

REFLEXIONES
EN TORNO
AL ABORTO
Y SUS
CONSECUENCIAS

COLECCIÓN FAMILIA ESCUELA DE HUMANIDAD

1. Educación Sexual. *Familia y Escuela*
ZELMIRA BOTTINI DE REY
2. Educación Sexual. *Reciprocidad y complementariedad*
ZELMIRA BOTTINI DE REY
3. Educación Sexual. *¿Perspectiva de género o perspectiva personalista?*
JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
4. La sexualidad hoy. *Implicancias antropológicas*
JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
5. Matrimonio. *¿Construcción Cultural?*
JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
6. Familia educadora
ZELMIRA BOTTINI DE REY
7. Homosexualidad
FERNANDO CHOMALI
8. Diario de una pequeña ofrenda
INÉS MACHERA DE VARTORELLI
9. Una Buena Nueva también para la sexualidad
JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
10. La familia hoy. *Nuevos desafíos*
JOSEFINA PERRIAUX DE VIDELA
11. La familia en la actualidad. *¿Cambió el modelo?*
Myriam Mitrece de Ialorenzi
12. Reflexiones en torno al aborto y sus consecuencias
ZELMIRA BOTTINI DE REY –COMP.–
13. La misión del varón en la cultura actual
ALEJANDRA M. PLANKER DE AGUERRE

ZELMIRA BOTTINI DE REY –COMP.–

**REFLEXIONES
EN TORNO
AL ABORTO
Y SUS
CONSECUENCIAS**



Editorial de la Universidad Católica Argentina

Bottini de Rey, Zelmira

Reflexiones en torno al aborto y sus consecuencias. - 1a ed. -

Buenos Aires : Educa, 2014.

96 p. ; 17x11 cm.

ISBN 978-987-620-254-1

1. Aborto. 2. Violencia de Género. I. Título

CDD 305.42



**EDITORIAL
DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA ARGENTINA**

FUNDACIÓN UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA
A. M. de Justo 1400 • P.B., Contrafrente • (C1107AAZ)
Tel./Fax 4349-0200 int. 2764 • educa@uca.edu.ar
Buenos Aires, febrero de 2014

ISBN 978-987-620-254-1

Miembro de:  **REUP**

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723
Printed in Argentina - Impreso en la Argentina

Nota preliminar

El Instituto para el Matrimonio y la Familia ofrece a la comunidad un nuevo volumen de la colección: Familia, Escuela de Humanidad.

Las obras que la componen son el fruto de estudios de investigación, de una dedicación intensa a la docencia y la divulgación, frente a públicos muy heterogéneos y de experiencias de vida de distinta índole.

La colección está dirigida a padres, docentes, agentes de pastoral y líderes comunitarios.

El Instituto para el Matrimonio y la Familia se propone esclarecer, a través de estas publicaciones, algunos temas álgidos en la hora difícil y llena de

desafíos que vivimos en la actualidad. Su anhelo es brindar, por medio de ellas, un servicio al fortalecimiento y la promoción de la familia.

Distintas miradas sobre el aborto y sus consecuencias

En los confusos tiempos actuales, hasta se pone en duda su definición. ¿Qué es exactamente un aborto? ¿Podría justificarse en algunos casos? ¿Es un derecho de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad? ¿Su despenalización y legalización redundaría en beneficios para la sociedad? ¿Qué sucede después de un aborto?

Los proyectos legislativos tendientes a despenalizar el aborto en nuestro país reabren un debate recurrente, alentado desde hace tiempo por intereses ideológicos, políticos y económicos. Estas polémicas introducen elementos extraños al tema mismo, que pueden hacer perder de vista la realidad dramática

de lo que se está discutiendo: la legitimación social del recurso a la eliminación de una persona débil y desprotegida como solución a otros problemas.

A simple vista, una propuesta de autorización legal para el exterminio sistemático de los indefensos nos haría recordar los peores momentos de la historia de la humanidad. Sin embargo, la ideologización de la cuestión ha logrado silenciar las voces de las otras víctimas, desdibujar los contornos trágicos del aborto y, de esta manera, prolongar una discusión que ni siquiera debería darse. Pero la eliminación voluntaria de una vida humana no es un hecho inocuo, aun cuando esté amparada por la ley.

Defender la vida no es de izquierda ni de derecha. Se ha dicho que la izquierda se caracteriza por defender a los ya nacidos y por desinteresarse de los no nacidos; y la derecha, por adoptar el criterio inverso. Una defensa integral de la vida debe dirigirse a la persona en todo momento de su desarrollo y, en particular, en las situaciones de mayor vulnerabilidad.

Purificar la mirada para afrontar el tema del aborto en todo su dramatismo y complejidad, sin simplificaciones sesgadas, debería ser un objetivo prioritario. Con esa intención, destacados especialistas nos aportan en este libro sus reflexiones desde distintas perspectivas: médica, bioética, jurídica y psicológica.

El aborto, aspectos bioéticos

Dra. Zelmira BOTTINI DE REY

Definición

La palabra “aborto” proviene del latín “abortare”, que a su vez deriva del término “aborior”. Este concepto se utilizaba para referir lo contrario a “orior”, que significa nacer. Según el diccionario de la Real Academia Española (2001), abortar es “interrumpir, de forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el embarazo”.

Los libros de obstetricia definen aborto como la “interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de que el feto sea viable”. El concepto de viabilidad hace referencia a la posibilidad de sobrevivida

fuera del útero materno. Los adelantos biotecnológicos han ido modificando los plazos de viabilidad. Sin embargo, hoy no tiene posibilidad de sobrevivir, aun con apoyos tecnológicos hasta cumplida la semana 20 de embarazo.

La medicina legal considera aborto toda *acción violenta con intento y efecto real de interrupción del embarazo con muerte del feto en cualquier momento de la gestación*.

La Organización Mundial de la Salud, en el documento *Manejo de las complicaciones del embarazo y parto: Guía para obstétricas y médicos*, define al aborto como la “interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas, con un producto de la concepción eliminado con peso menor a 500 gramos”. Si es menor de 12 semanas, se denomina “aborto precoz” y si ocurre entre las 12 a 22 semanas, se denomina “aborto tardío”. Entre las 22 a 28 semanas de gestación se denomina “parto inmaduro” y entre las 29 a 37 semanas “parto prematuro” (OMS. *Manejo de las complicaciones del embarazo y parto: Guía para obstétricas y médicos*).

Tipos de aborto

Aborto espontáneo

Puede producirse en cualquier momento del embarazo, siendo los del primer trimestre los más frecuentes. Las causas que pueden desencadenarlo son múltiples.

Aborto accidental

También se produce en cualquier momento del embarazo y puede haber tantas causas como accidentes.

Aborto indirecto

Es el que ocurre como consecuencia no querida de un acto médico que busca curar o paliar una enfermedad grave de la madre. Dado que la detención del embarazo no es el objetivo de la intervención, sino una consecuencia no querida de la misma, desde el punto de vista ético no ofrece ninguna dificultad.

Por ejemplo, una mujer embarazada sufre una afección que no tiene que ver con el embarazo y que requiere una intervención quirúrgica. Como consecuencia de la operación se desencadena un aborto.

Aborto provocado o inducido

Es el que lleva a cabo un médico en una mujer con un embarazo vital. Se aducirán motivos de la madre, del feto o de la sociedad. Así se configuran distintos tipos de aborto:

- *Aborto terapéutico.* Busca preservar la vida o la salud de la madre. Los adelantos médicos per-

miten afirmar que las distintas enfermedades o dolencias que sufra una mujer, si bien pueden constituir un embarazo de riesgo, pueden ser encauzadas, al menos hasta que el feto sea viable. Por otra parte, la dolencia que padece la madre no se cura eliminando al hijo, por lo que el término “terapéutico” es inadecuado.

- *Aborto eugenésico*. Propone la muerte del feto para evitar el nacimiento de un niño enfermo o defectuoso (es el caso de fetos anencefálicos, de fetos con alteraciones en el número de sus cromosomas: trisomía 21, conocida como “síndrome de Down”; etc.).
- *Aborto por “necesidad” o interrupción voluntaria del embarazo (IVE)*. Responde a distintos “necesidades” de la mujer o de la pareja. Entre las causas más frecuentemente invocadas se encuentran: el estado de precariedad socioeconómico; un elevado número de hijos, una actividad laboral incompatible con el embarazo, traición a la fidelidad de la pareja, entre otras.

Tanto el aborto terapéutico como el eugenésico entran bajo la denominación de interrupción médica del embarazo (IME), ya que habitualmente son indicados o sugeridos por el médico. Muchas veces la mujer y también el padre son presionados a aceptarlo y suelen presentarse como un bien para la mujer, para su familia y para la sociedad.

Métodos de aborto

Los métodos que se utilizan para realizar abortos son variados. En la elección del mismo, se tiene en cuenta fundamentalmente el tiempo de gestación. La finalidad siempre es la misma: interrumpir el embarazo.

Se los clasifica en instrumentales (quirúrgicos y físicos) y químicos. Los abortos químicos se realizan introduciendo en la mujer, por distintas vías, sustancias capaces de desencadenar, alguna o todas, de las siguientes acciones: matar el embrión, desprender el endometrio, desencadenar contracciones uterinas. Según de qué sustancia se trate actúa antes que el embrión haya anidado (tercer efecto de la píldora del día después) o una vez que se ha completado la implantación (la sustancia es el misoprostol). Esta última droga actualmente está muy promocionada. Se presenta como un método fácil, seguro, barato y domiciliario. Poco se comenta sus acciones secundarias (efecto teratogénico, que genera malformaciones sobre el embrión si el embarazo sigue su curso) y las complicaciones que suelen desencadenarse, como las hemorragias.

Inicio de la vida

Definir cuándo empieza la vida es fundamental, ya que a partir de ese momento se estará en presencia de un nuevo ser humano.

Se acepta que el origen de un organismo biológico coincide con el inicio de su ciclo vital y está hartamente probado científicamente que el ciclo vital humano se inicia con la fecundación.

La entrada del espermatozoide en el ovocito induce la activación de una nueva célula: el huevo, cigoto o embrión unicelular. Con este hecho se pone en marcha una serie de fenómenos, denominados “en cascada”, en el que un hecho desencadena el siguiente. Se trata de un proceso gradual, coordinado y continuo que culminará, a las cuarenta semanas, con el nacimiento de un bebé.

El embrión unicelular es un individuo humano total, capaz de generar dos células diferentes a él mismo y diferentes entre sí. Esta primera división celular se produce a las 24 horas de la fecundación. A las 48 horas, se produce otra división; el embrión tiene cuatro células y sus genes comienzan a expresarse. A partir de ocho células la expresión de genes del embrión se multiplica.

La fecundación ocurre en el tercio externo de la trompa, y a partir de allí el embrión inicia el camino hacia el útero, al que llega entre el 5º y 7º día. Entonces comienza el proceso de implantación en el endometrio, que culmina alrededor del día 13.

Desde la fecundación hasta la implantación, el endometrio se prepara, se pone en condiciones, para recibir al embrión. Esta preparación se realiza a partir de la *comunicación que se establece entre la madre y el hijo*, ya que el ciclo celular de las células del embrión preimplantado depende de factores

de crecimiento proporcionados por la madre en las trompas de Falopio y la unión del embrión al endometrio requiere de moléculas llamadas “integrinas”, cuya síntesis ocurre en la madre, en respuesta a señales del embrión durante su viaje por la trompa.

Hay quienes denominan “pre-embrión” al embrión antes de la implantación. Se trata de un término ambiguo, no aceptado por los embriólogos, que permite suponer la existencia de un período del desarrollo humano en que aún no estaría individualizado como un nuevo ser. Durante los primeros catorce días de vida, entre la fecundación y la implantación, aún no sería persona.

Al no ser reconocido como persona, no se reconocen los derechos humanos del embrión. Estos derechos se originan en el reconocimiento de que son seres humanos actualmente, aunque tengan corta edad y que el derecho a la vida incluye el no evitar que continúe su desarrollo (como sería evitar su implantación). Por otra parte el respeto a la vida de todos los seres humanos, incluido el embrión o el feto, es fundamento del orden social y como reza el proverbio “in dubio pro vita”, ante la duda es preciso apostar por la vida.

Cuando no se reconocen los derechos humanos del embrión, se considera éticamente aceptable la producción de embriones *in vitro* para superar la esterilidad o riesgos genéticos; la utilización de los mismos para obtener células estaminales y la experimentación en embriones con fines de investigación.

A la pregunta sobre cuándo comienza la vida, se suele responder: en la concepción. Pero si el que con-

testa pertenece al campo de las ciencias biológicas, probablemente responda: en la fecundación. Ambas respuestas son correctas dado que *fecundación* hace mención a un proceso biológico: fusión celular; comienzo de la generación de un cuerpo mientras que *concepción* hace mención a un concepto humanístico: se concibe una persona. Y ambos, fecundación y concepción son simultáneos. Por ello, a la pregunta sobre cuándo se inicia la vida, es correcto responder: en la fecundación/concepción.

Algunas consideraciones bioéticas

El derecho a la vida es el primer derecho humano, fundante de todos los demás. La dignidad humana es la dignidad de un ser que es fin en sí mismo, por ser persona. La persona humana no es valiosa por lo que tiene, sino por lo que es. La cuestión del aborto no es únicamente un tema de autonomía de la madre, sino que hace referencia al choque de esa autonomía y la beneficencia debida al feto como ser humano cuya dignidad debe ser respetada.

Aborto, derecho a la vida y relacionalidad

Dr. Nicolás LAFFERIERE

En el agudo análisis de la cuestión social que realiza en la encíclica *Caritas in Veritate* (2009), Benedicto XVI señala como particularmente urgente en nuestros días la profundización crítica y valorativa de la categoría de relación. Este llamado a redescubrir y revalorar la dimensión relacional de la persona humana es particularmente interpelante ante el debate público por el aborto. En efecto, instalado el tema por intensas campañas mediáticas, impulsado por presiones y financiamiento de organismos internacionales y concentrado en el seno del Congreso para aprobar una legalización de su práctica, el problema del aborto es siempre un

tema relacional. Ante cada nueva vida humana, las preguntas de fondo son: ¿es merecedora de respeto?, ¿debemos aceptarla tal como es o ponerle condiciones para su “admisión” a la vida social? De alguna manera, se repite la pregunta del Génesis: “¿Soy yo acaso el guardián de mi hermano?”.

El inicio de la vida

En el centro del debate se encuentra el reconocimiento de la dignidad personal del ser humano concebido. Científicamente está probado que desde la fecundación un nuevo ser comienza su existencia. La legislación también confirma esta realidad. Llamativamente, los proyectos de ley no se pronuncian sobre cuándo comienza la vida o implícitamente reconocen que la vida empieza desde la concepción. Sin embargo, niegan que el derecho a la vida del concebido sea absoluto y sostienen que debe ceder ante un presunto derecho de la mujer a eliminar al concebido.

Aborto y derecho a la vida

En los argumentos favorables a la despenalización del aborto se ha operado un giro radical: se afirma que despenalizar el aborto es defender el derecho a la vida de la mujer. Para ello, se sostiene que en nuestro país se realizan muchos abortos

ilegales y que ello acarrea muertes maternas, que se podrían evitar con la despenalización. En realidad, el argumento es rebatido desde diversos ángulos. Por un lado, las estadísticas sobre la cantidad de abortos se encuentran sobreestimadas, como lo demuestran diversos investigadores como Elard Koch de la Universidad de Chile. A su vez, en la experiencia mundial, no está probada la conexión entre despenalización y descenso de la mortalidad materna. Más aún, países como Chile o Irlanda, que consideran al aborto un delito en toda ocasión registran las más bajas tasas de mortalidad materna, mientras que Sudáfrica despenalizó el aborto y pese a ello aumentó la mortalidad materna. Además, el procedimiento mismo de aborto es siempre inseguro para la madre y, finalmente, el argumento ignora la incontrastable realidad de los niños por nacer que mueren en el aborto y cuyo derecho a la vida es efectivamente conculcado.

La cuestión que subyace a este argumento sociológico es la del apoyo a la madre y su hijo durante el embarazo. El camino no es la eliminación del niño por nacer, incluso si es pobre, sino la mejora y expansión de los servicios de salud y seguridad social para la madre y el niño durante el embarazo. También debe tenerse presente que, no pocas veces, la ley es el único apoyo que encuentra la madre que quiere seguir adelante con el embarazo y enfrenta presiones por parte del padre, el entorno familiar o social.

Malformaciones fetales

Los proyectos de ley propugnan la despenalización del aborto en los casos de anencefalia o graves malformaciones del concebido. Nos encontramos ante una de las formas más radicales de discriminación: la eliminación de los enfermos. Estas propuestas introducen en la convivencia social mecanismos de exclusión y marginación de los más débiles. Por otra parte, con las modernas biotecnologías de diagnóstico prenatal, la vida humana queda sometida a un “control de calidad” y aparece una nueva “eugenesia”. En un estudio europeo publicado en 2008, se informa que el 88% de los niños con Síndrome de Down detectado prenatalmente terminaron eliminados por aborto. La posibilidad de negar cobertura de salud a los niños nacidos con discapacidad ejercen fuerte presión sobre las madres hacia este aborto eugenésico.

Embarazo proveniente de violación

También se pretende legitimar el aborto en caso de embarazo como consecuencia de una violación. En este punto, al mal que significa la violación no se puede sumar un nuevo mal como es la eliminación del niño por nacer. Aquí el desafío consiste en configurar una cultura de la vida que sostenga a la mujer en todas las dimensiones: humana, psicológica, emocional, familiar, económica, social.

Riesgo de vida de la madre

En este caso, hay que distinguir entre el denominado “aborto terapéutico” (que consiste en la eliminación directa del niño concebido y es siempre ilícito) y el aborto indirecto, como efecto no deseado de una acción terapéutica sobre la madre que podría ser lícito si se cumplen los requisitos correspondientes.

Aborto libre

Hasta aquí hemos visto los casos “difíciles” que se esgrimen para intentar justificar el aborto. Sin perjuicio de ello, el debate en el Congreso se plantea en torno a un proyecto de ley de legalización total del aborto libre hasta la semana 12 de embarazo y que cuenta con la firma de 47 diputados. En este caso, no se pretende invocar ninguna causal para eliminar al niño, sino la mera voluntad de la mujer de no llevar adelante la gestación. El aborto opera como un mecanismo más de planificación familiar, en el contexto de una banalización de la sexualidad y una creciente irresponsabilidad en lo vincular. Bajo una pretendida libertad reproductiva, se reclama un poder absoluto de decisión sobre la vida por nacer y así, se configura una situación paradójica: la maternidad, que es un claro servicio a la vida, se convierte en ocasión para eliminar la vida humana, que se convierte en mero material disponible. Aquí es donde más dramáticamente se advierte cómo el aborto significa

una ruptura de las relaciones humanas más básicas y fundantes de la personalidad y queda evidenciado el dinamismo social de radical individualismo que corroe el tejido social.

Al concluir esta sintética presentación de las razones que nos animan a defender la vida humana por nacer y rechazar los proyectos de despenalización y legalización del aborto, recurrimos nuevamente a Benedicto XVI, quien resume la vinculación entre aborto, vínculos sociales y desarrollo:

Cuando una sociedad se encamina hacia la negación y la supresión de la vida, acaba por no encontrar la motivación y la energía necesaria para esforzarse en el servicio del verdadero bien del hombre. Si se pierde la sensibilidad personal y social para acoger una nueva vida, también se marchitan otras formas de acogida provechosas para la vida social. La acogida de la vida forja las energías morales y capacita para la ayuda recíproca.

Mirada desde la mujer

Lic. Carolina DE LA FUENTE

En estas líneas me propongo invitar al lector a bucear en las profundidades de lo que le ocurre a una mujer que, frente a un embarazo inesperado, es “seducida” por la idea de abortar. También me propongo invitarlo a vislumbrar el impacto emocional que tiene el aborto en la vida de una persona.

Desconcierto, confusión, miedo, culpa, perplejidad, sentimiento de irrealidad, son algunos de los sentimientos por los que atraviesa una mujer, frente a un embarazo que no es aceptado.

Es común que se sienta acosada interiormente por preguntas tales como: “¿qué hago?”, “¿cómo pasó?”, “¿a quién recurro?”; acompañadas de un

fuerte deseo de querer volver el tiempo atrás, y que ese embarazo no exista.

Los motivos por los cuales una mujer afirma que desea abortar pueden ser variados; en algunos casos prevalece lo económico, en otros la situación de pareja, en otros lo familiar, lo social, lo personal.

Para poder comprender a una mujer en esta situación, tenemos que conocer, además de lo que ella pueda verbalizar, lo que ocurre en su interior; la mayoría de las veces, a nivel inconsciente.

Para ello nos basaremos en las investigaciones realizadas por el médico psiquiatra canadiense doctor Philip Ney, reconocido especialista en el tema, y nos adentraremos en el vínculo que se entreteje entre una mujer y su hijo desde el inicio del embarazo; y en los mecanismos que entran en juego a la hora de querer abortar.

Desde el momento de la concepción, nace una nueva vida y junto a ella, nace un nuevo vínculo. Entre una madre y su hijo se inicia, en un comienzo a nivel inconsciente, una conexión íntima, un lazo emocional profundo, único.

Todo lo que ocurre a nivel físico tiene un correlato emocional. Este vínculo tiene una raíz biológica y está basado en el continuo intercambio de sustancias que se da a nivel de la sangre en la díada madre-hijo. La mujer a través de la placenta sujeta a su bebé y a través del cordón umbilical lo alimenta y le proporciona oxígeno.

¿Qué pasa cuando ese embarazo no fue buscado, qué pasa cuando ese hijo es fruto de una violación?

Independientemente de la manera en que ese hijo haya sido concebido, ese vínculo EXISTE. Para cuando la mujer se entera que está embarazada, ya lleva al menos quince días de estar formándose ininterrumpidamente; y las emociones y sentimientos de esa mamá (aun cuando ella no sea consciente) están ya comprometidas con el desarrollo y crecimiento de ese hijo.

La negación del vínculo

Para que una mujer pueda pensar en abortar, tiene que poner en marcha diferentes mecanismos psicológicos —deshumanización, racionalización y negación— que le permitan negar ese lazo.

A través de estos mecanismos la mujer se desconecta del vínculo con su hijo; por un lado lo deshumaniza, es decir deja de verlo como tal para verlo como un “algo” (coágulos, tejidos, células); y por otro lado, se desensibiliza; adormeciendo su sentir, como un modo de acallar esa parte de ella que está sosteniendo y “abrazando” a ese hijo.

¿Quiénes tienen mayor posibilidad de recurrir a estos mecanismos? Las personas que sufrieron en su infancia situaciones de maltrato como abuso físico, sexual y/o verbal, y negligencia, es decir, privaciones o carencias afectivas y que están, por tanto, familiarizadas con el uso de estas defensas. El maltrato interfiere en el desarrollo de la personalidad y disminuye la autoestima.

Por tratarse de una situación traumática, el maltrato genera conflictos en la persona que lo sufre. Estos, a su vez, consumen gran cantidad de energía, con lo cual la persona va a necesitar deshacerse de los mismos. Dos son las alternativas posibles: o los hace conscientes y los elabora; o bien, inconscientemente recrea situaciones similares al maltrato, ya sea como víctima o como agresor, en un intento por comprenderlos.

En este contexto, *un embarazo inesperado despierta en la mujer los conflictos no resueltos de su infancia; y frente al dolor y a la confusión, es probable que se desconecte emocionalmente, deshumanice a su hijo y, con la ilusión de “desembarazarse del problema”, aborte*. Cuando los conflictos no se elaboran, con cada repetición, se intensifican.

Abortar implica romper, cortar, perder ese vínculo que venía desarrollándose en forma inconsciente en ella; que, de haberlo hecho consciente, probablemente no lo hubiera roto. En nuestra experiencia, la mujer que recibe ayuda y logra conectarse con su interior y rehumanizar a su hijo; luego, le parece impensable haber querido quitarle la vida.

El después

Una vez realizado el aborto, las emociones y los sentimientos involucrados con ese embarazo se van a “resentir” y se van a transformar en: dolor por la pérdida de su hijo y en culpa por haberle quitado la vida. Sin embargo, en la medida que la mujer no los

elabore, es probable que estos sentimientos actúen “subterráneamente”, manifestándose a través de una *depresión subclínica* y a través de *comportamientos autodestructivos*. Esta depresión se produce porque se trata de un duelo muy difícil de elaborar: para poder llorar a su hijo, previamente tiene que poder rehumanizarlo. Cuando esto no ocurre, la mujer se siente triste, cansada, con dolores de distinto tipo (de abdomen, de cabeza, menstruales), y no puede asociar estos síntomas a la realización del aborto. Los comportamientos autodestructivos, por su parte, derivan de la falta de elaboración de la culpa. Esta es una respuesta instintiva que tiene por función mostrarnos que hicimos algo que está mal. Elaborar la culpa significa que la persona se dé cuenta de lo que hizo, que se arrepienta y repare por el daño ocasionado. Cuando esto no sucede, la culpa afecta la imagen que tiene la persona de sí misma, siendo muy probable que actúe esta culpa, exponiéndose a situaciones de riesgo y anticipando el castigo que inconscientemente siente que merece (abuso de alcohol, de droga, promiscuidad y/o repetición de nuevos abortos).

La interrupción del embarazo da lugar a un *vacío insondable* y a una *profunda sensación de incompletud* aun cuando la persona no sea del todo consciente de esto.

El carácter abrupto de la ruptura del proceso psicofísico suele producir una alteración en el biorritmo, generando *trastornos en el sueño* (como insomnio, pesadillas –suelen soñar con oscuridad, llantos de bebé, gritos, sangre; y esto tiene que ver

con el registro interior que la mujer tiene de lo que ocurre antes, durante y después del aborto, aun cuando haya estado bajo el efecto de la anestesia—), *en la alimentación y/o en la sexualidad*.

Por tratarse de una situación traumática, es probable que se le impongan *imágenes y recuerdos recurrentes*, como así también, que necesite *evitar situaciones y/o personas que le recuerden el aborto*, como embarazadas, niños, médicos, etcétera.

También puede haber un agravamiento de los síntomas en fechas particulares: el día en que el bebé podría haber nacido y la fecha en la que se produjo el aborto, *síndrome del aniversario*.

Recordemos que los mecanismos que por un lado le permiten a la mujer abortar, por otro lado la dejan *emocionalmente anestesiada*, agravando la *desconexión con sus necesidades y deseos más profundos*.

Luego de un aborto, es probable que su *seguridad* y su *autoestima* se vean aún más *disminuidas* y sus *vínculos*, en un altísimo porcentaje, se vean *deteriorados*. El síndrome posaborto afecta no solo a la mujer que lo realiza, sino también a la familia en general: al padre de ese hijo, a los hermanos del bebé abortado y a sus abuelos.

Para terminar, el maltrato predispone a la mujer en determinadas circunstancias a abortar, pero no la determina. Existe una brecha de libertad que nos interpela como sociedad para ayudarla a evitar esta tragedia. Una mirada amorosa, una escucha atenta, una información oportuna, pueden marcar la diferencia.

El aborto y sus consecuencias

Dra. Viviana DUARTE DE MASSOT

I. Introducción

El aborto provoca consecuencias en todos los ámbitos de la vida de la mujer: biológico, emocional, espiritual, familiar y social.

Por esta razón, el tema del aborto se puede abordar desde distintas disciplinas: la medicina y la psiquiatría (fijándonos en los aspectos biológicos y los emocionales), la filosofía, la teología, la ética, la economía y la política.

En ninguno de estos campos los efectos de un aborto son positivos, aun cuando se quieran promover falsas ventajas, como el alivio y la liberación de

la mujer de ese embarazo inesperado. Estas pseudo-ventajas pueden representar un remedio transitorio que se disuelve posteriormente ante las múltiples consecuencias negativas que conlleva este acto. No hay argumento de defensa que permanezca en pie cuando se comprueban sus efectos, especialmente en la mujer que lo realiza.

Lamentablemente hay que seguir señalando sus derivaciones para mostrar lo negativo del aborto en sí: se pone fin a una vida humana y no se admiten los derechos de los niños por nacer. Bajo las excusas de “yo con mi cuerpo hago lo que quiero” o “nadie me puede coartar la libertad de disponer de mi cuerpo”, se omite toda referencia a la otra vida, real y concreta, que se desarrolla en ese cuerpo. No se reconoce que es el asesinato de un feto y que eso deja una herida en su madre.

Podemos encontrar distintas motivaciones y razones que se aducen para la realización del aborto: sociales, económicas, familiares, referidas a la salud, a una violación como causa del embarazo.

Por todos estos motivos resulta muy difícil encarar este tema sin generar amplias discusiones entre todos los implicados. No solo la mujer y el niño caen en las redes oscuras de las consecuencias del aborto. A medida que profundizamos en su estudio encontramos que los efectos se extienden como una mancha de aceite.

El entorno de quien lo realiza también se ve afectado en mayor o menor grado: los familiares más cercanos, los agentes que intervienen en su ejecu-

ción, el núcleo social y en una proyección mayor, la sociedad toda.

Las consecuencias generadas por el aborto provocado generan discusiones por su implicancia en las decisiones políticas. Cada vez hay más presión en quienes tienen que tomar decisiones en legislaciones y campañas de salud.

Así, se genera confusión en lo referido a cuidados y prevención primaria de la salud de la sociedad. Sociólogos y antropólogos sociales han estudiado que el poco respeto por la vida humana tiene que ver —entre otras cosas— con algunos desórdenes psicopatológicos que comprobamos en la actualidad. Quienes no tienen estructuras sólidas de personalidad tienden a relativizar el valor de la vida, la propia y la de los otros.

También desde la filosofía y la teología moral se investigan estos cambios culturales en la historia actual.

Desde el ámbito de la bioética no se puede dejar de ver que la perspectiva actual de desvalorización cultural de la vida humana desvirtúa los conceptos básicos de su defensa.

La cultura de lo efímero y descartable repercute también en los vínculos humanos. La necesidad de satisfacción personal inmediata, el poco aprecio por el esfuerzo y el sacrificio para llegar a metas consistentes en el tiempo, tienen gran peso en las decisiones que se toman. Muchas veces lo importante es el aquí y ahora sin tener en cuenta las consecuencias ni la proyección de los actos.

Dentro de ese contexto, el aborto es cada vez más frecuente como opción frente a un embarazo inesperado. No se consideran la muerte del niño y las huellas en la madre y su entorno. Así se sigue lastimando la sociedad.

Centrándonos en las derivaciones de orden psicopatológico, más allá de que el “síndrome posaborto” se asuma como una enfermedad psiquiátrica con reconocimiento nosológico, es innegable la aparición de variados síntomas emocionales. El padecimiento de un número cada vez mayor de mujeres, sus parejas y otros familiares sobrevivientes al aborto nos demuestra la dimensión destructiva de este acto.

Aun en ambientes donde este procedimiento es aceptado y no habría, según sus defensores, implicancias sociales y éticas, se observan reacciones emocionales negativas y mayor concomitancia con cuadros de adicción y desórdenes de personalidad. Se lo puede asociar a conductas de alto riesgo, como la tendencia al suicidio, accidentes graves con alta mortalidad y mayor propensión a ser víctima de homicidio.

Diversas instituciones y asociaciones tratan de acallar el reconocimiento del síndrome postaborto como un cuadro conformado con signos y síntomas de aparición inmediata o retardada luego de un aborto provocado. Los síntomas negativos ligados a éste pueden aparecer hasta varios años después del episodio.

Los síntomas son observables e identificables por agentes de salud o personas capacitadas para acom-

pañamiento posaborto. La existencia de las secuelas no queda supeditada a una ideología a favor o en contra del aborto.

En los ámbitos académicos se discute la conformación de un síndrome para no presentarlo dentro de las clasificaciones sistematizadas. Se minimizan las consecuencias, considerándolas solo como compatibles con situaciones estresantes. Se discute si el *distress* psicológico de terminar un embarazo inesperado es mayor o menor que el de tener un hijo en circunstancias desfavorables. Se pone el acento en los cuadros mórbidos previos al aborto que están presentes en la mayoría de los casos. Un factor no anula el otro. Es decir, que haya factores emocionales previos no descarta la aparición de los síntomas posteriores.

Además, falta información de sectores privados, los datos hospitalarios no son suficientes y la mayoría de las veces las referencias que se conocen provienen de aquellos abortos que sufrieron complicaciones y fueron hospitalizados para atender la urgencia de los síntomas físicos.

Como vemos, las variables a analizar son múltiples. Todos estos elementos hacen que el examen estadístico de estos casos sea complejo. Algunas instituciones o asociaciones médicas cuestionan y critican la validez de los estudios realizados y minimizan la categorización de los efectos negativos del aborto provocado.

Se podrá criticar la validación de algún estudio, pero no se puede negar la existencia de los síntomas

que padecen miles de mujeres. La realidad de su sufrimiento va mucho más allá de la casualidad, los testimonios de las víctimas se multiplican permanentemente.

No se puede negar la aparición de patologías en los familiares sobrevivientes ni los trastornos en los varones que han acompañado un aborto. Los disturbios emocionales en los agentes de salud que intervienen en el proceso han sido documentados por miles de relatos de quienes se arrepienten de haber participado y son víctimas de cuadros de ansiedad y depresión como consecuencia de esas actividades.

Los síntomas más comunes que suelen aparecer a partir de un aborto provocado se relacionan con la ansiedad, el desasosiego y los pensamientos recurrentes de revivir la situación. Citando al profesor Wilke: “Resulta más fácil sacar al niño del útero de su madre que de su pensamiento”.

Las dificultades en las estimaciones estadísticas son inherentes a lo complejo de la situación, a la ausencia de valoraciones sistemáticas y a la reticencia a brindar información por parte de los implicados en el aborto, especialmente las mismas mujeres.

II. Las diferentes patologías observadas

Estas primeras consideraciones generales nos obligan a profundizar el análisis, describiendo las principales patologías observadas que conforman cuadros clínicos:

1. Psicosis por aborto: aparece inmediatamente y tiene una duración aproximada de 6 meses.
2. Estrés posaborto: entre 3 y 6 meses después del aborto. Presenta síntomas semejantes a un cuadro de estrés postraumático.
3. Síndrome posaborto (PAS): puede manifestarse inmediatamente o permanecer latente y evidenciarse tiempo después. Es discutido y negado por los que defienden el aborto provocado. Es un cuadro frecuente que se enquistaba en la vida de la mujer. Se manifiesta como un conjunto de síntomas que afectan emocional, social y espiritualmente a ella en mayor grado y también a los otros implicados en el evento. Este conjunto de síntomas fue descrito por Vincent Rue y su equipo, en 1992.

En 1997 Philip Ney y colaboradores plantearon otro tema más allá de los síntomas posteriores: la relación de situaciones previas de negligencia y abuso infantil, como favorecedores de la búsqueda del aborto frente a embarazos inesperados.

Algunos autores postulan el síndrome posaborto como un cuadro nosológico variante del trastorno por estrés postraumático (Rue, Speckhard et al., 1996) porque lo consideran producto del desarrollo crónico o diferido de las reacciones emocionales experimentadas a causa del trauma físico y emocional del aborto inducido.

Carmen Gómez Lavín, doctora en Medicina y Psiquiatría, con más de 35 años de experiencia en

asistencia psiquiátrica a quienes abortan, detalló que este suceso, además de traumático, viene acompañado de síntomas específicos que cambian la vida de las mujeres y de su entorno. Los describe agrupándolos, para tratar de sistematizar el diagnóstico:

- a) Trastornos emocionales y afectivos: sentimientos de culpa y remordimiento que son, mayormente, irreversibles. Vergüenza, pérdida de autoestima, autorechazo. Incapacidad para perdonarse, deseos de expiación, necesidad de desagraviar, de remediar el daño o perjuicio cometido. Inestabilidad emocional. Labilidad afectiva.
- b) Alteraciones conductuales: desórdenes alimenticios o sexuales (inhibición o rechazo, frigidez, promiscuidad), problemas al relacionarse (aislamiento social y falta de interés y atención a las tareas habituales), abusos de alcohol y consumo de drogas, entre otras cosas. Aceptación de relaciones interpersonales abusivas. Rechazo a los compromisos afectivos.
- c) Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): el aborto provoca perturbaciones psíquicas y emocionales que surgen inmediatamente o bien permanecen latentes, y se manifiestan después a lo largo del tiempo, con las características propias de un cuadro posestrés.
- d) Persistencia o rechazo a estímulos y situaciones que le rememoren el aborto o sus circunstancias: mujeres embarazadas, objetos para bebés, ambientes médicos. Ideas recurrentes de muerte.

Evitación de situaciones u objetos “conectores” con el aborto realizado. En algunos casos se conforman trastornos fóbico-obsesivos.

- e) Pesimismo con relación al futuro, que puede manifestarse por medio de la ira o violencia. Enfados repentinos o ataques de furia. Baja tolerancia a la frustración.
- f) Síntomas depresivos y ansiosos, como dolor, pesar, tristeza, angustia, llanto frecuente y, en ocasiones, tendencia o deseo de suicidio. Ansiedad, desasosiego, rabia, sentimientos de fracaso.
- g) Trastornos del sueño: pesadillas y sueños recurrentes. Muchas veces sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos.
- h) Trastornos del pensamiento: *flashbacks* sobre el aborto o el niño abortado. Ilusiones o pseudoalucinaciones auditivas (llantos de bebés). Fantasías reiteradas acerca de qué hubiera pasado si no se hubiese abortado.
- i) Reacciones imprevistas cuando se acerca o cumple la fecha del aborto. Aparición de síntomas “aniversario”.

Obviamente la aparición de los síntomas también depende de diversos factores previos o concomitantes al momento de la realización del aborto.

Influyen en ello: la cantidad de abortos realizados, la fortaleza yoica de la mujer, la habilidad para negar sus sentimientos, la estructura de personalidad y la problemática previa. El ambiente que rodea

a la mujer, factores socioculturales, la presión que haya tenido de otras personas para realizar el aborto y el sostén posterior, también pesan en el desarrollo de los síntomas.

El aborto es siempre un hecho estresante de alto impacto emocional. Se produce un *distress*. Si no hay duelo, se instala un proceso patológico. Y la mayoría de las veces se niega la situación de duelo, porque reconocerlo sería aceptar la gravedad del hecho realizado, de la muerte provocada de ese hijo.

III. El camino a seguir

Una vez que aceptamos la aparición de síntomas negativos como consecuencia del aborto, corresponde actuar frente a ellos.

Más allá de seguir implementando todos los medios posibles para evitar esta dura realidad, la comunicación clara y expresa de las complicaciones que pueden aparecer con posterioridad quizá sea un argumento de peso en la balanza de muchas mujeres ante decisiones erróneas.

Cuanto mejor conocemos las consecuencias, resulta más fácil evitar conductas impulsivas equivocadas. Sabemos que la mayoría de las mujeres que realizan un aborto tienen poca fortaleza yoica, personalidades vulnerables o frágiles. No logran afrontar la difícil tarea de llevar adelante un embarazo inesperado. No pueden ver que ese embarazo puede convertirse en un hijo muy amado. Como sienten

poco valor por su propia vida, aunque argumenten lo contrario, poco respetan la vida del que no nació. Conocer las complicaciones emocionales del aborto frente a quien espera solo el alivio de la huida es un argumento fuerte a la hora de decidir.

También nos toca atender a quienes cruzan esa barrera y deciden abortar. Es fundamental ayudar a las mujeres que sufren las consecuencias negativas del aborto. Con los datos disponibles de los estudios realizados y las estadísticas obtenidas, es imprescindible dedicar esfuerzos a los cuidados de la salud mental de estas personas.

En diversos países comienzan a implementarse programas de ayuda a la mujer que ha abortado. El foco de atención de los mismos es la elaboración del duelo y el perdón.

La recuperación de estas mujeres requiere de un acompañamiento cercano y muchas veces prolongado. En algunas ocasiones se necesitan tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos concomitantemente con el apoyo brindado por los programas de recuperación.

Otras veces, se presentan conductas destructivas originadas en el rechazo al dolor que provoca la realidad del aborto. Nos encontramos con situaciones de abuso de sustancias, desórdenes del pensamiento, conductas impulsivas de ira y violencia. Se presentan, asimismo, ideas suicidas que necesitan intervención psiquiátrica específica.

Quienes tratan a estas mujeres constatan una marcada resistencia a elaborar un profundo y verdadero

perdón a sí mismas. Lo vivido en el aborto deja establecido un conflicto de intereses emocionales contrapuestos: la necesidad de negar la experiencia sufrida y la de liberar los sentimientos negativos reprimidos.

El deseo de ser perdonado y de sanarse emocionalmente es lo que se convierte –con frecuencia– en el comienzo del proceso de recuperación.

En el acto del aborto se rompen varios vínculos: la madre con el bebé, la mujer consigo misma, vínculos afectivos con la comunidad, generalmente también con los agentes participantes (médico, asistentes, consejeros, novio, padres) y por supuesto con Dios.

Es necesario restablecerlos y ordenarlos adecuadamente. Liberar emociones de dolor y enojo y aceptar la necesidad de ayuda.

Recuperar a estas mujeres, a quienes les cuesta perdonarse a sí mismas y no encuentran sentido a sus vidas, es una tarea ardua y complicada.

Necesitan experimentar el proceso de duelo, perdonarse a sí mismas, decidirse a perdonar a otros, experimentar la realidad de lo sucedido, llegar a relacionarse con el niño abortado, volver a relacionarse con los demás y recuperar su lugar en la vida y en la sociedad.

Muchos de los programas que van surgiendo para la recuperación de la mujer con síndrome posaborto se basan en el proceso del perdón. Se trabaja a partir del sentimiento del perdón de Dios y la recuperación del vínculo amoroso y misericordioso con Él.

La mujer se sentirá apoyada y comenzará a percibir una esperanza y probablemente recuperará las

ganas de vivir plenamente. A partir de allí todo lo que construya ya tendrá otro color y otra perspectiva. Comenzará una espiral de crecimiento y probablemente de fortalecimiento ya que le permitirá enfrentar la vida y sus dificultades con otra energía. Probablemente pueda desplegar mejores estrategias para afrontar las adversidades.

Se ha comprobado que muchas terapias focalizadas terminan generando una mejor calidad de vida, con resultados que se expanden a todas las áreas del desempeño de la persona. Esto resulta de suma importancia en los casos de síndrome posaborto, ya que, como mencionáramos, se trata de personalidades con dificultades previas y entornos generalmente complicados.

Obviamente, al restituirse el sentido de la vida y prepararse para establecer vínculos sanos, la calidad de vida de la mujer dará un giro importante con proyección hacia el futuro, con mayor salud mental y mejor desempeño familiar y social.

Cuestión de tiempo, duelo, perdón y esperanza. Procesos psicológicos posaborto

Lic. M. Carolina PAVÍA

Cuestión de tiempo

No sé. Qué sé yo. Siempre dudando para encarar este tema, que vos dirías cuál, porque parece que nunca puedo de primera nombrarlo y le adjudico pronombres: “eso”, “esto”, “él”...y es “el aborto”. No. Es mi aborto. La situación que una palabra no dice nada y conlleva tanto. Una situación horrible, de fondo negro que solo trae aparejado muerte y dolor. Es una desolación constante que estimula tristeza, angustia, dolores constan-

tes, sensaciones de vacío y soledad. Las lágrimas no alcanzan para desagotar tanto dolor. No sé si espero algo positivo de todo esto. Ni siquiera lo espero. ¿Cómo se puede esperar algo bueno de algo que no se puede cambiar? Que no es muerte por ley natural sino que es la consecuencia de una decisión unilateral, la provocación de la muerte en vida; porque no solo es la muerte de alguien sino que es matarse por dentro (acá me dan ganas de vomitar). Se unen los dos opuestos más extraños: mi cuerpo hecho vida y la muerte provocada en la propia fuente de vida (millones de signos de ¿¿¿??). ¿Qué expectativa puedo tener? ¿Qué luz puedo ver en el camino? Si pienso que después del aborto no queda nada más que soledad y tristeza y la mera situación de vivir llena de infelicidad y muerte en vida... ¿Qué proyecto voy a encarar? ¿Con qué emoción voy a querer nutrir esta fuente de vida? No paran las millones de preguntas sin respuesta aparente. Solo me parece una tortura eterna; una cuenta a pagar por el resto de mi vida. No sé si adelante hay algo más. Vuelve el no sé... Vuelve la incertidumbre. Solo hay tristeza. Nada más.

El escrito anterior es una transcripción de un ejercicio reflexivo de una mujer de 26 años que a sus 21 años realizó un aborto, de modo voluntario, a conciencia y deliberado en su momento. Pasaron 5 años hasta que las improntas inconscientes salieron a la luz. Podríamos decir que durante 5 años el aborto fue asintomático. Hasta entonces, no había evidencias observables de secuelas posaborto. No había efectos no deseados, secundarios o contraproducentes para tal intervención que interrumpiera un embarazo.

Nos preguntamos, entonces: ¿la interrupción de un embarazo deja secuelas psicológicas en la mujer?

La respuesta es simple: sí. Es cuestión de tiempo para que se evidencien los síntomas.

Pueden evidenciarse a corto, mediano o largo plazo. Depende del tiempo en que tarden en debilitarse o colapsar las defensas psíquicas y que lo inconsciente emerja a lo consciente.

El caso transcripto es un fiel reflejo de la sintomatología posaborto. Rastreamos el escrito y encontramos: desolación constante, tristeza, angustia, dolores constantes, sensaciones de vacío, soledad, ganas de vomitar, ¿qué luz puedo ver en el camino?, vivir llena de infelicidad, muerte en vida, ¿qué proyecto voy a encarar?, no sé si adelante hay algo más...

Por otro lado, cabe complementar la descripción de su sintomatología, que no se encuentra en el escrito pero que fue por ella relatada: insomnio, malestar constante, falta de motivación generalizada, pesadillas recurrentes con contenido de sangre, irritabilidad, dificultad para sostener un vínculo de pareja y dificultad para encontrar sentido de continuidad a su vida.

Para quienes trabajamos en salud mental, sabemos que tales expresiones son todos indicadores de un estado de ánimo depresivo.

Para corroborar la evidencia de la sintomatología a corto plazo, podemos citar otro caso clínico.

Una mujer de 27 años, que tiene un aborto (de 2 meses de gestación) en el mes de enero y consulta

en el mes de septiembre del mismo año (luego de 8 meses) manifestando su tristeza, angustia, crisis de llanto, insomnio, dolor, falta de motivación, ansiedad, culpa, shock por la “impresión al reconocer que era un bebé el que expulsé” (al ver los dos puntitos negros que eran los ojitos) –relatando el episodio en el que tuvo que ayudar con su mano a terminar de expulsar el coágulo–, recuerdo recurrente de la imagen del bebé y sus ojitos negros, enojo y decepción con su madre (médica), quien le tiró el frasquito en el que había guardado al bebé; y acentuación de su sobrepeso.

Más aún, podemos dar evidencia de la presencia de indicadores psíquicos que anticipan la aparición de la sintomatología a posteriori. Más específicamente, nos referimos a la presencia de indicadores a muy corto plazo (1 mes del aborto), observables a través de un test de personalidad; concretamente, en el Test de Rorschach.¹

Tal investigación refiere la presencia de indicadores que remiten a la existencia de una situación de conflicto y probable crisis y de una preocupación de tipo neurótica relacionada con una temática sexual femenina; de conflicto con la maternidad y

1. PAVÍA, M. C., “Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo. Búsqueda de indicadores objetivos en el psicodiagnóstico de Rorschach”, Revista *Vida y Ética*, Instituto de Ética Biomédica, Pontificia Universidad Católica Argentina, año 1, n° 0, diciembre 2000.

de relaciones alteradas con el elemento materno y de situación traumática; de conflicto y dificultad en el manejo de la agresividad e impulsividad y de los afectos; y vivencias de daño, duelos recientes y depresión.

Entonces, considerando la presencia interna de improntas psíquicas correlativas al evento del aborto o de la interrupción del embarazo, es cuestión de tiempo la aparición de la sintomatología.

Parecería ser una cuestión diferencial en la modalidad de la aparición de los síntomas, la organización previa de la personalidad. Entendiendo por ello que depende de qué tipo de personalidad y qué características de funcionamiento psicológico tiene la mujer que abortó. No es lo mismo una personalidad débil afectivamente, que otra fuerte o bien organizada y adaptada al medio, ni tampoco resulta lo mismo una personalidad con una psicopatología preexistente (una enfermedad psicológica o psiquiátrica anterior), que otra con algunos rasgos psicopatológicos, o que otra libre de ellos. Todo ello hace a la consideración de la fortaleza yoica y los mecanismos psicológicos defensivos preexistentes.

Más específicamente, nos referimos a la presencia de una predominancia de mecanismos psíquicos defensivos de negación y de disociación (que mantengan inconsciente la huella mnémica –de recuerdo o memoria– de la pérdida); de evitación (de todo estímulo relacionado con un embarazo, niño por nacer o aborto); y de racionalización y consecuente desensibilización y deshumanización de la vida

humana por nacer. Finalmente, y no podemos dejar de mencionar, la libre determinación de suprimir y evitar toda intención de otras personas de traer a luz conflictos relacionados con el aborto.²

Pues bien, hasta aquí, sea tanto una evidencia clínica como psicodiagnóstica, nos lleva a escuchar a la mujer que abortó, prestando nuestro silencio para que pueda expresar y relatar la realidad psíquica del aborto en la mujer y sus secuelas.

No necesitaremos indicarle ni confrontarle ninguna realidad, ya que es la misma mujer que expresa la cruel realidad del aborto y sus dolorosas consecuencias, la que tendrá que trabajar para evitar caer en una depresión y poder llevar adelante su proyecto de vida, más allá de la pérdida de un hijo que fue voluntariamente generada.

Sabemos lo dolorosa que es la pérdida de un hijo para toda mujer en cualquier momento de la vida. Recordemos los relatos e imaginemos cuánto más dolorosa es cuando la mujer toma conciencia de que esa pérdida fue producto de una decisión personal...

A la pérdida, se suma la conciencia de culpabilidad; conciencia que, al despertar, nadie podrá minimizar, desestimar o negar al registro interno de la mujer que abortó. Más aún, se trata de una conciencia y una culpabilidad que es necesario acompañar

2. PAVÍA, M. C., "Aborto: cicatriz indeleble", Revista *Istmo*, Centros Culturales de México, A C, año 42, nº 251, noviembre-diciembre 2001.

para que, a través del duelo, el perdón y la reparación, la mujer pueda recuperar el valor de su propia vida, y con él el valor de la Vida misma.

Tiempo de duelo

Apenas luego de la concepción, el óvulo fertilizado se acomoda en los pliegues del revestimiento del útero. Rápidamente, se desarrolla la placenta. De esta manera, la madre envuelve al bebé y éste se une íntimamente a su madre. A cada segundo, madre e hijo monitorean sus respectivas químicas en sangre y emociones. No existe mayor intimidad humana.³

Sea o no un embarazo deseado, los procesos biológicos se activan. El cuerpo de la mujer empieza a reaccionar tras la fecundación.

Basta con mirar cualquier suplemento que contenga información de divulgación científica relacionada con la fecundación y el desarrollo del embarazo⁴ para la promoción de la salud de la mujer embarazada y su bebé.

3. NEY, P. G., "Deeply damaged", Pioneer, Victoria-British Columbia, 1997, pág. 144.

4. Como por ejemplo, un suplemento entregado por el diario *La Nación*, con el acompañamiento de Cruz Roja, "Guía de Primeros Auxilios", fascículo 49. Dicho suplemento cuenta con que "parte de la información de este fascículo ha sido extraída de distintas publicaciones correspondientes al área de Ciencias

A esta activación biológica le corresponde una activación psicológica, afectiva. Cabe, en este punto, mencionar que actualmente las neurociencias dan cuenta de la unidad cuerpo-mente, con la cual se entiende que en tal unidad: “El alma respira a través del cuerpo, y el sufrimiento, ya empiece en la piel o en una imagen mental, tiene lugar en la carne”.⁵

Aún cuando el vínculo sea menos fuerte o negado en el caso de un hijo no deseado, no podemos decir que no exista. De hecho, la mujer embarazada desea interrumpir y romper tal vínculo para que no se desarrolle en su plenitud.

Estudios realizados con relación al vínculo materno-fetal indican que *no* es posible considerar la inexistencia de tal vínculo,⁶ sino que a medida que el embarazo se prolonga en el tiempo, el vínculo se afianza.⁷ Al comienzo presenta características de ambivalencia que se van definiendo hacia el final

Naturales de Ediciones Santillana S.A.”, tal cual se transcribe del fascículo citado.

5. DAMASIO, A., *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*, Barcelona, Crítica, 2006, pág. 16.

6. NARITA, S., MARHARA, S. *et al.*, “The development of maternal-fetal attachment during pregnancy”, *Nihon Kango Kagakkaishi*, octubre 1993, 13 (2): 1-9 (abstract).

7. CACCIA, N. *et al.*, “Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, octubre 1991, 165: 1122-1125.

de la gestación e, incluso, los movimientos fetales fortalecen el vínculo.⁸

En dicho contexto, la interrupción del embarazo conlleva una ruptura del vínculo materno-fetal (marcado con una fuerte impronta de existencia, ya que el objetivo es que no se siga desarrollando), y la expulsión o extracción del embrión o del feto (futuro bebé) conlleva la necesaria ruptura de su correlato psicológico, que a su vez activa un consecuente proceso de duelo por la pérdida que el aborto produjo (pérdida del producto de la fecundación).

Tal pérdida es registrada por la persona, aunque simplemente sea un registro de la pérdida del producto del embarazo. De hecho, la mujer y el equipo médico o paramédico que participa en la interrupción del embarazo buscan y revisan que la pérdida haya sido eficaz, y con ella haya sido eficaz la interrupción del desarrollo fetal. Entonces, esta interrupción implica el desprendimiento y la consecuente pérdida del embrión o feto, el cual mediante tal intervención se separa del cuerpo de la mujer.

No es necesario ser un profesional de la salud mental para saber que toda pérdida o separación implica un duelo. Al respecto, podemos referir la separación de un grupo de trabajo, de un grupo de amigos o compañeros, hasta la pérdida de un tra-

8. MIKHAIL, M. *et al.*, "The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, octubre 1991, 165 (4): 988-991.

bajo, de la vivienda o de un ser querido. Inclusive, si quisiéramos ejemplificar con la pérdida de un objeto, podemos referir el duelo por la pérdida de algún objeto que nos resulta funcional con un valor netamente utilitario (teléfono, agenda, documento de identidad, etc.), como también la pérdida de un objeto que tenga valor afectivo, ya que pertenece a nuestra historia (alianza matrimonial, collar o una simple pulsera heredados o regalados por la familia o un ser querido).

Es decir, nos duele tal pérdida y tenemos que registrar y aceptar una nueva disposición o situación de la realidad. Tal es, de modo simple, la impronta de definición de un proceso de un duelo.

De todos modos, en la pérdida del embrión o del feto, se pone en juego el registro del propio cuerpo; es decir, un registro de separación de nuestro cuerpo humano.

Es solo cuestión de utilizar la lógica. Si de nuestro cuerpo humano se separa un producto de la fecundación humana, entonces, tal producto es humano. Más allá de la consideración de que para algunas personas tal producto humano no se trate de una persona. Aún así, no podemos negar que se trata de un ser vivo humano, ya que tiene que dejar de desarrollarse para llegar a término y nacer un humano.

Pues bien, en el momento que se evoque el registro inconsciente de la pérdida (cerebralmente registrado en tanto impronta de separación o desprendimiento biológico) y se lo haga consciente, el

proceso de separación de tal producto humano implicará un proceso de duelo de un humano. Finalmente,

toda separación humana requiere de un duelo. Si no lo elaboran, comenzarán a desarrollar síntomas que surgen de un duelo parcial o patológico. Toda pérdida debe ser elaborada en algún momento; cuanto más ambivalente sea el vínculo, más difícil será su elaboración. La negación no es efectiva por mucho tiempo. Las defensas de aislamiento y distracción no perduran definitivamente.⁹

Entonces, cuanto más ambivalente y poco claramente definida la existencia de un bebé por nacer, más fácil será su desprendimiento e interrupción gestacional, pero más difícil será su duelo.

La intervención química o quirúrgica que genera la interrupción del embarazo o aborto es en sí misma dolorosa para la mujer: sangrado, dolores intrauterinos, desprendimiento y expulsión de los coágulos y del embrión, rehabilitación postquirúrgica del legrado o raspaje; ello, sin mencionar la visualización del embrión o del feto desprendido. Pero, más dolorosa aún será la toma de conciencia posterior de la pérdida, en tanto comience a registrar a través de sueños o pesadillas, fechas recordatorias del evento del aborto o del bebé que no fue, o

9. NEY, P. G., ob. cit., pág. 149.

de pensamientos que vienen a su mente al recordar el aborto mismo.

Claro está que, en tanto medie una acabada conciencia e intención de realizar el duelo psicobiológicamente activado, más fácil será su proceso y eventual resolución. No así, en aquellos casos que se nieguen, eviten, disocien o repriman los pensamientos y afectos asociados a la pérdida. Esta dificultad para el proceso del duelo y su necesaria elaboración deja predispuesto el terreno psíquico para un duelo parcial o patológico; y con ello la factible aparición de sintomatología psíquica posaborto.

Tiempo de perdón

En lo profundo de su conciencia [...], el hombre descubre una ley que él no se da a sí mismo, sino que debe obedecer y cuya voz resuena, cuando es necesario, en los oídos de su corazón, llamándolo siempre a amar y a hacer el bien y evitar el mal.¹⁰

El proceso de duelo antes mencionado será factible de elaboración, en tanto se ponga en juego la variable del perdón.

En tanto la pérdida del embarazo deja de ser solo una pérdida y va tomando su real dimensión, en

10. S. S. JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Veritatis Splendor*, 6 de agosto de 1993, nota 54.

cuanto que se trató de la pérdida de un bebé en desarrollo a quien le faltaba solo una cuestión de tiempo para ser evidenciado a la conciencia más plena como un hijo, surge en la mujer –y en el varón también– la conciencia de culpabilidad, hasta entonces latente a nivel inconsciente.

No se trata de una culpabilidad impuesta por terceros, sino de la conciencia moral propia del ser humano. Nadie tiene que señalar nada. La mujer y el varón que abortaron saben que interrumpieron una vida, y tampoco cualquier vida sino la vida de su hijo. Existe un registro interno que nadie puede minimizarles y que es necesario que sea reconocido y acompañando desde la Misericordia para que el Perdón actúe y permita reparar de algún modo el daño causado.

Tal reparación está íntimamente relacionada con la revalorización y salvaguarda de la vida humana, tanto de la propia como la de terceros.

Nada mejor que las palabras de un varón que abortó a sus 26 años para ilustrar el proceso de concientización con la necesaria experiencia de perdón y reparación al que nos referimos.

Culpa. Lamentablemente en mi caso, no solo siento culpa por haber interrumpido una vida, que no es cualquiera ya que era la de mi hijo; sino que, además, siento una profunda culpa por el momento que está atravesando Mariana, entendiendo que el origen de su angustia y depresión es a causa de esto y no puedo dejar de pensar que soy responsable directamente de

su situación. Es horrible pensar y sentir que uno no puede volver el tiempo atrás y que lo que hicimos no tiene remedio. Cada vez que veo situaciones en la que están involucrados chicos, o cada vez que una situación me remite a pensar que hoy podríamos tener un hijo, criarlo y amarlo, no logro entender cómo no pensé en aquel momento que no tenía derecho de impedir que la vida de mi hijo se desarrollara. [...] Generalmente, soy bastante positivo y optimista. Sé que lo que hicimos y lo que permití no tiene vuelta atrás, no tiene justificativo y no hay arreglo; pero creo que no debo y no debemos llorar sobre la leche derramada, simplemente porque no nos aporta nada. Solo aporta frustraciones y malos momentos. Esto nos tiene que enseñar cómo debemos actuar en el futuro y qué es lo que no se debe hacer y qué decisiones debemos tomar para remediar (sé que no tengo remedios, pero no encuentro la palabra correcta, si es que existe) de alguna manera la decisión que tomamos y que estuve completamente de acuerdo. Particularmente, estoy convencido que la vida nos va a dar otra oportunidad, pero debemos acompañarla y no desaprovecharla.

Tiempo de esperanza

Es necesario hacer llegar el Evangelio de la vida al corazón de cada hombre y mujer e introducirlo en lo más recóndito de toda la sociedad. [...] Ante todo se trata de anunciar el núcleo de este Evangelio. Es anuncio de un Dios vivo y cercano, que nos llama a una profunda comunión con Él y nos abre a la esperanza

segura de la vida eterna; es afirmación del vínculo indivisible que fluye entre la persona, su vida y su corporeidad; es presentación de la vida humana como vida de relación, don de Dios, fruto y signo de su amor; es proclamación de la extraordinaria relación de Jesús con cada hombre.¹¹

Finalmente, resulta necesario acompañar a quien abortó a que pueda reconstruir sus vínculos dañados; tanto internos e históricos, como actuales y sociales. Es importante mostrarle a quien abortó que incluso su hijo recibe su perdón trabajado. Todos sabemos que un hijo siempre perdona a un padre o a una madre, por más enojado o lastimado que esté, ya que el amor de un niño siempre espera el amor de sus padres. Esto lo libera de la condena de no poder ser feliz luego de haber abortado y le abre el camino a construir un proyecto de vida sin tormentos internos, que pongan en jaque todo el proceso realizado.

En este punto, es necesario presentarles la posibilidad de una reparación y salvación de su propia vida profundamente dañada¹² para continuar en un camino de Esperanza y Fe.

Cada persona lo tomará desde sus puntos de anclaje y sus creencias básicas, tanto cognitivas

11. S. S. JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium Vitae*, 25 de marzo de 1995.

12. Tal es el título del libro en este trabajo citado de NEY, P. G., *Deeply Damaged*.

como espirituales y/o religiosas. Lo importante es que en esta última etapa de elaboración, presentemos la presencia de Dios que perdona, recibe y acompaña a quien quiera construir vínculos para una Cultura de la Vida.

Sanación y acompañamiento pastoral en el trauma posaborto

Lic. Ana LEVERMAN

Hemos podido interiorizarnos hasta ahora sobre las duras consecuencias que el aborto tiene, no solo en la vida de la mujer, sino también en el varón y en aquellos que de algún modo han estado involucrados en esta decisión. Decisión que en algún momento pudo haberse considerado como la solución a “un problema”, pero luego terminó siendo el problema para el cual ya no habría solución.

En nuestra sociedad, no solo se oculta la información sobre el aborto y sus consecuencias, sino que también se acalla a aquellos que expresan sus sufrimientos posaborto. Reconocer que existe un duelo luego del aborto significaría reconocer la muerte

de un “ser humano”, y esto es justamente lo que se intenta negar. La experiencia del aborto se ve rodeada de aislamiento y silencio.

Como consecuencia, el sufrimiento es vivido en absoluta soledad. El duelo es bloqueado y el dolor pasa a ser “enterrado”, pero este busca salir a la luz y aparece en la superficie bajo distintas formas: pesadillas, insomnio, tristeza, broncas, depresión, sensación de vacío, pérdida de sentido de la vida, etcétera. Se trata de todos aquellos síntomas que nos hablan de la presencia del “trauma posaborto”.

¿Por qué nadie me dijo que esto me iba a pasar?... Me siento como una zombi, soy un fantasma, puedo parecer viva pero no, deambulo.

Sueño siempre con bebés que se están muriendo pero yo los resucito... Es que para mí, ella sigue viva. No puedo dejar de pensar en ella un minuto; siento que la traicionaría y yo quiero conservarla viva.

El aborto hiere profundamente la propia naturaleza de la persona. Esto lo expresan de varias formas: “Yo maté una vida y así maté una parte mía”, “me siento como un animal... maté a mi propio hijo”.

El aborto no solo acaba con la vida de un hijo, sino que produce una profunda grieta en sus vidas; grieta que atraviesa su autoestima y su confianza, quiebra su maternidad, la separa de sus vínculos más cercanos (padres, esposo/a, hijos), la aleja de sus

sentimientos, como también de la paz que y el consuelo que da el sentirse hijos amados de Dios Padre.

“Yo terminé mi maternidad así, manchada...”.

Es por eso que la Iglesia está llamada a dar una respuesta frente a esta situación, proclamando el valor de la vida y transmitiendo la Misericordia y el Amor de Dios que nos cura. Solo así podremos transformar este dolor que deprime en un dolor que redime.

Con este fin, nace en el año 1999 en Santiago de Chile “Proyecto Esperanza”, programa que responde a lo que luego se manifestó como el deseo de la Iglesia en América Latina de

acoger con Misericordia a aquellas que han abortado, para ayudarlas a sanar sus graves heridas e invitarlas a ser defensoras de la vida. El aborto hace dos víctimas: por cierto, el niño, pero también, la madre” (*Documento de Aparecida*, 469g).

Proyecto Esperanza es un programa de sanación y acompañamiento pastoral dirigido a varones y mujeres que sufren el “trauma posaborto” provocado por la pérdida de un hijo, especialmente por un aborto provocado.

Este apoyo es brindado por personas especializadas, con una actitud de acogida empática, respeto, comprensión y confidencialidad.

Tiene como finalidad facilitar el proceso de duelo, perdón, aceptación, reconciliación y encuentro con el hijo que no pudo nacer, como también restaurar los

vínculos que se han roto como consecuencia de este hecho: la relación consigo misma, con los demás y con Dios.

Para ello, se propone *cuatro metas* específicas:

- *Educación sobre el desarrollo de la vida, sobre el trauma posaborto, y reconocimiento de los conectores personales del aborto* (asuntos o situaciones que inconscientemente evocan el aborto). Estos conectores gatillan en ella “flashbacks” que provocan una sobre-reacción: ansiedad, transpiración, nerviosismo, palpitaciones. Este conector puede ser un lugar, olor, persona, paisaje, etcétera.

Me pongo muy mal cada vez que vamos en el auto y maneja mi marido... me pongo ansiosa me falta el aire y me quiero bajar (recordando el viaje que hicieron para practicarse el aborto).

Poder conocer los síntomas que manifiestan las personas que han pasado por el aborto (trauma posaborto) las ayudará a comprender muchas de sus conductas que quizás hasta ese momento no sabía a qué atribuir las. Se sentirán comprendidas y comenzarán a tener una esperanza de sanación.

- *Abandonar el dolor emocional reprimido, liberar el enojo, la bronca.*

Esta meta implicaría reconocer la existencia del enojo, identificar el sentimiento poniéndole palabras y poner la confianza en Dios, en su justicia y misericordia.

En palabras de Shakespeare (*Macbeth*) “Da palabras al dolor; el dolor que enmudece sobrecarga el corazón y acaba por destrozarlo”.

Recién ahora, que mi marido murió, siento el dolor de los abortos que tuve en mi adolescencia.

En mis entrañas y en mi alma, quedó la desolación, el vacío, la locura, la herida eterna y la frustración de la propia debilidad. Yo soy la principal responsable.

¡No sé por qué estoy tan enojada con mis hijos! No quiero que se vayan de casa, pero cuando están, los trato mal...

Al principio estaba enojada conmigo misma, porque no podía aceptar lo que había hecho, después me enojé con Dios, porque me había abandonado, pero ahora siento otro enojo... no sé cómo explicarlo.

Las personas que pensé que me habían ayudado, desaparecieron de mi vida... me quedé sin ellos y sin mis bebés.

Sus enojos también han sido negados muchas veces. Es necesario sacarlos a la luz, identificarlos, reconocerlos y expresarlos, para poder liberarse de ellos y comenzar a perdonarse y a perdonar.

- *Restaurar las relaciones rotas con Dios, consigo misma y con los demás.*

Esto es, sentirse perdonada por Dios, perdonarse ella misma y poder perdonar a aquellos que han influido en esta decisión.

Las personas que han abortado sienten que han cometido el pecado que Dios nunca perdonará, por haber terminado con una de sus creaturas. No solo no encuentran consuelo, sino que se sienten “merecedoras” del sufrimiento.

Siempre pensé que Dios me iba a castigar y no me dejaría tener más hijos.

No tomo más alcohol... eso es sinónimo de alegría.

No lloro por mi hija, lloro por mí... Yo sé que Dios tiene un lugar en el cielo para ella, pero dudo que lo tenga para mí.

No sé si puedo perdonar a mi marido... pero pido a Dios que me ayude.

[Escrito a la profesional que le aconsejó mal]: Quiero que sepas que no me sentí ayudada por vos... decime que todo este dolor que hoy siento no es en vano, que tu pensamiento se modificó... Te perdono, con la fe que mi mundo ya es un mundo más humano, más piadoso, más amoroso...

El hecho de reconocerse perdonadas y amadas por Dios facilita que puedan ellas también perdonar a quienes colaboraron o acompañaron en esta decisión.

- *Establecer una relación con el niño abortado y aprender a utilizar herramientas de autoayuda.*

Es necesario para ello que previamente pase por el proceso de duelo, liberación del enojo y perdón. Establecer la existencia de su bebé y darle identidad permitirá que pueda amarlo y despedirse de él.

Ahora sé que están en el cielo con Dios y que me quieren... Yo hice este adorno para tener en mi mesa de luz y que me recuerde a ellos.

Lo siento cerca mío, y comparto con él mis preocupaciones... Ahora ya tendría 30 años.

Proyecto Esperanza responde a una necesidad urgente que aún se mantiene silenciada: encontrar paz y confianza para ponerse de pie nuevamente, de cara a Dios, recuperando así su dignidad, resignificando el dolor y descubriendo un nuevo sentido en sus vidas.

En el dolor está la gracia que les permitirá, al igual que San Pablo, decir “en mi debilidad está mi fortaleza”.

Son numerosas las mujeres que dan testimonio de ello, que buscan reparar a través de actividades en defensa de la Vida para evitar que otros pasen por lo que ellas pasaron (prevención). Sienten el deseo de hacer algo en “honor” a sus hijos, *para que otros tengan Vida*.

En palabras de Francisco L. Bernárdez: “Porque después de todo he comprendido que lo que el árbol tiene de florido vive de lo que tiene sepultado”.

Deseamos finalizar con estas entrañables palabras de Juan Pablo II, a todas las mujeres que han recurrido al aborto:

Sabemos cuántos condicionamientos pueden haber influido en vuestra decisión, y no dudamos que en muchos casos se ha tratado de una decisión dolorosa e incluso dramática. Probablemente la herida no ha cicatrizado en vuestro interior. Es verdad que lo sucedido fue y sigue siendo profundamente injusto (es decir, que el aborto es un acto grave por cuanto destruye a un ser humano no nacido). Sin embargo, no os dejéis vencer por el desánimo y *no abandonéis la esperanza*. Antes bien, comprended lo ocurrido e interpretadlo en su verdad. Si aún no lo habéis hecho, abríos con humildad y confianza al arrepentimiento: el Padre de toda misericordia os espera para ofrecer os su perdón y su paz en el sacramento de la Reconciliación. Os daréis cuenta de que nada está perdido y podréis pedir perdón también a vuestro hijo que ahora vive en el Señor. Ayudados por el consejo y la cercanía de personas amigas y competentes, podréis estar con vuestro doloroso testimonio entre los defensores más elocuentes del derecho de todos a la vida. Por medio de vuestro compromiso por la vida, coronado eventualmente con el nacimiento de nuevas criaturas y expresado con la acogida y la atención hacia quien está más necesitado de cercanía, seréis artífices de un nuevo modo de mirar la vida del hombre.

Testimonio: carta al genetista de la institución

Quisiera que pudiera leer lo que quiero contarle: mi historia... teñida por una decisión que tal vez pudiera haber sido otra... si yo hubiese escuchado otras palabras... Mi historia no puede ser cambiada... es verdad... pero quizá la de otra mujer sí... y con eso, también mi historia.

“Hace 4 años... fui a una consulta con Ud... 44 años, 5º embarazo e hijo/a. Usted me aconseja ‘la punción’... por la edad, etc., etc. Mi esposo acepta pero tenía miedo. Yo insistí un poco por el NTPLUS... creo que en realidad, yo no quería tener un diagnóstico 100% seguro. La duda... o las posibilidades me pegaban mejor, tal vez algo intuía... Lo cierto es que el estudio se hizo; y lo terrible no fue ni el estudio ni la espera de los resultados, sino cómo, el modo en el que desde la institución entregan el resultado.

*En el día de la entrega, llamamos para conocer el resultado y nos informaron que ellos no lo tenían; que se lo habían dado al médico ¿? El médico se tomó 24 horas para notificarnos... luego de haberlo llamado varias veces. **Ahora, lo peor es que el problema pasó a ser el resultado, ‘el resultado patológico’ entregado así, sin más, como una bomba atómica** (como pensaba mi esposo que era...). **Una noticia así es un ‘shock’, una bomba atómica que hay que urgentemente detonar...***

Y ahí estaba yo, enloquecida, shockeada, con la conciencia anestesiada y sin poder pensar, buscando desesperadamente la solución... porque como era

avanzado era riesgoso y no había tiempo que perder...contra reloj...

El problema pasó a ser el embarazo, el cual había que desactivar, igual que una bomba...”.

*Traduzco, esto es como llevarse con ese resultado una bomba... si no existe junto con la entrega del resultado un equipo que asista y acompañe en la lectura y recepción de ese resultado... alguien que ofrezca opciones... que le permita a la mujer seguir con ese **vínculo de madre...** Que lo tiene, y que lo seguirá teniendo aún después de abortar... solo, que por estar en “shock” y presionada por un entorno eugenésico, donde todo parece relativo... ella puede ante la noticia “patológica” traumatizarse y perder la conexión... Creo que es para que lo sepa... Yo quedé “salpicada”... mi vida es un antes y un después...*

Con ese aborto, aborté mi vitalidad, sueños, proyectos, mis relaciones, con mis otros hijos, con mi esposo, con todo... Literalmente, enloquecí. Soy un fantasma... Puedo parecer viva, ¡¡¡pero no!!! Deambulo...

Soy una persona que sufre, sufre por no poder abrazar y besar a su gorda cromosómica... Daría todo por tenerla... Creo que falta a toda esta tecnología y avances científicos y médicos una mirada más humana... más amorosa.

Hay grupos que trabajan por esto... los provida. No les pido que lo hagan Uds., pero por ahí estaría bueno que ante la entrega de un resultado complicado, pudieran brindar cierto acompañamiento o asesoría en otras opciones... ya que los obstetras (por

lo menos en mi caso) andan con poco tiempo... o en fin, se llega a creer que la solución es dar fin a ese embarazo... pero con eso se multiplican los problemas... sobre todo para la mujer, que es quien queda con la responsabilidad de la decisión y el peso de sus consecuencias.

Yo... yo me ofrezco...

Viajaría adonde sea... y llevaría esas palabras que no tuve...

*Solo le pido eso... porque creo en su **poder** para proteger a esas madres...*

Gracias por haber leído hasta acá.

Relevamiento bibliográfico sobre las consecuencias del aborto¹

Lic. Myriam MITRECE DE IALORENZI

Aclaraciones preliminares

Según el *Diccionario de la Lengua Española* “abortar” significa:

1. Para la redacción del marco teórico se utilizó la siguiente bibliografía general complementaria: “Secuelas psíquicas del aborto”, en: www.aciprensa.com/aborto/aefectosp.htm; PAVÍA, M. C. (2000), “Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo”, Revista *Vida y Ética*, Año 1, nº 0; NEY, P. (1997), *Deeply damaged*, Victoria, Canadá, Pioneer Publishing.

1. Interrumpir la hembra, de forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el embarazo.
2. fig. Fracasarse, malograrse alguna empresa o proyecto.

Ambas acepciones, íntimamente ligadas, nos ponen en la evidencia de que en la interrupción de un embarazo, sea voluntaria o espontánea, siempre hay un fracaso, una pérdida, una frustración de algo que consecuentemente debería haberse conseguido y no fue así.

Por otra parte, para el abordaje de este tema partiremos de tres postulados, pues, si bien argumentar en favor de ellos excede a los fines de este trabajo, se encuentran suficiente y sólidamente fundamentados.

- a) El ser humano es persona desde su concepción.
- b) La persona humana es una unidad bio-psico-socio-espiritual contextuada.
- c) La respuesta de una persona es siempre y en gran medida dependiente de su temperamento, su historia, su contexto social y su libertad.

Las evidencias nos muestran que en el aborto hay una persona gravemente damnificada, el niño en gestación; quizás es necesario empezar a concientizar a la población de que no hay una sola sino al menos dos, y muy probablemente más personas dañadas seriamente.

El síndrome posaborto es “el conjunto de signos y síntomas que padecen las madres como consecuencia de la realización de un aborto”.² El SPA³ ha sido estudiado desde 1992. No está influenciado por factores culturales, sino por la naturaleza femenina, similar en todas las mujeres independientemente de su religión, etnia, nacionalidad o posición social.^{4, 5} Aún así, hay quienes discuten la existencia de tal síndrome aduciendo que su sintomatología no es lo suficientemente precisa como para realizar diagnósticos diferenciales respecto de la depresión u otros trastornos de ansiedad o que su incidencia no es suficientemente significativa.⁶

Más allá de estas controversias, se han encontrado vínculos entre el aborto y ciertas características del devenir psíquico de la mujer y sus allegados que no deben ser desestimadas y son merecedoras de un estudio profundo.

2. DE LA FUENTE, C. y DONDO, L., *Ser mujer. Aborto: saber y decidir*, Buenos Aires, El Autor, 2009.

3. RUE, V.; SPECKHARD, A. (1992), “Post-abortion Syndrome: an emerging public health concern”, *Journal of Social Issues*, 1992.

4. VERDIER, P. (1992), *El aborto y síndrome post-aborto en el Uruguay*. Congreso nacional sobre posaborto. Milwaukee, Wisconsin.

5. BOULIND, M.; EDWARDS, D. (2010), “The Assessment and Treatment of Post Abortion Syndrome: Systematic case Study From Southern Africa”, en *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, vol. 6, nº 4.

6. MAJOR, B. et al. (2000), *Psychological responses of women after first-trimester abortion*. Arch Gen Psychiatry.

Sentimientos que se ponen en juego. Lo subjetivo y lo objetivo

Duelo, culpabilidad y temor son los sentimientos básicos a los que se alude en la mayoría de los trabajos que ahondan en la temática de la mujer que aborta.⁷

Duelo

El duelo es el sentimiento doloroso que surge ante el objeto (persona, vínculo o cosa querida) que se ha perdido. Como ya hemos dicho, en el concepto mismo de aborto está incluido el de pérdida, y por lo tanto de duelo.

Todo duelo requiere de una elaboración psíquica de aceptación y resignificación de la pérdida. Se facilita cuando hay evidencia física de lo perdido, ausencia de culpa y convicción de “cerrar el ejercicio con las deudas saldadas”.

Esta necesaria elaboración, concerniente a todo duelo, es entorpecida en el caso del aborto voluntario, en tanto la pérdida del vínculo afectivo único se da por voluntad explícita o incapacidad de defenderlo por parte del sujeto encargado de su custodia.

7. Ver DE LA FUENTE, C., ob. cit.

Es por lo tanto el duelo por aborto voluntario un duelo difícil de elaborar y susceptible de transformarse en duelo patológico.

Los duelos patológicos se caracterizan por cansancio excesivo sin causa aparente, apatía, irritabilidad desmedida y dolores físicos de distinto tipo.

Culpabilidad

Es un sentimiento reactivo normalmente consecuente a la violación del orden natural, haya o no violación del orden social.

La culpabilidad no está en todos los casos necesariamente unida a la culpa: puede existir culpa sin culpabilidad (psicopatías) del mismo modo que culpabilidad sin culpa (neurosis). Dependerá de las características psicológicas del sujeto, su modalidad defensiva frente a los conflictos intra- o extrapsíquicos, su contexto sociocultural y su historia personal y familiar.

La culpa dependerá del grado de consentimiento y adhesión voluntaria del acto cometido. No corresponde al propósito de este trabajo ahondar en este tema.

En el aborto voluntario frecuentemente se suele visualizar la manifestación de culpabilidad a través de comportamientos autodestructivos, temor a recibir castigo y visión pesimista de la vida.

Temor

Con el consentimiento o la participación en la destrucción de la propia descendencia se rompe el canal natural de regulación del impulso agresivo. Un *quantum* normal de agresividad, en sentido amplio, puede otorgar dinamismo a la existencia, pero cuando esa agresividad escapa de control y se vuelve inmanejable convirtiéndose en perniciosa para sí mismo o para los demás, sobrevienen el temor y la angustia.

Este temor a la propia agresividad se suele manifestar en la evitación frente a situaciones que puedan despertarla, soportando situaciones de sometimiento.

Características personales previas

Se han evidenciado características en común de mujeres que han abortado, a saber: carencia importante de afecto, historia personal o familiar de maltrato y marcada baja autoestima.

Más allá de las características previas, se han podido evidenciar consecuencias semejantes posaborto, ya sea inmediatamente de ocurrido el hecho (dentro del primer año) o luego de transcurridos varios años.

Consecuencias psicológicas inmediatas⁸

Luego del posaborto inmediato es frecuente que las pacientes presenten sentimientos de incompletud, vacío y malestar. Esta sintomatología suele asemejarse a los casos más profundos de depresión posparto coexistente con sensación de liberación de una pesada carga (reacción de huida).

Alteraciones en el apetito, en el deseo sexual y el sueño (pesadillas, sobresaltos y sueño interrumpido).

Consecuencias psicológicas mediatas

El *stress* postraumático ha sido estudiado con víctimas de accidentes, atentados, guerras, secuestros. Se caracteriza por la tríada:

- Hiperexcitación (respuestas exageradamente sobresaltadas, irritabilidad y ataques de ira injustificados; la persona se halla en permanente alerta frente a amenazas de peligro, dificultad para concentrarse e hipervigilancia).
- Intrusión (reviviscencia del hecho traumático involuntaria e inesperadamente, pensamientos recurrentes, *flashbacks*, síndrome del aniversario).

8. PAVÍA, C., ob. cit.

- Constricción (parálisis de recursos emocionales y desarrollo de patrones de conducta de evitación de los estímulos asociados al trauma, negación, amnesia, abandono de las relaciones que tuvieron que ver con el hecho, poco interés por actividades que antes eran placenteras y compensaciones reivindicatorias ligadas a la racionalización).

Las mujeres que han realizado, consentido o padecido abortos presentan trastornos que podrían considerarse dentro de esta categoría nosológica.⁹ Por otra parte, se asocia también con depresión, disfunciones sexuales, aumento de suicidios, planeamientos e intentos suicidas, abuso de alcohol y drogas, desórdenes alimenticios, embarazos de “sustitución o reemplazo”, conductas violentas hacia los niños, divorcio y problemas crónicos de relación, abortos “a repetición”.

Pero estas consecuencias mediatas no se restringen solo a la mujer que ha abortado, sino que pueden llegar a expandirse a otros allegados, hayan estado implicados o no al momento de ocurrir el hecho, hayan sido o no partícipes de la decisión.

9. HERMAN (1992), *Trauma and Recovery*, Nueva York, Basic Books, 34.

Se han narrado signos y síntomas comunes en estos sujetos, de modo tal que puede hablarse de la existencia de un “síndrome de los sobrevivientes”.

“El síndrome de los sobrevivientes” y otros afectados

En principio es necesario diferenciar los distintos tipos de sobrevivientes:

- Sobrevivientes propiamente dichos: los niños que “no deberían haber nacido” (aquellos embriones o fetos que han sobrevivido tras el intento o intención de aborto).
- Afectados no nacidos aún al ocurrir el hecho: los niños reemplazantes de hermanos abortados.
- Afectados partícipes o no en la toma de decisión: familiares, pareja, amigos.

En los dos primeros grupos se observa un incremento de la culpabilidad y angustia existencial normal, frecuencia de ataques ansiosos y falta de confianza en sí mismo y en los demás.

En el tercer grupo los síntomas varían según la posición adoptada por el allegado al momento del aborto. De todas maneras es frecuente la instalación de una connivencia pseudosecreta que desencadena en un secreto patógeno con instalación de un tema tabú. En la mayoría de los casos el vínculo interpersonal sufre un cambio importante.

Posibilidades de superación

Así como fue dicho en un comienzo, la respuesta de una persona es siempre y en gran medida dependiente de su temperamento, su historia, su contexto social y su libertad. La posibilidad de superación del aborto, desde el punto de vista psicológico, no escapa a esta regla general.

Profesionales especializados en la atención de mujeres que padecen síndrome posaborto han basado su terapia en lo que ha sido llamado “5 R”:

- Rehumanización de la mujer (permitirle y que se permita recuperar el sentimiento de dolor).
- Rehumanización del bebé (permitirle y que se permita nombrarlo).
- Resignificación del vínculo (permitirle y que se permita convertirse en madre).
- Reconciliación (permitirle y que se permita pedir y aceptar el perdón).
- Reparación por el daño causado (reparación sustitutiva dedicándose a la ayuda de mujeres que han pasado o están en riesgo de pasar por situaciones semejantes).

Estado actual de las investigaciones

El desarrollo de las neurociencias está permitiendo cada vez más el estudio diferencial de los cerebros masculinos y femeninos *in vivo*.

El cerebro femenino y sus circuitos se transforman en “cerebro materno” desde el momento en que su hijo es concebido.¹⁰ El cerebro de la mujer es inundado por neurohormonas del feto y la placenta.¹¹

Cuando se produce un aborto espontáneo, se realiza un corte del estado mental propio de la gestación. Cuando el aborto es voluntario, deja una marca de estrés más fuerte que el golpe de separación natural.

Se ha descrito que el aborto de repetición que parece poder producir acostumbamiento, no pocas veces termina en suicidio. [...] No puede haber una violencia mayor contra una mujer que cortarle, o cortar ella voluntariamente, un vínculo natural tan fuerte como es un embarazo.¹²

Normalmente, las mujeres experimentan emociones en gran medida en relación con otras personas: lo que más moviliza a las mujeres son los vínculos. Suelen ser más personales e interpersonales que los

10. BRIZENDINE, L. (2007), *El cerebro femenino*, Editorial del Nuevo Extremo, Buenos Aires.

11. SOLDIN, O. *et al.* (2005), “Steroid hormone levels in pregnancy and one year post partum using isotope dilution tandem mass spectrometry”, *Fertil Steril* 84(3): 701-10.

12. LÓPEZ MORATALLA, N., “El aborto provocado es un drama para el cerebro de la mujer”, en: <http://www.fluvium.org/textos/vidahumana/vid206.htm>. Consultado en octubre de 2013.

varones porque tienen mayor cantidad de circuitos permanentes para los vínculos con los demás. La relación de una mujer con su bebé es una de las más poderosas de todas, tanto si se da cuenta de ello como si no. Los circuitos permanentes podrían explicar muchas perturbaciones de la mujeres respecto a los sentimientos posabortos.¹³

De todos modos, una de las mayores dificultades que se presentan a la hora de investigar las consecuencias del aborto, con grandes muestras, es que aquellas mujeres que se prestan a colaborar son generalmente las que han podido implementar más fuertes mecanismos de negación o de compensaciones reivindicatorias. Por esta razón muchos de los trabajos se han realizado a través del estudio retrospectivo de historias clínicas y censos de salud.

a) Consecuencias para la mujer

1. Asociación de aborto y adicción a drogas, tabaco y alcohol

- Se detectó aumento en el uso de drogas y alcohol en mujeres que sufrieron abortos provocados en

13. BIRGE VITZ, E. (2010), final del formulario “Women, Abortion, and the Brain”. Versión original en inglés en: <http://www.lifesitenews.com/ldn/2010/sep/10092105.html>. Consultado en octubre de 2013.

comparación con aquellas que sufrieron abortos espontáneos.¹⁴

- Las mujeres que abortan tienen el doble de probabilidades de convertirse en grandes fumadoras.¹⁵

2. Asociación de aborto y trastornos psíquicos

- Durante los dos meses posteriores al aborto, los investigadores hallaron que el 44% se quejaba de trastornos nerviosos, el 36% había sufrido alteraciones del sueño, el 31% tenía arrepentimientos por la decisión tomada y al 11% le habían prescrito fármacos psicotrópicos.¹⁶
- El aborto espontáneo o provocado produce estados depresivos con autolesiones manifiestas.¹⁷
- El aborto provocado ocasiona depresión, de acuerdo con los parámetros de ansiedad depresiva y estrés postraumático enunciados en el DSM IV 309-81-F43.1.¹⁸

14. COLEMAN, P. *et al.* (2005), *British Journal of Health Psychology* 10, 255-268.

15. LEVIN *et al.* (1980), "Association of induced abortion with subsequent pregnancy loss", *JAMA*, 243: 2495-2499.

16. ASHTON (1980), "The psychosocial outcome of induced abortion", *British Journal of Ob&Gyn*, 87: 1115-1112.

17. *Obstet Gyneco Survey* 2003, 58: 67-79 (Universidad de Carolina del Norte).

18. COULGLE, J. *et al.* (2005), *Journal of anxiety disorders*, 19: 137-142.

- Las mujeres que han padecido abortos provocados presentan fobias y estados panicosos hasta pasados 5 años del evento en mayor proporción que aquellas que han padecido abortos espontáneos.¹⁹
- Se han asociado al aborto provocado trastornos tales como falta de libido, de deseo sexual, anhedonia y malestar general.²⁰
- En el 45% de los casos de la muestra de mujeres que abortaron se han constatado psicosis esquizofreniforme de tipo breve (entidades que duran menos de 6 meses) antes de los 20 años del episodio.²¹
- Tendencia a ideación suicida con riesgo manifiesto en un período de 36 meses.²²
- Las mujeres que han abortado tienen más posibilidades de requerir internación psiquiátrica que las que no han hecho.²³

19. BROEN, A. N. et al. (2005), *BMCmed.* 3: 18. Universidad de Oslo, Noruega.

20. *Gynecol Obstet Invest.* (2002) 53:48-53, Pieleg Polozna.

21. BOTBOL, M. et al. (2006), "Psychoses à l'adolescence". *EMC- Elsevier. Psychiatrie / Pedopsychiatrie*, 37-215, vol. 123.

22. UCHMAN, M. (1981), "Anonymous Suicides". Informe del Consejo de la Ciudad de Cincinnati.

23. SOMERS, R. (1979), "Risk of admission to psychiatric institutions among danish women who experienced induced abortion. An analysis on national record linkage". *Public Health*, 2621B.

- Al menos un 19% de mujeres que han abortado padecen trastornos por estrés postraumático (PTSD).²⁴
- Entre un 30% y un 50% de las mujeres que han abortado declaran sufrir disfunciones sexuales (ausencia de placer en las relaciones sexuales, dolor, vida promiscua, aversión al sexo o a los hombres en general) con inicio en la época del aborto.²⁵
- Aproximadamente un 60% de mujeres que presentan secuelas posaborto dicen ser asaltadas por ideas suicidas. Un 28% intenta realmente suicidarse y la mitad de ellas lo han hecho en dos o más ocasiones. La tasa de suicidio dentro del año posterior al aborto es tres veces más alta que la tasa general femenina.²⁶
- Aproximadamente el 6% de los casos de ideación suicida podría estar relacionado con el aborto.²⁷

24. BARNARD, C. (1990), "The long-term psychological effects of abortion", Portsmouth, N. H. Institute of Pregnancy Loss.

25. SPECKHARD (1987), "Psycho-social stress following abortion", Sheed & Ward, Kansas City: MO.

26. GARFINKEL, B. (1986), "Stress, depression and suicide: a study of adolescents in Minnesota". Extension service. University of Minnesota.

27. MOTA, N. P. et al, (2010), "Associations Between Abortion, Mental Disorders and Suicidal Behavior in a Nationally Representative Sample", *The Canadian Journal of Psychiatry* 55(4): 239-246.

- Las adolescentes que abortan tienen más probabilidad de caer en depresión, ideaciones suicidas y otras enfermedades mentales que las mayores.²⁸

b) Consecuencias en la vida de los hijos posteriores

- Las mujeres que han abortado tienen el doble de probabilidad de abusar del alcohol, cinco más de tomar drogas ilegales y diez veces más probabilidades de fumar marihuana durante su primer embarazo a término que las mujeres que dan a luz en su primer embarazo. Este consumo supone un riesgo mayor de malformaciones, bajo peso al nacer y muerte de sus hijos.²⁹
- Se relaciona el aborto con altos índices de alcohol y drogas que pueden intensificarse con embarazos deseados posteriores, con el riesgo añadido de anomalías congénitas o muerte neonatal.³⁰

28. FERGUSSON (2006), *Journal of child psychology and psychiatry*. v. 47, nº 1, 16-24.

29. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. National Pregnancy and Health Survey (EEUU). Muestra: 2.613 mujeres.

30. COLEMAN, P. K. et al, "History of induced abortion in relation to substance during pregnancies carried to term". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Diciembre 2002, 187 (5).

- Las madres que han practicado un aborto previo tienen más posibilidades de dar a luz un bebé de menos de 28 semanas de gestación.³¹
- Las mujeres que abortan tienen el doble de probabilidades de tener partos prematuros (menos de 28 semanas) o tardíos (42 semanas).³²
- Las mujeres con historia de un aborto tienen un 99% más de probabilidad de ejercer abuso físico sobre sus hijos que las que no han tenido abortos.³³
- El aborto seguido de abuso de alcohol se vincula con conductas violentas, accidentes, divorcio y pérdida del empleo.³⁴
- El aborto se vincula con dificultad en establecer lazos afectivos positivos con hijos posteriores.³⁵

Conclusiones

Hemos encontrado que existen dos grandes dificultades para llevar adelante investigaciones sobre

31. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. Muestra: 2.837 nacimientos.

32. ZHOU, W. et al., "Induced abortion and subsequent pregnancy duration". *Obstetrics and Gynecology*, 94 (6): 948-953 (diciembre 1999).

33. COLEMAN, P. (2005), *Paediatrica* 94- Acta.

34. MORRISSEY et al. (1978), "Stressful life event and alcohol problems among seen t a detoxification center". *Journal of studies on alcohol*, 39 (9): 1159.

35. BENEDICT et al. (1985), "Maternal perinatal risk factors and child abuse". *Child abuse and neglect*, 9: 217-224.

consecuencias psicológicas del aborto, a saber: la primera, de índole intrínseca a las personas involucradas, sobre todo por las dificultades para poner al descubierto secretos guardados durante años ya sea por mecanismos defensivos inconscientes o por decisión personal.

Puesto que muchas mujeres tras un aborto recurren a la represión como mecanismo de defensa, puede darse un largo período de negación antes de que una mujer requiera tratamiento psiquiátrico. Estos sentimientos reprimidos son susceptibles de causar afecciones psicósomáticas y psiquiátricas o de conducta en otras facetas de la vida de la mujer. En consecuencia, algunos asesores informan del hecho de que la angustia (*distress*) por un aborto que no se quiere reconocer es lo que en realidad subyace en muchas de sus pacientes, incluso aunque se hayan dirigido a ellos en demanda de terapias para problemas que aparentemente nada tienen que ver con ellos.³⁶

El segundo obstáculo es extrínseco a los involucrados pero inherente al tema, dado que resulta dificultoso encontrar acuerdos entre investigadores que parten de concepciones antropológicas diferentes. Se suman a estas los intereses económicos e

36. KENT, *et al.*, "Bereavement in post-abortive women: a clinical report", *World Journal of Psychosynthesis* (autumn-winter 1981), vol. 13, nº 3-4. Citado en: <http://www.4abortion.net/psicolog.htm>.

ideológicos que inhiben el desarrollo y la difusión de investigaciones serias sobre el tema. De todos modos, las asociaciones encontradas entre aborto y trastornos psicopatológicos nos indican que es necesario e importante seguir indagando a través de estudios longitudinales.

Índice

Nota preliminar	7
Distintas miradas sobre el aborto y sus consecuencias	9
El aborto, aspectos bioéticos	
Dra. Zelmira BOTTINI DE REY.....	11
Aborto, derecho a la vida y relacionalidad	
Dr. Nicolás LAFERRIERE.....	19
Mirada desde la mujer	
Lic. Carolina DE LA FUENTE	25
El aborto y sus consecuencias	
Dra. Viviana DUARTE DE MASSOT	31

**Cuestión de tiempo, duelo, perdón
y esperanza. Procesos psicológicos
posaborto**

Lic. M. Carolina PAVÍA..... 45

**Sanación y acompañamiento pastoral
en el trauma posaborto**

Lic. Ana LEVERMAN..... 61

**Relevamiento bibliográfico
sobre las consecuencias del aborto**

Lic. Myriam MITRECE DE IALORENZI 73