1995, 2004) postulan que le experiencia traumática del aborto puede conducir a severos trastornos de salud mental y ellos acuñan el término de *Síndrome post-aborto* para estas manifestaciones psicológicas.

c. El aborto dentro del contexto sociocultural

Esta otra perspectiva enfatiza el impacto del medio sociocultural sobre las mujeres que deciden abortar y las experiencias psicológicas que viven tales mujeres. Un medio que estigmatiza tanto a las mujeres que tienen muchos hijos como a las que abortan⁸, las secuelas psicológicas del estigma son profundas, lo que conduce a reacciones cognitivas emocionales y de conducta negativas.

d. Aborto y factores de riesgo coexistentes

Desde esta perspectiva los estudios enfatizan los factores sistémicos, sociales y personales que llevaron al embarazo no deseado y que colocan a la mujer en riesgo de hacerse un aborto.

Estos serían la pobreza como factor de alto riesgo de embarazo no deseado y también de aborto, el embarazo adolescente, el consumo de drogas, el abandono escolar y, si existe violencia intrafamiliar, alta posibilidad de depresión, suicidio y estrés postraumático.

Factores de riesgo personales: han observado concurrencia de elementos en personas de riesgo, la misma persona que tiene un aborto por embarazo no deseado participa de otras conductas de riesgo, como beber, fumar, drogas, las cuales, a su vez, aumentan las posibilidades de problemas de salud mental.

Estos cuatro enfoques no son excluyentes entre sí y pueden ampliar la visión del fenómeno del aborto inducido y entregar más elementos de análisis para apoyar a los clínicos y personas que trabajen en esta área.

La experiencia clínica nos ha mostrado la enorme variabilidad de respuestas emocionales, una gran diferencia en los tiempos en que éstas se presentan y la gran necesidad de prevenir que los abortos ocurran.

Síndrome post-aborto

Los que desarrollaron este enfoque específico describen el aborto como una experiencia traumática que puede desencadenar un síndrome denominado “Síndrome Post-aborto” (Sppeckhard y Reus); este síndrome no es reconocido por el DSM-IV⁹, ni por todos los clínicos, pero sin embargo es muy similar¹⁰ y tiene casi todas las características del Trastorno por estrés postraumático, cuyos criterios diagnósticos es importante conocer para comprender la magnitud del cuadro clínico al que nos referimos cuando hablamos de la posibilidad de que una mujer que aborte intencionalmente pueda llegar a vivirlo.

Criterios para el diagnóstico de estrés postraumático (según el DSM-IV)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en que han existido:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con temor, desesperanza o un horror intenso (en los niños esto puede expresarse en conductas desestructuradas o agitadas).

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

1. Recuerdos, pensamientos o percepciones (en los niños pueden ser juegos recurrentes con temas o aspectos característicos del trauma).
2. Sueños repetitivos sobre el acontecimiento, que producen malestar (en los niños sueños terroríficos).
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (incluye sensación

de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flash back que pueden aparecer al despertar o al estar intoxicado) (Los niños pueden reescenificar el acontecimiento traumático).

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático específico.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático específico.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo ausente antes del trauma, tales como los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (ej. Incapacidad para sentir sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (ej. No esperar casarse, tener un empleo, formar una familia, en definitiva llevar una vida normal).

sobre el suceso traumático. recuerdos del trauma.

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma) tal como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para mantener o conciliar el sueño.
2. irritabilidad o ataques de ira.
3. dificultades para concentrarse.
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan por más de un mes¹¹.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral. O de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

Los resultados del primer estudio internacional a largo plazo dirigido por el doctor Vincent Rue (2004) revelan evidencias de síntomas de estrés postraumático en mujeres que han abortado y que él denomina “síndrome post-aborto”. Las estadísticas recogidas en Norteamérica revelan lo siguiente: -El 55% de las mujeres que habían abortado informaron de pesadillas y preocupación con el aborto. -El 73% describe situaciones de volver a revivirlo. -El 58% de las mujeres informa de pensamientos suicidas que relacionan directamente con sus abortos.

-El 68% revela que se sienten mal consigo mismas. -El 79% informa de culpabilidad, con incapacidad para perdonarse a sí mismas.

-El 63% tiene miedo respecto a sus futuros embarazos y maternidad.

-El 49% tiene problemas al estar cerca de bebés.

-El 67% las describe a sí mismas como “emocionalmente entumecidas”.

Una exhaustiva revisión de muchos otros estudios y la experiencia clínica indican que para muchas mujeres el inicio de disfunciones sexuales y desórdenes alimentarios, el aumento del tabaquismo, desórdenes de pánico y ansiedad, pueden ser vistos como consecuencia de su experiencia abortiva.

Algunas reflexiones

El aborto provocado no es una experiencia inocua en la vida de la mujer, tanto su salud mental como física corren riesgos importantes.

Los sentimientos de tristeza, soledad y culpa parecen ser las respuestas más cercanas al suceso abortivo; si bien algunas mujeres reportan alivio postaborto inmediato, esto se atribuye a las fuertes angustias y tensiones vividas previamente.

Muchas mujeres viven duelos ocultos o no elaborados, porque no cuentan a nadie su experiencia por temor a ser estigmatizadas y/o por culpa, y esto daña su salud mental.

A raíz de un aborto pueden reactivarse patologías psiquiátricas preexistentes, como Trastornos depresivos, descompensación de

Trastornos bipolares, crisis en mujeres con Trastornos de la personalidad que conduzcan a auto agredirse, a riesgo suicida y/o recaer en conductas de riesgo con alcohol y drogas.

Es importante pensar en cómo ayudar a la mujer que se ha realizado un aborto; no es fácil, dado que significa acompañarla en un proceso que incluya la aceptación de lo vivido sin negarlo, el tratamiento de sus síntomas y el auto perdón. Esto es reconciliar a la persona consigo misma, con su cuerpo y dar paso a la esperanza de superar lo vivido.

Algunas mujeres pueden presentar síntomas de estrés postraumático en forma aguda (síntomas duran menos de tres meses) o crónico si los síntomas duran tres meses o más y algunas después de más de seis meses del acontecimiento traumático, a veces consultan sin ligarlo con el aborto y es necesario preguntar activamente por éste, al no evidenciar otro antecedente de trauma.

Destacar el rol de los factores protectores de riesgo, sobre todo en los adolescentes, como estar integrado a la vida escolar, los deportes, pertenecer a una comunidad religiosa, desarrollar la autoestima, y transmitir el respeto por su cuerpo como dador de vida.

Ninguna mujer debería provocarse un aborto, ni sometida a coacción para hacerlo.

Tenemos como Sociedad un diálogo pendiente, que nos conduzca a desarrollar coherencia en nuestros discursos y respondernos:

¿Qué valor le damos realmente a la familia y a los niños?

Si una mujer postula a un trabajo ¿es correcto pedirle un test de embarazo antes de asignarle el puesto?, ¿de qué manera acompañamos y protegemos a la mujer embarazada?

¿Cómo detectamos y ayudamos a las madres en riesgo de aborto para trabajar y dejar a sus niños en lugares protegidos y seguros, si es que carecen de red social de apoyo y familiar?

¿Estamos conscientes del impacto que representa un aborto¹² provocado, en la madre, en la familia? ¿Y de los efectos del mismo en los vínculos familiares?

Estamos dispuestos a preguntarnos si lo que necesitamos son ¿otras leyes? o dialogar en forma más humana acerca de lo realmente importante: el valor del don de la vida y crear las condiciones para

cuidarla y protegerla activamente a fin de que pueda ser vivida con dignidad y amor.

Citas

¹ Gilligan K. La Moral y la Teoría.

² Reports of the APA Task Force on Mental Health and Abortion, 2008.

³ Bowlby J. (1980) Vínculos Afectivos; Formación, Desarrollo y Pérdida. ED. Morata S.A.

⁴ Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion, 2008.

⁵ Koop E. 1989.

⁶ Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion.

⁷ Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion.

⁸ Report of the APA Task Force Mental Health and Abortion (2008).

⁹ DSM-IV, 1995.

¹⁰ Report of APA Task Force on Mental Health and Abortion. DSM-IV, Ed. Mason, 1995.

¹¹ Report of APA Task Force on Mental Health and Abortion. DSM-IV, Ed. Mason, 1995.

¹² Engel G. Is Grief a Disease? Psychosomatic Medicine. 1961; 23: 18-22. Bowlby J. Attachment and Loss, vol 3. Sadness and Depression. Basic Books, New York, 1980. El Boletín, Movimiento Apostólico Manquehue, El aborto Terapéutico, Stgo, 2009.