

ASPECTOS PSICOSEXUALES DEL ABORTO*

Dr. Carlos López Elizondo**

Introducción

Desde tiempos inmemoriales, el aborto ha constituido un problema puesto que toca un aspecto esencial de la vida humana: nada menos que la vida misma. De ahí que hayan surgido prolongadas y enconadas discusiones sobre este tema, especialmente desde el punto de vista de la moral.

Como afecta de manera muy importante a la mujer que lo sufre y a la sociedad a que ésta pertenece, es pertinente analizar tanto los aspectos psicológicos como los sociales, los morales y los legales —e incluso los políticos— porque, de lo contrario, nos quedaríamos en un análisis parcial y seguramente estéril.

En este trabajo, se hace énfasis especialmente en los aspectos clinicopsiquiátricos, aunque estos no puedan desprenderse de las implicaciones sociales, morales y legales. Si hacemos referencia a estos últimos es únicamente con el objeto de aclarar o subrayar los aspectos psicológicos, pero sin intentar asumir ninguna postura ideológica, ni favorecer una tendencia religiosa determinada.

En nuestra República las cifras estadísticas de muertes por abortos clandestinos son alarmantes. El hecho de que por este motivo se pierdan tantas vidas constituye por sí mismo un problema de salud pública; de ahí que no deban escatimarse esfuerzos para estudiarlo, entenderlo y resolverlo, o al menos para dedicarle suficiente atención.

Si consideramos que cuando interviene el trabajador de la salud en el aborto —independientemente de la forma en que lo haga y del adiestramiento que tenga— está participando en un acto solemne de salud pública y de salud mental, cabe esperar de éste que se atenga a la objetividad científica y a las obligaciones primarias de su papel que es precisamente el de trabajador de la salud.

Pese a que los psiquiatras en su labor cotidiana se topan frecuentemente con la problemática psicológica o la franca psicopatología, presentes en la mujer que aborta voluntariamente, es evidente que la literatura psiquiátrica sobre este tema es muy escasa. Por ejemplo, un texto como el de Freedman y Kaplan, que es casi la biblia para muchos psiquiatras, dedica apenas una página a este tema.

Para ilustrar lo anterior, bástenos citar al *American Journal of Psychiatry*, cuyo tiraje mensual es de 30 000 ejemplares, y que a lo largo de 10 años (1970-1980) únicamente ha publicado siete pequeños artículos intrascendentes sobre los aspectos psiquiátricos del aborto, no

obstante que se incluyen 50 o más artículos sobre otros temas de psiquiatría. Las razones para esto podrían ser las siguientes: los abortos clandestinos no se registran y las más de las veces no constan por escrito; en ocasiones, los problemas psiquiátricos de las mujeres que abortan son breves y relativamente de fácil manejo terapéutico; por otro lado, el aborto se engloba dentro de una psicopatología más amplia o más compleja que supone la intención principal de un artículo; y finalmente es posible —mera hipótesis— que no se aborde el tema porque en las últimas décadas ha sido muy controvertido desde el punto de vista legal y político.

Condiciones sociales y psicológicas que favorecen el embarazo prematrimonial

El que la joven soltera resulte embarazada parece ser más frecuente ahora de lo que era hace apenas tres décadas. El uso del “parece” es porque no se tiene un apoyo estadísticamente confiable, cuando menos en nuestro país. Por un lado, los embarazos prematrimoniales no se documentaban en épocas pasadas debido a que eran considerados ilícitos y todavía sigue siendo difícil registrarlos con fines estadísticos. Disponemos de cifras sobre el embarazo fuera del matrimonio en los Estados Unidos, sobre todo debido a las investigaciones practicadas en sus universidades; pero no disponemos, en cambio, más que de estadísticas muy parciales acerca de lo que ocurre en México. No hay —que yo sepa— ninguna cifra estadísticamente confiable sobre el embarazo fuera del matrimonio entre los jóvenes estudiantes de la UNAM, a pesar de que su población de 300 000 personas podría representar una muestra importante. Con base en los artículos publicados por el *American Journal of Psychiatry* entre los años 1970 y 1980, se deduce que los casos de embarazo entre las jóvenes universitarias estadounidenses son más frecuentes ahora de lo que eran en la década de los años 20; que actualmente ocurre a edades más tempranas y que, paradójicamente, este es el fenómeno que está presentándose con más frecuencia a pesar de la variedad creciente de métodos anticonceptivos, de la disponibilidad de éstos y de las campañas para difundir su uso realizadas en los ámbitos universitarios. La liberalización sexual, al menos entre los jóvenes universitarios de ciertas áreas de los Estados Unidos —el fenómeno no puede generalizarse— es más compleja de lo que habían supuesto los sociólogos, los psiquiatras y los especialistas en medicina preventiva.

También disponemos de información acerca de Suecia, y seguramente la habrá de otros países, pero en relación a México, no podemos dar ninguna imagen estadística sobre el problema. Sin embargo, podemos señalar que de la observación en la práctica clínica cotidiana en el

*Leído en el Curso “Sexología para el Médico General”, organizado por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, México, D.F., mayo 1980.

**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.

Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, se desprende que la vida sexual activa es más frecuente entre las jóvenes que asisten a consulta de lo que era en décadas pasadas, aunque sin pasar por alto que se trata de estudiantes que acuden a consulta por causas psiquiátricas, lo cual ya establece una diferencia importante con la población general. No es frecuente, en cambio, observar embarazos —excepto en contadas ocasiones— en esa misma población.

Desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico, se pueden hacer varias observaciones tanto acerca de la etapa inicial de las relaciones sexuales, como de la eventual ocurrencia del embarazo.

El nivel socioeconómico a que pertenece la población universitaria que atendemos generalmente queda ubicado entre las clases media baja y media media. Es poco frecuente que los individuos que provienen de clase baja o alta sean universitarios, aunque —claro está— puede darse el caso. Lo que lleva a las jóvenes a iniciar la vida sexual más o menos tempranamente (entre los 17 y los 23 años), además de las urgencias biológicas naturales, lo hemos entendido de la forma siguiente: en ocasiones esto representa un acto de rebeldía o una afirmación de la liberalización de una norma cultural que los jóvenes estiman ya obsoleta; me refiero a la de privarse de iniciar la vida sexual antes del matrimonio, de acuerdo al deseo y a la expectativa de los padres. Otras veces se da el fenómeno como una exposición de inmadurez emocional o simple y llanamente, de ignorancia: la adolescente o la joven inicia inocentemente su vida sexual activa sin estar muy consciente de que está expuesta al embarazo; o está consciente, pero lo niega a nivel inconsciente, como un mecanismo grave de defensa. El inicio de la vida sexual se da a veces en muchachas inmaduras, dependientes, de inteligencia roma, a las que el novio les exige una “prueba de amor”. El mecanismo es más complejo cuando se trata de jóvenes muy solas y muy atemorizadas frente a la vida, y que no buscan las relaciones sexuales como fin, sino como un medio de atenuar sus sentimientos de soledad y desamparo.

Se puede tratar también de una manipulación en la que la intimidad sexual y el embarazo se usen para retener al novio, que de otra manera podría evadirse. Excepcionalmente, el inicio de las relaciones sexuales y el embarazo puede usarse consciente o inconscientemente para salir de una situación familiar insostenible, ya sea que se trate de un caso de explotación, maltrato u opresión de los padres o del núcleo familiar como un todo.

Con respecto al embarazo, tanto la revisión bibliográfica como las observaciones clínicas directas, nos proporcionan la siguiente información: el embarazo puede ocurrir entre otras causas, por accidente, en aquellas jóvenes que se atienen solamente al “ritmo” como método anticonceptivo —cuando éste falla por análisis defec-tuoso de sus ciclos o porque haya variado el tiempo de la ovulación, porque la joven se resista a usar cualquier método anticonceptivo por temor o por principios de orden religioso o moral; cuando el embarazo se ha deseado inconscientemente, ya que representa una confirmación de la femineidad o porque la joven se ajuste a los viejos moldes transmitidos por la familia (generalmente por la madre); por la intención, generalmente inconsciente, de agresión, venganza o desquite hacia el compañero sexual por quien se siente ultrajada, ofendida o “usada”. Además, como antes se señaló, cuando el embarazo se busca como medio de retener al compañero o de huir de una situación familiar insostenible.

En resumen, las motivaciones para iniciar la vida se-

xual y como resultado, el embarazo, varían de caso a caso y deben entenderse dentro de un contexto cultural psicodinámico o psicopatológico individual. Siempre es necesaria la dimensión del inconsciente para entender cada caso particular, sobre todo aquéllos en que son tan absurdas las situaciones en que ocurren ciertos embarazos.

Condiciones socioeconómicas y psicológicas del embarazo no deseado en la mujer casada

Al analizar la problemática y las motivaciones del embarazo no deseado en la mujer casada, es necesario variar nuestro enfoque clínico, ya que en este caso, las razones y circunstancias son muy distintas de las de la joven soltera.

Cuando no había políticas de planificación familiar —y aun ahora que existen, pero que no llegan al grueso de la población o no resultan eficaces— se daba el caso de que una mujer tuviera un sinnúmero de embarazos durante la época fértil de su vida, hasta llegar al punto de fatigarse, partiendo del supuesto de que tarde o temprano una mujer común se fatiga de tener hijos.

Llega un momento en que no se desea un nuevo embarazo (en ocasiones no lo desea ninguno de los miembros de la pareja), por lo que la mujer entra en un estado de angustia, de desesperación y, muchas veces, de depresión. Su vida sexual puede ser normal y el ajuste conyugal satisfactorio, pero no se desea el embarazo debido al desgaste biológico y a la situación económica que puede ser ya precaria y que lo será aún más con un nuevo hijo, o debido a que la mujer ve con aprensión una cadena de nuevas tareas que éste le impondrá. Es así como llega la mujer angustiada y deprimida, con una petición implícita o explícita para que se le ayude a abortar. Resulta evidente que a veces el embarazo es el resultado de su pasividad, de su ignorancia, del hecho de no haber usado métodos anticonceptivos o de haberlos usado mal y, en ocasiones, de su intención de retener al marido, aunque después se arrepienta al darse cuenta de su realidad.

Aquí vuelve a ponerse a prueba la objetividad del médico en cuanto a la base científica de su profesión y a su papel positivo como trabajador de la salud, tanto en los aspectos preventivos como en los curativos.

La situación psicológica de la mujer embarazada prematrimonialmente

La joven que resulta embarazada fuera del matrimonio, generalmente se angustia. Los motivos de esta angustia resultan monótonamente los mismos en la práctica clínica cotidiana: porque las más de las veces depende económica y emocionalmente de su familia y generalmente su compañero sexual también es dependiente e improductivo; porque el embarazo puede interrumpir o dar al traste con sus estudios; porque no puede planear adecuadamente su papel de madre; porque ha transgredido una norma familiar y social; porque espera la crítica y la reprobación de su ambiente inmediato y porque —en suma— no deseaba ese embarazo. En estas circunstancias y desde el punto de vista psiquiátrico, generalmente observamos un cuadro de angustia de mayor o menor gravedad, acompañado de elementos depresivos más o menos severos. No es necesario describir el cuadro clínico, bien conocido de los médicos cualquiera que sea su especialidad. Debemos señalar que la vivencia de vergüenza-culpa es muy intensa y a veces puede haber ideación o intención suicida que debe manejarse con toda seriedad desde el punto de vista terapéutico, hospitalizando a la paciente en casos extremos. ¿Qué podemos hacer frente a esta an-

gustia o depresión reactiva? En primer lugar, acoger de manera afectuosa y protectora a la joven en desgracia, y después, manejar inmediata y congruentemente todos los recursos farmacológicos y psicoterapéuticos de utilidad en estos estados; sin embargo, los resultados pueden ser pobres o apenas medianos. A no ser que se decida seguir con el embarazo hasta su término, el recurso más eficaz, al menos en los países en los que el aborto está legalizado, es la recomendación específica de provocarse un aborto en los casos en los que éste sea pertinente. Esta sería la solución radical del problema aún estando conscientes de que la realidad de nuestro país es otra. Desde luego debemos informarnos acerca de si la joven o la pareja está tratando de provocar un aborto clandestino, en cuyo caso la conducta terapéutica quedará bajo la responsabilidad del médico de acuerdo con su ideología, su experiencia y su moral. Todas las fuentes que consultamos estuvieron de acuerdo en este punto, aunque a la postre, la decisión de abortar le concierne esencialmente a la mujer embarazada.

Cuadros psiquiátricos comunes después del aborto espontáneo

Hasta ahora nos hemos ocupado del aborto provocado, legalizado o clandestino; pero resulta que también se observan cuadros psiquiátricos en las mujeres que abortan espontáneamente, ya sea de manera excepcional, esporádica o repetitiva. Desde el punto de vista psicodinámico más elemental, la mujer experimenta el aborto espontáneo como una pérdida del objeto amado, porque ya ha establecido ligas amorosas con el producto que está gestando, al que considera como algo suyo muy amado.

Ya Abraham, desde 1911, y Freud, en 1923, hicieron un planteamiento del proceso de duelo, que es el que se presenta ordinariamente después de un aborto espontáneo (sin que esto implique que no se presente en el provocado), en el que la mujer primero se sorprende, después se enoja, llora y acaba por consolarse, para finalmente recuperar su equilibrio emocional. Este proceso toma de 4 a 6 semanas y generalmente se resuelve satisfactoriamente; a veces, en cambio, la mujer no se sobrepone a su duelo y se deprime. Entonces hay que tratarla con los recursos acostumbrados para la depresión: farmacoterapia y psicoterapia. También es frecuente que la mujer se sienta culpable por motivos inconscientes después de abortar. El aborto repetitivo produce una reacción de desesperanza y tristeza y, a veces, de franca depresión. Estas situaciones generalmente las trata el ginecobstetra y sólo por excepción llegan a la consulta o a la atención psiquiátrica, y cuando esto ocurre, es porque la reacción es anormalmente intensa, por lo que deben tratarse con los recursos indicados para las depresiones graves.

Cuadros clínicos psiquiátricos comunes que preceden y siguen al aborto provocado, legal o ilegal

Señalamos ya la situación de angustia, desesperación y depresión, por la que pasa la joven que resulta embarazada fuera del matrimonio. Cuando se decide por el aborto legal, se reduce la ansiedad, pero subsiste el miedo y los componentes de culpa-vergüenza. Una vez practicado el aborto, el cuadro emocional se resuelve casi siempre sin necesidad de mayores recursos psicológicos. Cuando se ha resuelto la causa de la angustia, ésta cesa; sin embargo, si existe psicopatología subyacente, puede presentarse duelo prolongado o franca depresión, que debe

atenderse de inmediato. También sería deseable una psicoterapia superficial breve.

En la etapa postaborto, las mujeres generalmente no acuden al psiquiatra. Muchos autores están de acuerdo en que si se trata de mujeres mentalmente sanas, la regla es que vuelvan a la normalidad o al equilibrio emocional sin ayuda psiquiátrica.

Consecuencias de la legalización del aborto en salud pública y salud mental

Por más que mi intención se limite a tratar los aspectos psicosexuales del aborto en su sentido clínico, no puede dejar de tocarse el aspecto de su legalización por la manera en que ésta afecta o cambia los planes, metas y logros de los programas de salud pública y de salud mental. Esta alternativa no existe en nuestro país debido a que las leyes son actualmente diferentes a las de otros países.

Los datos que se dan a continuación provienen de los siete artículos consultados en el *American Journal of Psychiatry* y que aparecieron en esa publicación entre los años de 1970 y 1980. Merece la pena citar por separado a Magda Denes por la originalidad de su artículo "Practicando Abortos", publicado en *Reflections*, 1977.

La incidencia de embarazos sigue creciendo entre la población joven, independientemente de la legalización del aborto. La posibilidad de practicar legalmente un aborto por manos expertas, bajo condiciones médicas adecuadas, sería la solución a los cuadros psiquiátricos comunes arriba descritos; cuadros de angustia o depresión con riesgo de suicidio, de culpa-vergüenza o de reacción de duelo no resuelto.

Al menos desde el punto de vista psiquiátrico convencional, resulta que agregando un factor nuevo —la legalización del aborto— se cambian radicalmente la problemática, las estrategias terapéuticas y la propia filosofía del psiquiatra en ejercicio activo. Esto lo debemos presentar como un hecho ineludible ante el más elemental escrutinio lógico.

Manejo farmacológico y psicológico de la mujer que aborta

Cuando se trata de un aborto espontáneo aislado, en el que la mujer reacciona con una sensación de luto o duelo que se estima normal, todo lo que necesita es psicoterapia superficial de apoyo mientras atraviesa por este proceso. Si no hay diagnóstico clínico de depresión, no es necesario usar antidepresivos; en cambio, si se trata de abortos espontáneos repetidos que la hayan deprimido o la tengan en conflicto, requerirá de antidepresivos, habitualmente tricíclicos, quizá ansiolíticos, y de un hipnótico, si tiene problemas de insomnio.

La joven que se somete a un aborto por su propia voluntad necesita psicoterapia de apoyo, pero si está deprimida, deberá administrársele medicación antidepresiva y ansiolítica. Ya se señaló que es frecuente que las pacientes no regresen a consulta una vez que han abortado, aunque sería de gran utilidad que lo hicieran para poder hablar acerca de su conflictiva vital, de sus problemas caracterológicos conductuales y de sus relaciones interpersonales pero, sobre todo, para prevenir los conflictos que pudieran ocasionarse por un nuevo embarazo. Algunas veces la psicoterapia tiene que ser técnicamente rigurosa, incluso interpretativa, especialmente cuando existen

severos problemas de inmadurez o el embarazo no buscado ocurre en una mujer que sufre de neurosis o es psicótica.

Entre los autores consultados hay uniformidad de criterio en el sentido de que la incidencia del cuadro psiquiátrico grave en mujeres cuyo aborto es provocado es relativamente escasa.

Conflictos psicológicos del médico y otros miembros del equipo de salud que practican el aborto

Valdría la pena referirnos de nuevo al artículo de la Dra. Magda Denes, quien es una emigrada húngara que vive en los Estados Unidos y está dedicada a la práctica del psicoanálisis. En alguna ocasión visitó un hospital de Nueva York en donde se practica el aborto legal.

Uno de los médicos que entrevistó le informó que entre él y cuatro médicos más habían practicado 9 000 abortos (1977). Tuvo la oportunidad de presenciar la técnica de inyección salina en el saco amniótico a una joven de 17 años y relata vívidamente la angustia y el miedo experimentados por una niña de 12 años que había sido embarazada por su tío-tutor. Resume las entrevistas que les hizo a los cinco médicos del servicio acerca de sus propios conflictos morales relacionados con ese tipo específico de trabajo. Parece ser que en un principio todos tuvieron

escrúpulos de conciencia, pero después se guiaron por una ética personal, no religiosa, que les ha permitido ayudar a un gran número de adolescentes y jóvenes que se encontraban embarazadas sin quererlo ni estar preparadas para ello.

El hecho es que tanto el médico como sus colaboradores trabajan bajo una intensa tensión emocional debido a que deben pasar por un proceso moral e ideológico muy difícil.

Prevención de las complicaciones psiquiátricas del aborto

Lo ideal sería no tener que recurrir al aborto, pero como en muchos otros casos de salud pública y de salud mental, la prevención no depende de la medicina, sino de la economía, la educación, las leyes o la política.

En un ambiente de pobreza, promiscuidad e ignorancia es más factible que haya casos de embarazo prematrimonial, y la única manera de evitarlo sería promoviendo programas de vivienda, saneamiento y educación y creando un mayor número de empleos.

La educación sexual y la difusión de los métodos anticonceptivos no parecen haber dado buenos resultados en la prevención del embarazo fuera del matrimonio y, como consecuencia, del aborto, que es el resultado de este problema.

REFERENCIAS

1. ABERNATHY V Y COLS.: Identification of women at risk for unwanted pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 132(10):1027-1032, octubre 1975.
2. BIELE M: Unwanted pregnancy symptom of depressive practice, *Am. Journal of Psychiatry*, 128(6):745-755, diciembre 1979.
3. CORNEY RT, HORTON FT: Pathological grief following spontaneous abortion. *American Journal of Psychiatry*, 131(7):825-827, julio 1974.
4. DENES M: Performing Abortions, *Reflections*, Merck, Sharp & Dohme, 12(5):1-13, 1977.
5. EWING JA, ROUSE BA: Therapeutic abortion and a prior psychiatric history. *American Journal of Psychiatry*, 130(1):37-41, enero 1973.
6. KANE Y COLS.: Motivational factors in abortion patients. *American Journal of Psychiatry*, 130(3):290-294, marzo 1973.
7. KLEIN HR: Obstetrical and gynecological disorders, abortion. En: Freedman y Kaplan, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams & Wilkins Co., 1076-1085, Baltimore 1967.
8. MORRISON FRIEDMAN C: Unwed motherhood: A continuing problem. *American Journal of Psychiatry*, 129(1):85-89, julio 1972.
9. MORRISON FRIEDMAN C: Making abortion consultation therapeutic. *American Journal of Psychiatry*, 130(11):1257-1262, noviembre 1973.
10. NOWLTON R: Some effects of the new feminism. *American Journal of Psychiatry*, 134(1):21-25, enero 1977.