

Consecuencias Psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo

Búsqueda de indicadores objetivos en el psicodiagnóstico de Rorschach 1

Trabajo de investigación
Li. María Carolina Pavia

Licenciada en Psicología Clínica en Infanto- Juvenil y Laboral, Investigadora y Profesora Asistente del Magister en Ética Biomédica del Instituto de Ética Biomédica de la Universidad Católica Argentina. Egresada del IIPL-CARR- International Institute for Pregnancy Los and Child Abuse Research and Recovery, Victoria (Cánada).

Key Words

Aborto, mujer, desarrollo de personalidad, consecuencias psicológicas, PAS, trauma psíquico, PTSD, duelo patológico, vínculo materno-fetal, depresión, bioética.

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objeto estudiar las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo (no más de un mes del evento). Las consecuencias a largo plazo se encuentran descritas en la literatura internacional, principalmente, bajo el PAS (Post-abortion syndrome): cuadro cínico que se observa en las mujeres que han tenido un aborto. Frecuentemente, se lo relaciona con las secuelas del aborto provocado, sin embargo hay síntomas comunes con el aborto espontáneo. Porque en nuestro medio no se cuentan con estudios de este tipo, realizamos un trabajo de campo. Conformamos dos muestras: abortos (n=52) y control (n=36). En una segunda aproximación, subdividimos la primera en: provocados (n=19) y espontáneos (n=33). Aplicamos el test de Rorschach, seleccionando los indicadores que consideramos relacionados con el objeto de estudio, según la Escuela Argentina de Rorschach (Passalacqua, A, et alter, 1994). Aplicamos el criterio de diferencias significativas a los datos. Obtuvimos tales diferencias en ambos niveles de estudio, aunque en el segundo observamos condiciones semejantes. Elaboramos perfiles psicológicos para cada una de las muestras. Hallamos útiles relaciones con los conceptos teóricos, y finalmente, realizamos una lectura bioética como conclusión de fondo de los hechos analizados.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la comunidad científica (Rue-Speckhard, 1992, Ney-Wickett, 1997, Cassadei, 1996, Ney, 1989, entre otros) ya ha dado a conocer la existencia de consecuencias psicológicas del aborto en la mujer. Sus síntomas se han reunido bajo las siglas PAS, originarias del inglés y que remiten al Síndrome Post-Aborto (Post-abortion syndrome). Fueron Rue, Speckhard y sus colaboradores quienes en 1992 describieron y sistematizaron la sintomatología del PAS, dándole a conocer al mundo científico y abriendo una línea de trabajo que daría lugar a otros nuevos (Ney-Wickett, 1997, Agich, 1996, Cassadei, 1996, Sutton, 1997, entre otros).

Las consecuencias psicológicas del aborto son reconocidas también por autores del área de la fertilización asistida, diagnóstico prenatal y eugenesia y aborto terapéutico. Profesionales que se dedican a tales tareas recomiendan, paradójicamente, un tratamiento y seguimiento de los pacientes (madre y padre) luego de realizar un aborto con fines eugenésicos como práctica resultante de un diagnóstico prenatal, debido a la "presión psicológica y las consecuencias" implicadas, en la decisión de abortar (Tedgard, 1998). Asimismo, dese la práctica de la fertilización asistida, sostienen que la embrioreducción resulta dolorosa y acarrea sentimientos de culpa y que luego de los

cuatro meses del parto algunas pacientes manifiestan malestar psicológico en relación con la reducción realizada y otras deciden no continuar con los estudios para no revivir su sufrimiento (Garel et al., 1995). Finalmente, un estudio realizado en torno al aborto terapéutico (Rosenfeld, 1992) reportó que si bien la etapa inmediatamente seguida al aborto la mayoría de las mujeres observaba un alivio y reacciones positivas, otras observaron sentimientos de ambivalencia y culpa, y que de todos modos la respuesta emocional de la mujer y de su familia frente al aborto resultó complicada.

Es decir, la existencia de las secuelas no queda supeditada a una ideología pro-vida o contra de ella. Resulta innecesario el reconocimiento básico de la existencia de una vida humana que muere para validar científicamente el PAS. Esto, pues los síntomas son observables e identificables por cualquier persona que esté adecuadamente capacitada y entrenada para ella, no dependiendo de la base antropológica que el observador posea.

Otro ámbito en el que se reconocen secuelas psicológicas negativas posteriormente al aborto es aquél del equipo médico y del personal auxiliar que se dedica a la clínica abortista. Estas consecuencias se han comenzado a estudiar años atrás y se continúan profundizando (Ney, 1997), de modo de alcanzar las necesarias características de validación científica.

Si bien tales secuelas superan el estudio con respecto a la mujer, proveen datos que nos permiten ampliar y ratificar la existencia de los efectos psicológicos del aborto. Además, amplía esto el campo del objeto de estudio y abre la óptica de los efectos mencionados.

Concluyendo, es irrefutable desde la ciencia la existencia del cuadro clínico mencionado. Otra es la cuestión, si para no reconocer o no querer validar su existencia por intereses creados o por ideología, se introduce la variable antropológica.

MARCO DEL OBJETO DE ESTUDIO

Ahora bien, aún cuando no es indispensable abordar la cuestión ontológica y antropológica del tema, el presente trabajo reconoce la existencia de una vida naciente que muere en el proceso del aborto.

Una vez más, la ciencia misma es quien nos provee de los instrumentos necesarios para confirmar la presencia de una vida humana desde el momento de la concepción. La Biología, la Embriología y la Biogenética aportan los datos suficientes para ello (Lejeune, 1986, Santos Ruiz, 1987, Peeters, 1994, Curtis-Barnes, 1996, Bosch, 1999-inédito).

Más allá de las discusiones reinantes actualmente acerca de su humanidad antes del día 14, iniciadas y plasmadas años atrás en informes internacionales (Informe Warnock, 1984), no cabe duda de que: "Los conocimientos sobre la aparición de un nuevo ser humano están hoy día apoyados por bases biológicas, embriológicas y genéticas e incluso médicas, que pertenecen al acervo científico común. Cada individuo tiene un comienzo selectivo que es el momento de la concepción. (...) La fecundación del óvulo por el espermatozoide, señala, por tanto, el momento en que el ser humano comienza a existir. Carece de sentido, datar el inicio de la existencia de una persona humana en algún momento posterior. En realidad, el único cambio decisivo se produce en la fertilización, que da lugar a un nuevo ser; la biología y la embriología lo afirman categóricamente. Es tan firme el conocimiento de los hechos básicos que, como indica López García, con todo rigor científico puede afirmarse que los datos, que en adelante se descubran, no cambiarán el concepto actual acerca del comienzo de la existencia del ser vivo, por mucho que se logre matizar la cronología del fenómeno biológico"².

En cuanto a la conceptualización ontológica de tal vida humana, no corresponde a la ciencia dar respuesta al tema, pues es esta una cuestión filosófico-teológica y moral (Basso, 1991).

Por un lado, la ciencia nos permite reconocer al óvulo fecundado como una vida humana individual, con características propias, singulares, diferente de la de los gametos originarios. Estamos, entonces, frente a un ser humano en acto aunque en desarrollo. (Basso, 1991). Por otro, desde la filosofía podemos distinguir tres niveles en la persona humana, lo cual brinda herramientas para aclarar la cuestión ontológica planteada. Estos tres niveles son: a) operaciones o actividades, b) potencias o capacidades de obrar, y c) “primer ser” o sujeto (first being) (Carrasco de Paula, 1990). Afirmamos la condición personal y de sujeto del embrión humano pues la persona humana está en los tres niveles, pero lo más importante es ese sujeto, ese primer ser que permanece en todos los momentos de la existencia, tenga o no estas facultades y las ejerza o no (Callagher, 1985).

DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Podemos abordar el tema del aborto desde diferentes lecturas: biológica, médica, psiquiátrica, psicológica, social, filosófica, ética y teológica. En el presente trabajo nos ocupamos de la óptica psiquiátrico-psicológica, ya que es de nuestro interés el rastillaje de lo observado y conceptualizado hasta el momento sobre lo que sucede en la personalidad de la mujer que aborta, profundizando tanto los sucesos que se dan para que llegue a abortar como sus fenómenos consecuentes.

La importancia dada al estudio psicológico del tema, se desprende de la necesidad de indagar acerca del correlato psíquico del hecho biológico y médico del aborto, ya que suele ser este último el que mayor alcance o difusión posee en la comunidad científica. Es nuestro objetivo completar la información a ser difundida de modo de evitar la parcialidad en el tratamiento integral del objeto de estudio.

Etimológicamente, la acepción del término aborto nos remite a la idea de interrupción de un proceso. El Diccionario de la Lengua Española, refiere por aborto: “Acción de abortar”, y por ésta, “(Del lat. Abortare), Interrumpir la hembra, de forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el embarazo”³. Por “embarazo”, en la misma fuente bibliográfica, encontramos: “Estado en que se halla la hembra gestante”:

En el Diccionario de Terminología Médica encontramos que se trata de la “pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable. El feto debe ser inferior a 500 grs. Y el tiempo de gestación inferior a 20 semanas completas (139 días) contadas a partir de la última regla”. Ello, con su diferenciación en: aborto provocado: “El que se practica artificialmente”; y aborto espontáneo: “El que ocurre naturalmente”⁵.

Ambas definiciones de aborto remiten, entonces, a la idea de interrupción del embarazo. Sin embargo, la Medicina no explicita en tal definición qué sucede con posterioridad a la viabilidad del feto.

Profundizando en la terminología médica, reconocemos que se considera aborto al desprendimiento o expulsión del huevo hasta el 4º mes; y de allí en adelante la interrupción del embarazo recibe otras denominaciones: parto inmaduro (entre el 4º y el 6º mes) y parto prematuro (entre el 6º y el 9º mes).

Concluimos pues que, de acuerdo con la clasificación anterior, para la Medicina, aborto es aquel que sucede hasta el 4º mes. Ahora bien, nos interesa aclarar también que tal conceptualización no diferencia entre aborto provocado y espontáneo sino que remite directamente a la pérdida natural del producto de la concepción. De lo contrario, creemos que no sería lógico argumentar que no se trata de un aborto luego del 4to. mes aun cuando sea artificialmente provocado. Se entiende luego la terminología empleada por tal disciplina al referirse a la interrupción del embarazo en el segundo y/o tercer mes, expresándola como aborto en el segundo y/o tercer trimestre.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

A) NOSOLOGÍA CLÍNICA DEL ABORTO

Los estudios realizados y la bibliografía existente hasta el presente nos permiten identificar tres cuadros clínicos que dan cuenta de las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer (Cassadei, 1996): psicosis post-aborto, síndrome post-aborto y estrés post-aborto.

El grado de impacto psicológico y de desestructuración que tales cuadros tienen sobre la personalidad se corresponde con el orden dado a su descripción, ya que la gravedad de una psicosis es mayor a la de un síndrome psicológico y a la de una situación de estrés.

La psicosis post-aborto remite a un cuadro de naturaleza predominantemente psiquiátrica, que surge luego e inmediatamente al aborto y puede durar por un término de 6 meses. Es el trastorno de mayor compromiso psicológico y afecta severamente la personalidad de la mujer.

El cuadro de estrés post-aborto surge entre los 3 y 6 meses del hecho del aborto y representa el trastorno más leve observado hasta el momento.

Finalmente, el síndrome post-aborto (PAS) es un cuadro que puede surgir tanto luego e inmediatamente al aborto como permanecer la tiente por un largo tiempo, manifestándose sus síntomas en modo diferido. Se considera que al cabo de 5 ó 6 años se puede observar su manifestación clínica de modo acabado (Rue-Speckhard, 1996). Es el cuadro más discutido –y paradójicamente más relevante– en la comunidad científica, pues recibe de ella mayor atención y ocupa el mayor espacio en la bibliografía existente.

B) SÍNDROME POST-ABORTO (PAS): SINTOMATOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

Los autores que se dedicaron al estudio del PAS (Speckhard-Rue, 1992; Ney, 1989; Ney-Wickett, 1993; Cassadei, 1996, entre otros), describieron un conjunto de síntomas observables clínicamente. Sin embargo, no se ha encontrado una consensuada sistematización de tales síntomas. Al respecto, es valioso el aporte de Cassadei presentado ante el III Congreso Científico Internacional sobre el Aborto Voluntario (Roma, febrero 1996) demarcando los siguientes ítems en que pueden ser reunidos los síntomas del PAS: trastornos emocionales/afectivos, trastornos de la comunicación/relacionales, trastornos de la alimentación, trastornos del pensamiento, trastornos neurovegetativos, trastornos de la esfera sexual, trastornos del sueño, trastornos fóbico-obsesivos 6.

En el presente trabajo, utilizamos la sistematización abierta por Cassadei y agrupamos los síntomas encontrados en las diferentes publicaciones respecto del PAS, agregando dos criterios más:

- a) trastornos emocionales/afectivos: baja autoestima, inestabilidad emocional, sentimiento de culpa, angustia, tristeza, desasosiego, ansiedad, sentimiento de fracaso, dolor, pena, depresión;
- b) trastornos de la comunicación o relacionales: agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para establecer vínculos duraderos y una buena relación interpersonal, ruptura de la relación de la cual surgió el embarazo, rechazo hacia la figura masculina, incapacidad y rechazo hacia el compromiso afectivo;
- c) trastornos de la alimentación: pérdida del apetito, anorexia, bulimia;
- d) trastornos neuro-vegetativos: disrupción de bio-ritmo;
- e) trastornos en la esfera sexual: pérdida o disminución de la libido o energía sexual, problemas con la propia sexualidad, frigidez;
- f) trastornos del sueño: insomnio, pesadillas, sueños recurrentes;
- g) trastornos de tipo obsesivo: ideas recurrentes de muerte, autorreproches, sentimiento de culpa, evitación de estímulos que recuerden el hecho del aborto, “visitación” del niño abortado.

Debido a que existen otros síntomas que no pueden ser englobados en el delineamiento realizado por Cassadei, y que guardan íntima relación e importancia en el contexto clínico, agregamos dos últimos criterios: trastornos de tipo depresivo y trastornos típicos, que agrupan los siguientes síntomas:

- h) trastornos de tipo depresivo: pérdida de interés por las cosas de la vida, tristeza, humor disfórico, depresión, crisis de llanto, angustia existencial, ideas y/o tentativas suicidas;
- i) trastornos típicos: "síndrome del aniversario" (expresándose, por un lado, como la aparición incomprensible de malestar físico y/o psicológico con estado de ánimo depresivo o irritable, que –bajo la guía psicoterapéutica – logra fácilmente asociarse con la cercanía de la fecha del aborto; y por otro lado, frente a la proximidad de la supuesta fecha de nacimiento del niño abortado, el surgimiento de pensamientos e ideas con ello asociadas de carácter culposos); exacerbación de cuadros psiquiátricos precedentes; aumento o iniciación en el consumo de droga y/o alcohol.

Respecto del síndrome del aniversario es interesante el siguiente dato obtenido de un estudio acerca de las demandas telefónicas al Abortion Recovery Canada Helpline (Ney, 1997): suele darse un aumento en la demanda de ayuda y atención clínica en agrupaciones que trabajan con mujeres post – aborto a los 6 y 12 meses de realizado el aborto. A los 6 meses se cumpliría la fecha del supuesto nacimiento del bebé abortado (recordemos que los abortos se llevan a cabo en el primer trimestre de embarazo), y a los 12 meses, fecha en la cual se cumple un años de tal acontecimiento.

Finalmente, creemos que la manifestación de los síntomas descriptos, su intensidad y el momento en que surjan, dependerá de varios factores que hacen a la constitución de la personalidad de la mujer:

- a) número de pérdidas anteriores,
- b) fortaleza yoica,
- c) habilidad para racionalizar o negar sus sentimientos,
- d) determinación por suprimir y evitar todo tipo de intención por parte de otras personas de traer a luz los conflictos ocasionados,
- e) estructura de personalidad de base.

La manifestación del PAS en cada mujer no sólo dependerá de los factores recién descriptos, sino de otros que hacen al desarrollo de la personalidad. El estudio de tales fenómenos abrió una línea de trabajo (Ney, 1979, 1988, 1989, 1993, 1994, 1995, 1997) que brinda datos acabados para comprender la lógica interna del conflicto psicológico que se pone de manifiesto en el PAS.

Esta nueva óptica de estudio permite dar un paso más allá de la descripción fenoménica y sintomatológica del síndrome, tal como fuera realizada por la mayoría de los autores que abordan el tema del aborto en sus aspectos psicológicos. Esta nueva línea rescata dos términos de gran importancia: deshumanización y duelo patológico, ambos íntimamente vinculados en un contexto más amplio que involucra el abuso y la negligencia tanto afectiva como verbal, física y sexual de los niños en su proceso de desarrollo y maduración psicoafectiva. Su continuidad teórica está dada por los siguientes conceptos: construcción de la personalidad, vínculos parentales, autoestima, abuso y negligencia infantil (verbal, emocional e intelectual, física, sexual), embarazo, crisis de incorporación, capacidad de vínculo materno, falta de restricción del instinto

de agresión contra la propia cría, deshumanización, falta de contención de la pareja, familiar y social, aborto.

La personalidad se comienza a construir en la infancia, momento en el que las figuras parentales son de gran importancia para el niño en desarrollo, ya que de ellos se nutre como modelos- guías. Es interesante y sencilla la metáfora-modelo implementada, por Ney, para ilustra tal concepto en cuanto al niño “edificado y edificio”⁷. Es él quien “construye”, “edificando” su personalidad, proveyéndose de los materiales necesarios de sus padres (seguridad, aceptación y cuidados tempranos). En tanto y en cuanto obtenga lo que necesita para construir el edificio de su propia personalidad, poseerá un sólido basamento (adecuada autoestima), con el cual poder enfrentar y supera los cambios vitales o crisis en su desarrollo y crecimiento.

Que el niño no cuente en su proceso de edificación con los “materiales suficiente o correctos, y/o en el momento adecuado”⁸, es lo que se entiende (dentro de la presente metáfora-modelo) como negligencia; lo cual tendrá implicancias en la solidez del cimiento o raíz de su personalidad.

En el mismo contexto teórico, se conceptualiza al abuso como una “demolición parcial del pequeño castillo en construcción”⁹.

Tales términos hacen referencia tanto a sucesos verbales, físicos y/o sexuales, teniendo mayor incidencia el abuso verbal en la afectación de la visión que el niño tiene de sí mismo y del mundo (Ney, 1986). Asimismo, trabajos anteriores demostraron que la negligencia interfiere con el normal desarrollo del niño y crea problemas en la capacidad de entablar vínculos tempranos y tardíos (Bowlby, 1969, Dennis, 1973, Ney, 1993).

Los conceptos de negligencia y abuso infantil (NAI) son de particular preocupación en materia de salud mental infanto-juvenil, y ocupan un importante capítulo en tal literatura. Más aún, pues se ha encontrado una relación significativa entre NAI y trastornos de la conducta, tales como: trastornos de la alimentación (Kent et al., 1999), trastorno de depresión mayor, trastornos límite de la personalidad, trastorno disocial, trastorno de abusos de sustancias. (Al-Mateen et al., 1998).

Trabajos realizados en torno a la NAI, han logrado delimitar los siguientes términos: negligencia emocional, intelectual, educacional y médica, abuso verbal, físico y sexual (DSM-IV, 1995; Al-Mateen et al., 1998; Ney, 1997).

La negligencia remite a la falta u omisión de aquellos cuidados básicos que hacen al crecimiento y desarrollo infantil, tanto en sus aspectos de nutrición física, intelectual y emocional, con los necesarios complementos médicos. En tanto, el abuso, se refiere a aquellas acciones que agreden o afectan de modo negativo el concepto de sí mismo del niño en proceso madurativo. Las agresiones verbales, físicas y sexuales tienen un severo impacto en la autoestima infantil, debilitándola y dando lugar a sentimientos de inseguridad y falta de confianza en sí mismo y en los demás (Al-Mateen et al., 1998).

Por tanto, resulta necesario comprender tales conceptos para tomar conciencia de la importancia que ellos tienen en el proceso de maduración psicoafectiva del niño, su impacto en la personalidad y su carácter de factores de predisposición hacia el aborto.

En el caso de que la niña, específicamente hablando, haya sufrido de negligencia y/o algún tipo de abuso, será más propensa a recurrir al aborto en un futuro. Tal relación ha sido profundizada, concluyéndose en la descripción de un “círculo vicioso” entre abuso infantil y aborto, conceptos que mantendrían una conexión recíproca que se repetiría transgeneracionalmente (Ney, 1979, 1997). Los trabajos realizados en el tema permiten concluir lo siguiente: “Quienes han tenido un aborto son más propensos a abusar de sus hijos, y quienes han sido abusadas son más propensas a tener un aborto” (Ney-Wickett, 1993). Así, “aborto y abuso son ambos causa y efecto, no necesariamente en una persona, pero sí seguramente dentro de una familia”¹⁰.

Ahora bien, el concepto de crisis vital permite considerar al embarazo como una situación de crisis, pues implica la necesidad de acomodación y asimilación (noción de adaptación) a una nueva situación. “Si el embarazo no es una crisis, entonces la

pareja no atraviesa por los cambio necesario para convertirse en padres. Ser padres crea siempre una situación de “kiros”, o una serie de crisis”¹¹.

Argumentada ya la necesidad de contar con una adecuada autoestima con la cual enfrentar las situaciones de crisis para un futuro crecimiento y desarrollo de la personalidad, se entiende entonces, la implicancia de las experiencias de abuso y/o negligencia infantil con respecto a la posibilidad de atravesar adecuadamente la “crisis de incorporación”¹² que el embarazo comporta.

Una mujer embarazada, con tales características, experimentará una mayor vivencia de crisis a partir de la cual decidirá acoger o rechazar al bebé, continuando o no con el embarazo. Si la mujer, o la pareja, se encuentran confundidas recurrirá a su contexto familiar y social para resolver tal situación. Ello colaborará, o no, en la promoción del vínculo materno-filial favoreciendo las circunstancias para continuar o terminar con el embarazo.

En este último caso, la decisión de abortar se ve soportada por una serie de mecanismos psicológicos entre los cuales se destaca la mediación de los mecanismos de desensibilización, deshumanización, negación, racionalización y represión.

Existe un vínculo madre-hijo tanto biológico como psicológico; el primero de ellos comprobable a través de la existencia de los cambios hormonales que se dan a partir de la concepción (Ney, 1997).

“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”¹³. También, otros trabajos nos permiten confirmar la existencia de una íntima vinculación madre-hijo durante el embarazo. Así, un estudio realizado en embriones humanos permitió afianzar el concepto de un preciso intercambio de paracrina que se da entre el blastocito y el endometrio epitelial durante la implantación embrional (Simon et alter, 1997). Si bien ello destaca un proceso vincular en la fase de implantación, existen otros trabajos que permiten confirmar la existencia de tal vínculo biológico materno-filial desde la concepción (Caccia et alter, 1991; Mikhail et alter, 1991; Narita et al, 1993).

Asimismo, existe un vínculo psicológico pues lo que sucede en el cuerpo es registrado en la mente (Ney, 1997). “El cuerpo de la madre se une al bebé y el bebé a la madre. Este hecho físico crea una unión psicológica con los padres, más allá de que el bebé sea o no un bebé querido”¹⁴. “La falta de aceptación del bebé no impide que el vínculo se desarrolle. (...) Debido a que es imposible evitar el vínculo con el bebé no nacido, tampoco es evitable penar la pérdida del bebé cuando muere”¹⁵.

Aún cuando el vínculo sea menso fuerte en el caso de un hijo no aceptado, no se han encontrado evidencias de que tal vínculo sea nulo. Los resultados de trabajos relacionados con el tema indican un menor grado de relación y afectación madre-hijo pero no refieren la inexistencia del mismo (Narita et al, 1993).

Asimismo, podemos afirmar que a medida que el embarazo se prolonga en el tiempo, el vínculo se afianza (Caccia el alter, 1991): al comienzo observa características de ambivalencia que se van definiendo hacia el final de la gestación (Narita et al, 1993), e incluso, los movimientos fetales promueven un mayor incremento del mismo (Mikhail et alter, 1991).

Por otro lado, el grado en que la madre sea consciente de este vínculo con su hijo dependerá de su propia capacidad de sensibilización, resultado de sus vínculos parentales más tempranos. En caso de haber mediado experiencias o vivencias de negligencia y/o abuso infantil será más propensa a la desensibilización de sus propios sentimientos e instintos maternos, desafectándose del bebé.

Esto último plantea una situación particular en cuanto a los mecanismos adaptativos biológicos en la especie humana, ya que la desafectación del bebé predispone a la disolución de mecanismos adaptativos básicos, biológicos y necesarios para la preservación de la especie.

Tanto la desafectación vincular con respecto al hijo como la desensibilización de los propios sentimientos e instintos naturales maternos pueden ser considerados punto de partida del proceso psicológico subyacente a la decisión y al acto de abortar, pues facilitan el consecuente proceso de deshumanización personal, tanto de la propia madre como de su hijo por nacer, haciendo factible la terminación biológica, física del embarazo tras la ruptura del vínculo psicológico.

Una vez tomada la decisión de abortar, se refuerzan mecanismos de negación, racionalización y represión que permiten continuar con el proceso psicológico ya desencadenado. No se trata ahora de un hijo sino de un “puñado de células” o de un “tejido de orgánico” del cual es más fácil despojarse. Ello, sumado a la falta de contención de la pareja, de la familia o de la sociedad, hace posible llevar al acto la decisión tomada.

Aún así, a estos mecanismos subyace un proceso psicológico de duelo necesario de ser elaborado, ya que en un momento existió un vínculo con el niño por nacer y “eventualmente los padres deberán hacer el duelo de la pérdida que el aborto produjo. 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”¹⁶.

Resulta entonces más fácil de resolver el duelo en tanto el bebé haya sido un niño “bienvenido” (Ney, 1997) o aceptado, y no así cuando haya sido rechazado. Esto cobra importancia frente al hecho del aborto, pues debemos recordar que a pesar de haber sido rechazado, el vínculo se ha entablado y resulta necesario realizar el proceso o interferido en su normal desarrollo se comienza a gestar un proceso de duelo patológico, comportando síntomas de distrés que con el paso del tiempo se transforman en un cuadro de depresión (Zolse-Blacker, 1992; Speckhard-Rue, 1992; Ney, 1997; Sutton, 1997; Casey, 1997).

C) PAS, DISTRESS Y DEPRESIÓN: AFECCIONES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO CONSECUENTES AL ABORTO

Existe una íntima relación entre el aborto y el estrés, que nos permite comprender las consecuencias a nivel del sistema inmunológico y, por ende, sus manifestaciones psicosomáticas; es decir, las enfermedades médicas que presentan las pacientes en el cuadro del PAS junto con la depresión sub-clínica que comportan.

Recordemos que uno de los trastornos observables abarca los síntomas de malestar físico, resultante de la interacción del hecho del aborto con el sistema neurovegetativo. Esta interacción guarda su lógica interna a partir de los conceptos de estrés, con sus variantes eustrés y distrés, sistema límbico y emociones, sistema inmunológico, afecciones somáticas y depresión.

Etimológicamente, el término “estrés” conlleva la noción de “constricción, fuerza impulsora o esfuerzo y demanda de energía”, pues proviene del latín “strictiare”: estrechar o constreñir. Como término general: designa a todas las exigencias, tensiones y agresiones a la que es sometido un organismo humano o animal, en forma aguda o crónica. Engloba a estímulos o agentes estresantes. Específicamente, es una respuesta fisiológica y psicológica que manifiesta el individuo ante los diferentes estresores; así como también una sumatoria de la interacción de diferentes demandas o exigencias a las que es sometido el individuo y la respuesta específica o idiosincrática a las mismas (Cía., 1994).

Tal concepto se fundamenta en la descripción del Síndrome General de Adaptación (SGA)- (Seyle, H., 1936), del cual surge la noción de estrés originariamente, entendido como una estimulación perturbadora de la homeostasis

o equilibrio interno, que provoca una respuesta vehiculizada a través de la actividad simpático-adrenal, para restaurar el equilibrio perturbado, siendo entonces, una respuesta adaptativa, en la que se movilizan automatismos biológicos con cambios específicos en sus manifestaciones, pero inespecíficos en sus causa, dado que cualquier agente amenazador externo o interno pueden provocarlo.

Finalmente, la OMS da su definición de estrés, comprendiéndolo como un “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”¹⁷.

Referirse al estrés implica discriminar su tipología con relación a sus connotaciones positivas o negativas, en eustrés y distrés, respectivamente.

El eustrés es un buen estrés o estrés positivo y se da cuando nuestras respuestas se adaptan al estímulo ya nuestros parámetros fisiológicos.

Nos acompaña a lo largo de toda nuestra vida y es indispensable para el desarrollo y funcionamiento psicofísico y para la adaptación al medio.

El distrés es un mal estrés o estrés negativo que se da cuando las demandas del entorno psico-social son excesivas, intensas y/o prolongadas, superando la capacidad de resistencia y adaptación del organismo. Está en íntima relación con la “curva de la función humana” (Nixon, 1982), y se produce cuando se llega al punto de inflexión de la curva del rendimiento humano, que es creciente primero, luego se va achatando y finalmente inicia su descenso. Finalmente, se da un punto en que una demanda desmesurada lleva a un incremento excesivo de la respuesta conductual y biológica, situando al organismo al borde del fracaso adaptativo o breakdown. Es este el momento en que se desencadena un mecanismo de interacción que afecta el equilibrio interno con un importante compromiso del estado de salud.

Los agentes estresantes que disparan el mecanismo del estrés pueden ser clasificados (Cía, 1994) en:

- a) **somáticos o físicos:** condiciones ambientales, dolor y enfermedades somáticas, actividades físicas excesivas o inexistentes
- b) **psíquicos:** éxitos o fracasos personales notables, frustración, insatisfacción y ausencia de objetivos, situaciones de cambio vital o de transición en los roles ejercidos (recibirse, jubilarse, separarse, enviudar, etc.)
- c) **socioculturales:** Familiares: desavenencias conyugales, pérdida de autoridad paterna, maternidad, etc. Laborales: insatisfacción, mal ambiente de trabajo, sobre o subestimulación, desocupación. Sociales: reducción del espacio vital, ingresos insuficientes, aglomeraciones y malas condiciones urbanas, agresión de los medio masivos de comunicación, pobreza, marginación social, o étnica, etc.

Así como la maternidad resulta un evento estresante comportando la situación de crisis vital (ya descrita en el punto b), por su parte, el aborto conlleva reacciones emocionales resultantes de un evento estresante aunque de impacto negativo o causante de distrés (Rue, Speckhard et. al., 1996).

Tal evento afectará al organismo y desencadenará el mecanismo de restablecimiento del equilibrio interno, con el consecuente riesgo del estado de salud.

En tal mecanismo participa el sistema nervioso con un papel predominante, más específicamente el sistema límbico o “cerebro emocional”. La idea del sistema límbico como centro de las emociones fue introducida por el neurólogo Paul McLean, hace más de cuarenta años (Goleman; 1995).

“El punto de vista convencional en neurología ha sido que el ojo, el oído y otros órganos sensoriales transmiten señales al tálamo, y de ahí a zonas de la neocorteza de procesamiento sensorial, donde las señales se unen formando objetos a medida que las percibimos. Las señales son clasificadas con el fin de encontrar significados de manera tal que el cerebro reconozca qué es cada objeto y qué significa. La antigua

teoría sostiene que a partir de la neocorteza las señales son enviadas al cerebro límbico, y de allí la respuesta apropiada se difunde por el cerebro y el resto del cuerpo. Así es como funciona la mayor parte del tiempo. Pero Leroux descubrió un conjunto más pequeño de neuronas que conducen directamente desde el tálamo hasta la amígdala, además de aquellos que recorren la vía más larga de neuronas a la corteza. Esta vía más pequeña y más corta –una especie de callejón nervioso- permite a la amígdala recibir algunas entradas directas de los sentidos y comenzar una respuesta antes de que queden plenamente registradas por la neocorteza. (...) La mayor parte del mensaje va entonces a la corteza visual, donde es analizada y evaluada en busca de significado y de respuesta apropiada; si esa respuesta es emocional, una señal va a la amígdala para activar los centros emocionales. Pero una porción más pequeña de la señal original va directamente desde el tálamo a la amígdala en una transmisión más rápida, permitiendo una respuesta más rápida (aunque menos precisa). Así la amígdala puede desencadenar una respuesta emocional antes de que los centros corticales hayan comprendido perfectamente lo que está ocurriendo”¹⁸.

Fue pues Joseph Leroux, un neurólogo del Centro para la Ciencia Neurológica de la Universidad de Nueva York, el primero en descubrir el papel clave que juega la amígdala en el cerebro emocional, y quien sostuvo que:” Algunas reacciones emocionales y memorias emocionales pueden formarse sin la menor participación consciente y cognitiva”. La amígdala puede albergar recuerdos repertorios de respuestas que efectuamos sin saber exactamente porqué lo hacemos porque el atajo desde el tálamo hasta la amígdala evita completamente la neocorteza. Este desvío parece permitir que la amígdala sea un depósito de impresiones y recuerdos emocionales de los que nunca fuimos plenamente conscientes.”¹⁹

Hasta aquí, podemos comprender claramente la interrelación que existe entre el estrés, las emociones y el sistema límbico como central en la que se procesan las reacciones emocionales.

Pensamos que el atajo desde el tálamo hasta la amígdala, en el que se evita la neocorteza, permitiría justificar y comprender los efectos diferidos del aborto, los cuales se manifiestan a largo tiempo. Si bien esto sería objeto de mayor investigación, creemos que siendo el aborto un agente estresante que dispara intensas reacciones emocionales, estas podrían permanecer latentes, no conscientes y casi olvidadas por la propia paciente, debido al mecanismo de procesamiento del cerebro emocional.

Asimismo, la íntima relación que existe entre el sistema nervioso, las emociones y el estrés y el sistema inmunológico -que describe el mecanismo de las afecciones psicosomáticas-, nos brinda los datos necesarios para reflexionar acerca de las dolencias o enfermedades somáticas que se observan en pacientes con PAS.

En 1974, un trabajo realizado por el psicólogo Robert Ader, de la Facultad de Medicina y Odontología de Rochester, “llevó a la investigación de lo que resulta ser una infinidad de modos en que el sistema nervioso central y el sistema inmunológico se comunican: sendas biológicas que hacen que la mente, las emociones y el cuerpo no estén separados sino íntimamente interrelacionados”²⁰. Es la psiconeuroinmunología la que se encarga de esta rama de la ciencia, descubriendo que los mensajeros químicos que operan más ampliamente en el cerebro y en el sistema inmunológico son aquellos que son más densos en las zonas nerviosas que regulan la emoción (Ader et al., 1990).

Por otro lado, la relación entre sistema inmunológico y estrés, dada por la influencia de las hormonas que se liberan durante el aumento de esta (Rabin et al., 1989), “ejercen un poderoso impacto en las células inmunológicas. Mientras las relaciones son complejas, la principal influencia es que mientras estas hormonas aumentan en todo el organismo, la función de las células inmunológicas se ve obstaculizada: el estrés anula la resistencia inmunológica, al menos de una forma pasajera, supuestamente en una conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata, que es una mayor presión para la supervivencia. Pero si el estrés es constante e intenso, esta anulación puede volverse duradera.

Los microbiólogos y otros científicos descubren cada vez más conexiones entre el cerebro y los sistemas cardiovasculares e inmunológicos (...)"²¹.

Son numerosas las enfermedades causadas por la alteración de la función inmunológica, estudiadas en base al vínculo estrés-enfermedad (McEwen, 1993): "...puede acelerar la metástasis de cáncer, el aumento de la vulnerabilidad a las infecciones virales; el exacerbar la formación de placa que conducen a la arterioesclerosis y la coagulación sanguínea que provoca el infarto de miocardio; la aceleración del inicio de la diabetes de Tipo I y el curso de la diabetes de Tipo II, y el empeoramiento y desencadenamiento de los ataques de asma. El estrés también puede provocar la ulceración del aparato gastrointestinal, ocasionando síntomas de la colitis ulcerosa y de la inflamación intestinal. El cerebro mismo es susceptible a los efectos a largo plazo del estrés prolongado, incluido el daño al hipocampo y por lo tanto a la memoria. En general, dice McEwen, "cada vez existen más pruebas de que el sistema nervioso está sujeto a un "desgarramiento" como resultado de las experiencias que provocan estrés"²².

Es sorprendente la unidad funcional del organismo en su interrelación con el medio. El estrés y sus manifestaciones clínicas son prueba de ello. No sólo se evidencian síntomas orgánicos en esta interacción sino también de tipo psicológico, de las cuales rescatamos la incidencia en la depresión.

Cía describe los tres sistemas secuenciales de reacción al estrés (Pancheri, 1980): sistema de reacción rápida, de reacción semi-rápida y de reacción lenta. De los tres, nos interesa describir el segundo por su relación con la depresión: "está constituido por el ACTH y corticoesteroides, que son hormonas con valor adaptativo y restaurador, actuando como anti-inflamatorias, antialérgicas y disminuyendo la respuesta inmunológica. Se incrementan en los estados de ansiedad, hostilidad y depresión"²³.

Asimismo, Goleman (1995) refiere la incidencia que la depresión tiene sobre el empeoramiento de las enfermedades. Menciona (entre otros) estudios en los cuales se ha comprobado: a) el riesgo médico que plantea la depresión para los sobrevivientes del ataque cardíaco (Frasure-Smith et al., 1983); b) recuperación post-operatoria en pacientes con trasplantes de médula (Strain, 1991); c) depresión como el pronosticador más decisivo de muerte, en comparación a otras señales médicas, en pacientes con fallo renal crónico que estaban recibiendo diálisis (Burton et al., 1986)²⁴.

Finalmente, Ney (1997) encuentra una significativa correlación entre pérdida de embarazos, particularmente abortos, y pobre estado de salud física.²⁵ Esto, en el contexto de depresión leve y pobre funcionamiento del sistema inmunológico.

Concluyendo, podemos describir la incidencia psico-física del aborto en la salud de la mujer: el aborto resulta un agente estresante, con un alto impacto emocional (por su carácter traumático y por la ruptura psicobiológica del vínculo materno-fetal), que genera un monto de estrés excesivo (distrés) y que, en interacción con el sistema límbico e inmunológico, puede dar lugar al surgimiento de afecciones somáticas (tales como las que se observan en el PAS). A su vez, el proceso de duelo desencadenado por la ruptura vincular supiera emociones de tristeza y aflicción. En caso de no elaborarse el duelo, se desencadena un proceso patológico, en el que la tristeza y la aflicción se convertirán en síntomas depresivos. Tal depresión incidirá nuevamente en el sistema inmunológico, alternando el bio-ritmo y afectando el estado salud de la mujer.

D) PAS y Trastorno de Estrés Post-traumático (PTSD)

Las características etiológicas y sintomatológicas del PAS llevaron a varios autores, sobre todo a Rue, Speckhard y sus colaboradores²⁶, a postular su semejanza con el Trastorno de Estrés Post-traumático (Post-traumatic Stress Disorder- PTSD).

De hecho, lo consideran una variante de tal trastorno, de acuerdo a los parámetros del DSM-III -R (1987).

En el punto A de los “criterios para el diagnóstico del PTSD”, se menciona que: “el individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que se ría marcadamente angustiante para casi todo el mundo; por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge y otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física”²⁷.

En los puntos posteriores se describen síntomas consecuentes, comportamientos y mecanismos involucrados, y duración del trastorno (VER Apéndice 1).

NO cabe duda que existen síntomas que se dan tanto en el PAS como en el PTSD, tales como los siguientes: recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento; sueños desagradables y recurrentes con relación al evento traumático; malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento, como puede ser incluso su aniversario; evitación persistente de los estímulos asociados al trauma, tal como: esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas al trauma, sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto de los demás, afecto restringido –por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas-, dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, hipervigilancia, respuesta de alarma exagerada, etc.

Por otro lado, tampoco se puede dudar de que el PAS cumple con los requisitos para el punto A, pues el aborto es un evento traumático que se puede incluir en la categoría de “amenaza o daño par los hijos”.

La concepción del PASD como una variante del PTSD se basa, como dijimos en la versión III-R del DSM: Ahora bien, a ésta le ha sucedido y la reemplazado su versión IV, en la cual se han modificado los criterios para el diagnóstico del PTSD.

Actualmente, si bien existe mayor consenso en cuanto al carácter estresante, y traumático del aborto (Rue-Speckhard, 1996; Cassadei, 1996, Agich, 1996; Ney, 1997), aún se cuestiona se el PAS es posible de ser considerado o no una variante del PTSD tal y como se define según los criterios del DSM-IV (Agich, 1996, Ney, 1999). Esto, a pesar que por otro lado, se puede afirmar que la interrupción voluntaria del embarazo comprotá un estrés psico-físico, además del trauma afectivo (Cassadei, 1996).

Pues bien, podría prestarse una posible respuesta al tema desde el interesante y acertado cuestionamiento que al respecto plantea Agich (1996): “Las categorías diagnósticas pueden ser consideradas desde varias perspectivas, si bien una de ellas surge como más significativa en el momento en que se confrontan cuestiones clínicas y éticas tan complejas como los son las consecuencias psíquicas del aborto. Tal particularidades u objetos reales ene el mundo, sino más bien como modelos de explicación. Estos representan conceptos que identifican fenómenos en función de intereses clínicos, descriptivos, explicativos, terapéuticos y valorativos. Por consecuencia, los clínicos y los nosólogos se plantean límites bastante amplios al utilizar y construir los conceptos de las enfermedades. Últimamente, la pregunta: ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de considerar las consecuencias psíquicas del aborto en términos de PTSD?, se ha convertido en un problema de carácter clínico y práctico. Se le PTSD no recoge adecuadamente la gama de las reacciones psicológicas en lo que respecta al aborto, entonces se deben tomar en consideración otros tipos diagnósticos. El objetivo, después de todo, debería ser prioritariamente la cura de la mujer que sufre las consecuencias psíquicas negativas del aborto, y luego la identificación de las circunstancias y de los factores que agravan el dolor sentido por tal causa”²⁸.

De tal modo, plantea que según sean las posturas éticas, a favor o en contra, con respecto al inicio de la vida humana, y en cuanto a la consideración del aborto como

un hecho común a diferencia de un evento estresante y violento, serán entonces las conclusiones y posturas nosológicas tomadas.

Finalmente, propone: “las cuestiones morales del aborto en sí mismo deberán ser dejadas de lado, y concentrarse, más bien, en la siguiente pregunta: “¿Cuáles son los factores o particularidades de la experiencia del aborto (espontáneo o voluntario) que contribuyen a la psicopatología y al sufrimiento que de él se desprenden?”²⁹. Tras lo cual invita a utilizar otro tipo de diagnóstico ya que no considera que el PTSD ofrezca particulares ventajas en términos diagnósticos.

Por su parte, los autores que postulan al PAS como un cuadro nosológico variante del PTSD (Rue, Speckhard el alter, 1996) lo hacen porque lo creen “caracterizado por el desarrollo crónico o diferido de los síntomas producto de las reacciones emocionales, experimentadas por los sujetos, a acusa del trauma físico y emocional del aborto inducido.”³⁰

Para ello, consideran cuatro factores a ser reanalizados en relación con la sintomatología traumática que el aborto acarrea: 1) “exposición o participación directa en una experiencia de aborto, en otras palabras, la muerte intencionalmente procurada de un niño no nacido, que se precipita como traumática y que provoca sensaciones de intenso temor, sensación de impotencia o hasta de terror; 2) la revisitación incontrolada y negativa del evento de muerte que el aborto representa, por ejemplo con recuerdos repentinos, pesadillas, dolores intensos y reacciones el día del aniversario; 3) tentativas infructuosas de evitar o incluso negar los propios recuerdos y el dolor emotivo vivido, que se transforma en una reducida capacidad de reacción frente a los otros y al ambiente; y 4) la experiencia de síntomas asociados relativos a una incrementada vigilancia no precedente al aborto, incluso el sentido de culpa vivido por el hecho de haber sobrevivido al evento”.³¹

Cabe señalar, como lo hacen los mencionados autores, que los puntos 2-4 no se observan presentes antes del aborto en tanto factor estresante, lo cual permite concluir –luego del trabajo realizado a nivel transcultural (USA y Rusia)- en la implicancia de tal factor de estrés sobre la mujer luego del aborto. Tal y como lo redactan en las conclusiones de su trabajo, “el presente estudio refiere que un porcentaje significativo de mujeres, sean rusas o estadounidenses, han vivido el aborto como un evento fuente de notable ansiedad para la propia vida. El impacto psicológico del aborto a largo plazo se hace también evidente para estas mujeres en el período de tiempo considerado, comprendido entre los seis y los once meses luego del evento. Este estudio provee soporte a la tesis según la cual para algunas mujeres el aborto puede ser un evento psicológicamente traumatizante con consecuencias deletéreas a largo plazo. Por otro lado, los resultados proveen sostén al modelo de explicación del trauma en sí mismo como un proceso cognitivo”³². Reafirma esto último, el hecho que los autores han constatado alteraciones en el autoconcepto y en la autoestima, así como también en trastornos de las relaciones interpersonales, como resultado de alteraciones en el mapa cognitivo individual.

Finalmente, tomando una u otra posición con respecto al PAS como variante nosológica del PTSD, es evidente el carácter estresante y traumático del aborto sobre la mujer, aún cuando quede en cuestión si su manifestación clínica puede o no ser homologable a la manifestación del PTSD según los criterios del DSM-IV. En definitiva, estos criterios no surgen más que de una modalidad de consenso en cuanto a la sintomatología presente. Por otro lado, recordando lo postulado por Agich, la atención dada a uno u otro cuadro nosológico cobra mayor o menor relevancia según sean las premisas de las cuales se parte. Esto, más aún, en un tema tan delicado como lo es el comienzo de la vida humana y los intereses que alrededor del mismo se construyen a pesar de los evidentes hechos científicos, al principio de este trabajo comentados, que permiten constatar su inicio desde la concepción.

Búsqueda de indicadores objetivos de las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer

La información recogida y elaborada acerca de las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer, nos llevó a plantearnos la búsqueda de indicadores objetivos que pudieran dar cuenta de lo que sucede a muy corto plazo. Esto, pues las consecuencias ya descritas en la literatura existente se centran en el análisis y la observación de lo que sucede a largo término.

El objetivo del presente trabajo es, pues, ampliar el espectro de lo actualmente conocido con respecto a las consecuencias del hecho del aborto en la personalidad de la mujer a nivel psicológico.

La búsqueda de tales indicadores nos permitirá a una primera aproximación al tema. Como toda primer mirada, necesitará luego de su ampliación para ser corroborada por otros observadores y así abrir el campo de estudio, colaborando con el desarrollo de los conocimientos.

En el presente trabajo concebimos al aborto como un agente estresante de intenso impacto emocional con características de trauma y con connotaciones distresantes. Tales rasgos hacen del aborto un hecho capaz de afectar el estado de salud de la mujer, pues emocionalmente impacta sobre el sistema límbico (quien lo procesa pudiendo registrar algunos recuerdos a nivel consciente, y manteniendo otros a nivel latente), el que, a su vez, se encuentra en íntima relación con el sistema inmunológico. Sabemos ya que este sistema se ve afectado por factores distresantes de un modo negativo, razón por la cual es posible que surjan situaciones que afecten el estado de salud de la paciente (desde malestares físicos hasta enfermedad).

Por otro lado, al concebir al aborto como un hecho traumático, lo consideramos posible de ser entendido como una variante del Trastorno de Estrés Post-traumático (PTSD), siguiendo la conceptualización que de ello realizan Rue, Speckhard y sus colaboradores, (1992, 1996).

Como tal, creemos que impacta tanto sobre el cuerpo como sobre la psique de la mujer. Es prueba de ello las consecuencias observables en otros del estado de ánimo depresivo, obsesivos, vinculares o de relación interpersonal, y afectivos o emocionales (Cassadei, 1996), que se presentan en el Síndrome Post-Aborto (PAS), descrito por Rue, Speckhard y colaboradores, (1992), al comenzar a tratar las consecuencias psicológicas negativas del aborto en la mujer.

En cuanto a los factores predisponentes al aborto, consideramos la línea teórica trabajada por Ney (1997), en la que se encuentra una íntima relación entre negligencia y abuso infantil y aborto. Esto, pues hallamos coincidencias y lógica interna con relación a las consecuencias que tales eventos de la vida del niño conllevan para el desarrollo de su personalidad y para el modo de enfrentar situaciones vitales futuras (Al Mateen et al., 1998).

Resulta, entonces, que el aborto se inserta en un ciclo vicioso en el que predominan rasgos de agresividad y menoscabo de la autoestima de la mujer, alterando su concepto de sí misma y de los demás (Ney, 1997; Ney et al., 1994; Rue-Speckhard et al., 1996). Consecuentemente, presentará mayores dificultades en su relación interpersonal, con una mayor propensión a no comprometerse en vínculos afectivos (Ney, 1997). Así pues, se sientan las bases para no reconocer ni afianzar el vínculo biológico materno-fetal, presente desde el inicio de la gestación (Narita et al. 1993; Caccia et al., 1991; Mickhail et al., 1991), romper el vínculo psicológico con el bebé aún no nacido y llegar, finalmente, a la situación del aborto. Esto, siempre que no medien otras condiciones de contención afectiva del medio (Ney, 1999) que puedan superar los factores predisponentes que se gestaron durante desarrollo psicoafectivo de la mujer, en su edad temprana.

En el presente trabajo nos propusimos la búsqueda de aquellos indicadores que puedan dar cuenta de las consecuencias psicológicas referidas, de modo objetivo.

Para tal fin, tomamos los indicadores de un test de personalidad, ya que tales consecuencias se observan a este nivel. Escogimos el test de Rorschach por ser la técnica de exploración y evaluación diagnóstica más profunda y que nos provee de mayores datos acerca de la personalidad a evaluar (Passalacqua, 1994). Dicha técnica nos permite identificar, clasificar y agrupar respuestas –que analizadas tanto a nivel cuantitativo como cualitativo- nos remite a indicadores que posibilitan estudiar en profundidad las vivencias, conflictos, círculos interpersonales, etc., que componen el perfil psicológico de la personalidad.”

“En nuestro país existe lo que podría llamarse una “Escuela Argentina de Rorschach” que, partiendo de la base de las escuelas francesas o americanas, incluye valiosos aportes argentinos y de otros autores y países. Es decir, utiliza las siglas de dichas escuelas y amplía fundamentalmente el campo interpretativo, sobre todo basándose en experiencias realizadas en nuestro medio.”³³

Es la Escuela Argentina la que se toma como parámetro en este trabajo, de acuerdo a usos y costumbres de la técnica, considerando los patrones culturales locales.

Llevamos a cabo la tarea de campo administrando, clasificando y evaluando el test de Rorschach a dos grupos de mujeres; uno de estudio (respondiendo a una reciente experiencia de aborto) y otro de los cuales cumplía la función de control. Ambos, fueron extraídos del Departamento de Maternidad Infanto-Juvenil del Hospital Gral. De Agudos Dr. Cosme Argerich de la Ciudad de Buenos Aires.

Indagamos los indicadores buscados, previamente seleccionados –según los criterios diagnósticos de la Escuela Argentina (Passalacqua, 1993, 1994)- por ser aquello que nos permitieran evaluar correctamente las consecuencias a estudiar. Luego, procesamos estadísticamente los datos, de los cual pudimos observar que, para ciertos indicadores existen diferencias significativas entre las dos muestras tomadas.

En un segundo nivel de análisis, subdividimos la muestra de abortos, en provocados y espontáneos, de modo de poder aproximarnos a las diferencias que pudieran existir entre ambos tipos de interrupción del embarazo. Aplicamos a estas los mismos criterios diagnósticos y estadísticos, obteniendo también algunas diferencias significativas de importancia.

Principalmente, las diferencias halladas se corresponden con indicadores de shock (frente a símbolos de maternidad, afectivo y frente al manejo de crisis, duelos recientes, depresión, vivencias de daño y situaciones traumáticas, y preocupación de tipo neurótica por una temática o situación conflictiva relacionada con la sexualidad femenina.

El presente trabajo nos permite concluir que existen diferencias significativas con respecto a la presencia de indicadores de personalidad en mujeres que han atravesado una experiencia de aborto y en aquellas que nunca la han vivido. Tales indicadores se corresponden con las vivencias y consecuencias que componen el PAS.

Este estudio comporta una primera aproximación al campo del aborto y sus consecuencias en la mujer, a partir de la instrumentación del psicodiagnóstico de personalidad de Rorschach de muestras obtenida de un sector de la realidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Iniciamos con esto una tarea de investigación de singulares características, obteniendo una serie de datos útiles para continuar la búsqueda de un modo más amplio y llevarla, en un segundo momento de trabajo, a un nivel de carácter epidemiológico.

Abrimos, entonces, una línea de trabajo que necesita ser continuada, pues consideramos que los resultados obtenidos avalan la utilidad de tal tarea futura para el desarrollo de los conocimientos actuales al respecto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se han examinado los indicadores del Rorschach y se han seleccionado aquellos que remiten a la presencia de los siguientes indicios en la personalidad: situación de shock frente a símbolos de maternidad, shock afectivo, shock frente a los vínculos, shock frente al manejo de la agresividad e impulsividad y shock adaptativo, presencia de mecanismo de negación y/o represión, presencia de mecanismo de disociación, situación de confusión emocional, conflicto de adaptación a la realidad, conflicto y probable situación de crisis, duelo reciente, depresión, vivencias de daño y situaciones traumáticas y, preocupación de tipo neurótica por una temática o situación conflictiva somática de contenido sexual.

Se descartaron dos indicios de los originariamente examinados (confusión emocional y conflicto de adaptación de la realidad) por considerarse que escapaban al objetivo del presente trabajo, siendo mejor contemplarlos en una segunda tarea de mayor profundización del tema.

Los indicadores elegidos³⁴ para los indicios referidos fueron los siguientes:

- a) de shock frente a símbolos de maternidad: shock al agujero+ shock al vacío;
- b) de shock afectivo: shock al color;
- c) de shock frente a los vínculos: shock al gris;
- d) de shock frente al manejo de la agresividad e impulsividad: shock al rojo;
- e) de shock adaptativo: fracasos + shock inicial;
- f) de presencia de mecanismo de negación y/o represión: respuesta negada + respuesta por la negativa;
- g) de presencia de mecanismo de disociación: F%> + F% E (disociación eficaz); F%> + F+ %< (disociación que puede ser patológica); F+ %< + F ext. % E (tendencia a apartarse de la realidad o perder el control lógico formal al disociar); F+ % E+ F+ ext. %< (buen control lógico y equilibrio al disociar los afectos, pero disminuye el control y el rendimiento al intervenir otros factores, pudiendo alterar la realidad o apartarse de ella); F+ %<+ F ext. % > (falla el control racional al disociar, y recurre a un gran control sobre los afectos cuando esto interviene); y F+ %> + F+ ext. % < (sujetos controlados con marcada disociación de lo afectivo; cuando esto interviene, falla lo anterior);
- h) de conflicto y probable situación de crisis: Vit. %> + Am. % < (personas vulnerables en las relaciones humanas; sin áreas libres de conflicto, con pocas defensas y hasta en probable crisis) y Vit. %> + Am. %< + Pert. %> (además de una situación de crisis, se agrega que las relaciones podrían vivirse como traumatizantes o persecutorias. También se relaciona con crisis traumáticas a nivel de relaciones humanas);
- i) de duelos recientes, depresión, vivencias de daño y situaciones traumáticas: Mor;
- j) de preocupación de tipo neurótica por una temática o situación conflictiva somática de contenido sexual: respuestas At. > (pueden hacer referencia a una preocupación por partes corporales, de orden neurótica o psicótica. También pueden estar relacionadas con situaciones traumáticas o de realidad actual, como una enfermedad propia o de una persona cercana), Perseverancia o Estereotipia At. (puede evidenciar una preocupación más neurótica por una temática o situación particularmente conflictiva), respuestas At. – Sex. (en relación con contenido vital sexual), respuestas Sgre. (no específicamente relacionadas con un contenido vital sexual en conflicto, sino con la presencia de conflicto somático).

La tarea de recopilación de datos se realizó en el Hospital Gral. de Agudos Dr. Cosme Argerich, en su Departamento de Maternidad Infante-Juvenil, tanto en Sala como en Guardia Obstétrica. En tal centro de atención de salud, encontramos un

grupo social y económico de clase media-baja y con características de bajo nivel de educación. ES sobre tal sector de la realidad que se analiza la información obtenidas en el presente trabajo. Quedaría, para otro momento de ampliación del tema, la recopilación de datos que incluya el espectro total de la realidad socio-económica y educacional de las mujeres que abortan.

Los indicadores seleccionados fueron evaluados, en un primer nivel de análisis, sobre la base de los tests de Rorschach administrados a dos muestras de estudio, conformadas del siguiente modo:

- a) casos de aborto (n=52): mujeres en edad reproductiva, de 14 a 43 años, que cuentan con una experiencia de aborto reciente (no más de un mes del acontecimiento) y que ingresaron al hospital bajo el diagnóstico de ingreso de "aborto incompleto" o "aborto en curso".
- b) casos de control (n=36): mujeres en edad reproductiva, de 14 a 43 años, que cuentan con un embarazo a término reciente (no más de 15 días), que no presentan en su historia médica con una experiencia de aborto, y que ingresaron al hospital bajo el diagnóstico de ingreso de "trabajo de parto".

En un segundo nivel de análisis, se subdividió la muestra de casos de abortos en dos submuestras:

a.1) casos de aborto provocado (n=19): mujeres en edad reproductiva, de 14 a 43 años, que cuentan con una experiencia de aborto reciente (no más de un mes del acontecimiento), y que ingresaron al hospital bajo el diagnóstico de ingreso de "aborto incompleto" o "aborto en curso". Los indicios que confirmaban que se trataba de pacientes con aborto provocado (ilegal), se obtuvieron de la historia clínica y/o de la propia paciente. En el primer caso, constaba: "se refieren maniobras abortivas", y en algunas de ellas "se realiza denuncia policial a la comisaría N°...". En el segundo caso, el testimonio se obtuvo de las mismas pacientes, de las cuales, dos de ellas declararon ante el administrador del test haber recurrido a un aborto provocado, no habiéndolo denunciado frente al médico tratante por miedo a ser denunciada a la policía.

a.2) casos de abortos espontáneos (n=33): mujeres en edad reproductiva, de 14 a 43 años, que cuentan con una experiencia de aborto reciente (no más de un mes del acontecimiento), y que ingresaron al hospital bajo el diagnóstico de ingreso de "aborto incompleto" o "aborto en curso". Al igual que en la muestra anterior, sólo pudimos guiarnos por los datos de la historia clínica y por el testimonio personal de la paciente para corroborar el hecho de un aborto de tipo espontáneo. Reconocemos la realidad de la población de mujeres que abortan ilegalmente, no todas denuncian el hecho. Esto, en algunos casos, hasta las últimas consecuencias. Tal es el caso de tres pacientes (en los 9 meses de recopilación de datos) que murieron en la sala de terapia intensiva por un aborto voluntario, pero que nunca declararon y que además negaron, a pesar de contar los médicos con los indicadores correspondientes de un aborto séptico.

Cada una de las pacientes tienen su legajo: ficha personal, protocolo de registro y clasificación del test, protocolo de localización de respuestas del test y plantilla de datos cuantitativos del test.

Una vez conformadas las muestras y administrado el test a cada una de las pacientes, pasamos luego a su clasificación. Tal procedimiento se realizó en base al protocolo de administración y clasificación de la Escuela Argentina de Rorschach.

Luego, se agruparon los indicadores y se seleccionaron de acuerdo a los criterios ya expuestos.

Para discriminar la diferencia entre los indicadores de las muestras se recurrió al método de diferencias significativas. Se aplicó tal criterio tanto para el primer nivel de

análisis como para el segundo. No sólo se obtuvieron los promedios con sus errores absolutos, sino que además se calcularon sus errores porcentuales.

Los cálculos realizados nos permitieron hallar diferencias significativas entre algunos de los indicadores de una y otra muestra, lo cual nos permitió reconocer que no se tratan de muestras iguales en cuanto a los porcentajes de presencia de sus indicadores.

RESULTADOS

- 1) Primer nivel análisis: diferencias significativas entre casos de aborto (n=52) y casos de control (n=36).

Se hallaron las siguientes diferencias significativas para:

- a) Indicadores de shock: Shock al Rojo (frente al manejo de la agresividad e impulsividad) y shock al Color (afectivo);
- b) Indicadores de conflicto y probable situación de crisis: Vit. %> + Am. %< (personas vulnerables en las relaciones humanas; sin áreas libres de conflicto, con pocas defensas y hasta en probable crisis, se agrega que las relaciones podrían vivirse como traumatizantes o persecutorias. También se relaciona con crisis traumáticas a nivel de relaciones humanas);
- c) Indicadores de presencia de duelo reciente, depresión, vivencia de daño y situaciones traumáticas: Mor;
- d) Indicadores de presencia de mecanismo de disociación: F +%< + F ext. % E (tendencia a apartarse de la realidad o perder el control lógico formal a disociar) y F+ % < + F ext. % > (falla el control racional al disociar, y recurre a una gran control sobre los afectos cuando estos intervienen);
- e) Indicadores de preocupación de tipo neurótica por una temática o situación conflictiva somática de contenido sexual: Perseverancia o Estereotipia At. (puede evidenciar una preocupación más neurótica por una temática o situación particularmente conflictiva), respuestas At.- Sex. (en relación con contenido vital sexual).

No se hallaron diferencias significativas para:

- a) Indicadores de shock: Shock al Agujero + Shock al Vacío (de shock frente a símbolos de maternidad), Shock al Gris (de shock frente a los vínculos), y Fracasos + Shock Inicial (de shock adaptativo);
- b) Indicadores de presencia de mecanismo de disociación: F %> + F % E (disociación eficaz); F %> + F %< (disociación que puede ser patológica); F %E + F+ ext. %< (buen control lógico y equilibrio al disociar los afectos, pero disminuye el control y el rendimiento al intervenir otros factores, pudiendo alterar la realidad o apartarse de ella); y F + %< + F + ext. %< (sujetos controlados con marcada disociación de lo afectivo; cuando esto interviene, falla lo anterior);
- c) Indicadores de tipo neurótica por una temática o situación conflictiva somática de contenido sexual: respuestas At. > (pueden hacer referencia a una preocupación por partes corporales, de orden neurótica o psicótica. También pueden estar relacionadas con situaciones traumáticas o de realidad actual, como una enfermedad propia o de una persona cercana).

Un caso particular se presenta frente al indicador de presencia de mecanismo de negación y/o represión: Rta. Negada + Rta. por la Negativa: No se registran presencias de tal indicador en la muestra de control (Rta. Neg. + Rta. por la Negat. = 0), razón por la cual no fue posible aplicar el criterio matemático de diferencias significativas. Sin embargo, encontramos una diferencia real en cuanto a la presencia de indicadores en la muestra de aborto (9/43, con un Error %=30,61) con respecto a la

de control (0/36). Si bien no es posible obtener una comparación significativa, dejamos sentado el fenómeno presente.

Lo mismo sucede con el indicador Rta. Sgre. (no específicamente relacionadas con un contenido vital sexual en conflicto, sino con la presencia de conflicto somático) dentro de los indicadores de preocupación de tipo neurótica por una temática o situación conflictiva somática de contenido sexual: se observa una presencia real de respuestas en la muestra de abortos (8/52 con un Error %=32,84) con respecto a la de control (0/36).

En ambos casos no fue posible obtener diferencias significativas, lo cual no nos permite más que registrar lo observado para tenerlo actualmente en cuenta y seguir estudiándolo en un posterior momento de investigación de profundización del tema.

- 2) Segundo nivel de análisis: diferencias significativas entre casos de abortos provocados (n=19) y casos de abortos espontáneos (n=33).

Se hallaron las siguientes diferencias significativas para:

- a) Indicadores de shock: Shock al Rojo (frente al manejo de la agresividad e impulsividad) y Shock al Color (afectivo).
A diferencia de lo observado entre las muestras de aborto y control, aquí, hallamos una diferencia significativa para los indicadores Shock al Agujero + Shock al Vacío (de shock frente a símbolos de maternidad);
- b) Indicadores de conflicto y probable situación de crisis: Vit. %> + Am. %< (personas vulnerables en las relaciones humanas; sin áreas libres de conflicto, con pocas defensas y hasta en probable crisis);
Indicadores de preocupación de tipo neurótica por una temática o situación conflictiva somática de contenido sexual: Perseverancia o Estereotipia At. (puede evidenciar una preocupación más neurótica por una temática o situación particularmente conflictiva), respuestas At.-Sex. (en relación con contenido vital sexual).

No se hallaron diferencias significativas para:

- a) Indicadores de Shock: Shock al Gris (de shock frente a los vínculos), y Fracazos + Shock Inicial (de shock adaptativo);
- b) Indicadores de conflicto y probable situación de crisis: Vit. % > + Am. %< + Pert. %> (además de una situación de crisis, se agrega que las relaciones podrían vivirse como traumatizantes o persecutorias. También se relaciona con crisis traumáticas a nivel de relaciones humanas);
- c) Indicadores de presencia de duelo reciente, depresión, vivencia de daño y situaciones traumáticas: Mor;
- d) Indicadores de presencia de mecanismo de disociación: F + %< + F + ext. % E (tendencias a apartarse de la realidad o perder el control lógico formal al disociar) y F + % < + F ext. %> (falla el control racional al disociar, y recurre a un gran control sobre los afectos cuando estos intervienen); F %> + F + % E (disociación eficaz); F %> + F + %< (disociación que puede ser patológica); F + % E + F + ext. %< (buen control lógico y equilibrio al disociar los afectos, pero disminuye el control y el rendimiento al intervenir otros factores, pudiendo alterar la realidad o apartarse de ella); y F + %> + F + ext. %< (sujetos controlados con marcada disociación de lo afectivo; cuando esto interviene, falla lo anterior).

No se hallaron diferencias significativas para ninguno de los indicadores de presencia de mecanismo de disociación.

- e) Indicadores de preocupación tipo neurótica por una temática o situación conflictiva somática de contenido sexual: respuestas At.> (pueden hacer referencia a una preocupación por partes corporales, de orden neurótica o psicótica. También pueden estar relacionadas con situaciones traumáticas o de realidad actual, como una enfermedad propia o de una persona cercana); Rta. Sgre. (no específicamente relacionadas con un contenido vital sexual en conflicto, sino con la presencia de conflicto somático);
- f) Indicador de presencia de mecanismo de negación y/o represión: Rta. Negada + Rta. por la Negativa.

Las diferencias halladas se han presentado, observándose un mayor porcentaje de presencia de los siguientes indicadores en muestras de aborto que en las de control:

- a) Shock frente al manejo de la agresividad e impulsividad,
- b) Shock afectivo;
- c) Vit. %> + Am. %<;
- d) Mor;
- e) Persev. o Estereotipo At.
- f) Rtas. At.- Sex.

Si bien no se han podido obtener diferencias significativas para los indicadores de Rtas. Sgre. Y Rta. Negada + Rta. por la Negativa, por no presentarse indicador alguno en la muestra control, se deja constancia de tal fenómeno. Esto, sienta una diferencia real que necesita, en tanto presencia vs. ausencia de tales indicadores, lo cual resulta de relevancia.

Por otro lado, se ha encontrado un mayor porcentaje de presencia de los siguientes indicadores en muestras de control que en las de aborto:

- a) Vit. %> + Am. %< + Pert. %>,
- b) F + %< + F + ext. % E,
- c) F + % < + F ext. %>.

En cuanto a las muestras de aborto provocado y aborto espontáneo, se ha observado un mayor porcentaje de presencia de los siguientes indicadores en la primera de estas:

- a) shock frente a símbolos de maternidad,
- b) Vit. %> + Am. %<,

Se ha presentado la observación inversa, para los siguientes indicadores:

- a) shock frente al manejo de la agresividad e impulsividad,
- b) shock afectivo.

Los indicadores que no se mencionan resultaron no presentar diferencias significativas entre las muestras analizadas, razón por la cual no se incluyen en tales comparaciones.

Concluyendo, planteamos dos niveles de análisis de los datos: por un lado, comparando la muestra de abortos con la de control y, por otro, la de abortos provocados con la de abortos espontáneos.

Buscamos las diferencias significativas, planteamos y demostramos las diferencias halladas, y agrupamos luego los resultados en los cuatro tipos de análisis detallados.

Esto nos ha permitido evaluar los datos obtenidos no sólo en relación con el aborto, sino que también nos ha abierto una línea de aproximación a las diferencias que se pueden presentar en los dos tipos de interrupción del embarazo.

A continuación se detalla la información de la cual se extrajeron los resultados aquí descriptos.

CUADROS COMPARATIVOS EN CASOS DE ABORTO (N=52) Y CONTROL (N=36)				
CUADRO 1 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE SHOCK EN MUESTRAS DE ABORTO (N=52) Y CONTROL (N=36).				
Indicador	x Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
Sh. símbolos de maternidad	.1731 ± .053	30.61	.1389 ± .0585	42.09
Sh. Agresividad / impulsividad	.5385 ± .0698	12.96	.3056 ± .0779	25.48
Sh Afectos	.4615 ± .0698	15.12	.25 ± .0732	29.28
Sh Vinculos	.7115 ± .0634	8.92	.6111 ± .0824	13.48
Sh Adaptación	.1923 ± .0552	28.7	.1944 ± .0669	34.4

CUADRO 2 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE PRESENCIA DE MECANISMO DE DISOCIACIÓN EN MUESTRAS DE ABORTO (N=52) Y CONTROL (N=36)				
Indicador	x Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
F%> + F+%E	.1538 ± .0505	32.84	.1389 ± .0585	42.09
F%> + F+%<	.4231 ± .0692	16.35	.3056 ± .0779	25.48
F+%< + F+ext.%E	.1154 ± .0447	38.77	.3056 ± .0779	25.48
F+%E + Fext.%<	.1538 ± .0505	32.84	.2222 ± .0703	31.62
F+%< + Fext.%>	.2885 ± .0634	21.99	.5833 ± .0833	14.29
F+%> + F+ext.%<	.0385 ± .0269	70.01	.0278 ± .0278	100

CUADRO 3 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE CONFLICTO Y PROBABLE SITUACIÓN DE CRISIS EN MUESTRAS DE ABORTO (N=52) Y CONTROL (N=36)				
Indicador	X Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
Vit .% > + Am. % <	.7308 ± .0621	8.5	.5556 ± .084	15.12
Vit .% > + Am.% < + Pert.% >	.0962 ± .0413	42.93	.3056 ± .0779	25.48

CUADRO 4 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE DUELO RECIENTE, DEPRESIÓN, VIVENCIA DE DAÑO Y SITUACIONES TRAUMÁTICAS EN MUESTRAS DE ABORTO (N=52) Y CONTROL (N=36)				
Indicador	x Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
Mor	.4231 ± .0692	16.35	.2222 ± .0703	31.62

CUADRO 5 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE TIPO NEURÓTICA POR UNA TEMÁTICA O SITUACIÓN CONFLICTIVA SOMÁTICA DE CONTENIDO SEXUAL PRESENCIA DE MECANISMO DE DISOCIACIÓN EN MUESTRAS DE ABORTO (N=52) Y CONTROL (N=36)				
Indicador	x Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
Rtas. At>	.1346 ± .0478	35.5	.1667 ± .063	37.8
Persev. / Estereotipo At.	.25 ± .0606	24.25	.0833 ± .0467	56.06
Rtas. At-Sex.	.4038 ± .0687	17.01	.1667 ± .063	37.8
Rtas. Sgre.	.1538 ± .0505	32.84	0 ± 0	

CUADRO 6 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE PRESENCIA DE MECANISMO DE NEGACIÓN Y/O REPRESIÓN EN MUESTRAS DE ABORTO (N=52) Y CONTROL (N=36).				
Indicador	x Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
Rta. Negada + Rta. por la Negativa	.1731 ± .053	30.61	0 ± 0	

CUADROS COMPARATIVOS EN CASOS DE ABORTO PROVOCADO (N=19) Y ABORTO ESPONTÁNEO(N=33)

CUADRO 7 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE SHOCK EN MUESTRAS DE ABORTO PROVOCADO (N=19) Y ABORTO ESPONTÁNEO (N=33)				
Indicador	x Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
Sh. símbolos de maternidad	.0526 ± .0526	100	.2424 ± .0758	31.25
Sh. Agresividad / impulsividad	.3684 ± .1137	30.86	.6364 ± .085	13.36
Sh Afectos	.2632 ± .1038	39.44	.5758 ± .0874	15.17
Sh Vinculos	.7895 ± .0961	12.17	.6389 ± .0812	12.71
Sh Adaptación	.1579 ± .0859	54.43	.2121 ± .0723	34.07

CUADRO 8 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE CONFLICTO Y PROBABLE SITUACIÓN DE CRISIS EN MUESTRAS DE ABORTO PROVOCADO (N=19) Y ABORTO ESPONTÁNEO (N=33)				
Indicador	X Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
Vit .% > + Am. % <	.8421 ± .0859	10.21	.6667 ± .0833	12.5
Vit .% > + Am.% < + Pert.% >	.1053 ± .0723	68.66	.0909 ± .0508	55.9

CUADRO 9 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE DUELO RECIENTE, DEPRESIÓN, VIVENCIA DE DAÑO Y SITUACIONES TRAUMÁTICAS EN MUESTRAS DE ABORTO PROVOCADO (N=19) Y ABORTO ESPONTÁNEO (N=33)				
Indicador	x Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
Mor	.4211 ± .1164	27.64	.4242 ± .0874	20.59

CUADRO 10 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE PRESENCIA DE MECANISMO DE DISOCIACIÓN EN MUESTRAS DE ABORTO PROVOCADO (N=19) Y ABORTO ESPONTÁNEO (N=33)				
Indicador	X Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
F%> + F+%E	.1053 ± .0723	68.72	.1667 ± .063	37.8
F%> + F+%<	.4737 ± .1177	24.85	.3939 ± .0864	21.93
F+%< + F+ext.%E	.0526 ± .0526	100	.1515 ± .0634	41.83
F+%E + Fext.%<	.2105 ± .0961	45.64	.1212 ± .0577	47.6
F+%< + Fext.%>	.2632 ± .1038	39.44	.303 ± .0812	26.81
F+%> + F+ext.%<	.1053 ± .0723	68.72	.0286 ± .0286	100

CUADRO 11 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE TIPO NEURÓTICA POR UNA TEMÁTICA O SITUACIÓN CONFLICTIVA SOMÁTICA DE CONTENIDO SEXUAL PRESENCIA DE MECANISMO DE DISOCIACIÓN EN MUESTRAS DE ABORTO PROVOCADO (N=19) Y ABORTO ESPONTÁNEO (N=33).				
Indicador	x Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
Rtas. At>	.1579 ± .0859	54.43	.1212 ± .0577	47.6
Persev. / Estereotipo At.	.3684 ± .1137	30.86	.1818 ± .0682	37.5
Rtas. At-Sex.	.5789 ± .1164	20.1	.303 ± .0812	26.81
Rtas. Sgre.	.1053 ± .0723	68.72	.1818 ± .0682	37.5

CUADRO 12 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE INDICADORES DE PRESENCIA DE MECANISMO DE NEGACIÓN Y/O REPRESIÓN EN MUESTRAS DE ABORTO PROVOCADO (N=19) Y ABORTO ESPONTÁNEO (N=33)				
Indicador	x Ab.± Sx Ab.	ErrAb.%	x Cnt.± Sx Cnt.	ErrCnt.%
Rta. Negada + Rta. por la Negativa	.2105 ± .0961	45.64	.1515 ± .0634	41.83

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos indican que las muestras de aborto y control no son iguales con respecto a los indicadores de personalidad analizados. También indican diferencias entre el grupo de abortos provocados y espontáneos, para algunos indicadores, aunque coincidiendo en otros que remiten, por tanto, a condiciones de igualdad.

Tales primeras observaciones nos permiten aproximarnos al tema con bastante consistencia de los datos con los hechos que las caracterizan. Así pues, era de esperarse, que mujeres que atravesaron una experiencia de aborto no presenten exactos indicios psicológicos con relación al embarazo y la maternidad, a diferencia de aquellas que llevaron a término su embarazo con un nacido vivo y que no tienen antecedentes de aborto en su historia médica.

Agudizando tal primera aproximación, profundizamos las diferencias halladas y conformamos un perfil psicológico para cada una de las muestras analizadas, de acuerdo con los indicadores presentes y las diferencias significativas encontradas.

PERFIL PSICOLÓGICO DE LA MUESTRA DE ABORTOS

Mujeres que presentaron mayor porcentaje de la presencia de indicadores (con respecto a la muestra de control) de conflicto y probable situación de crisis (Vit. %>, Am. %<), con dificultad de manejo de la agresividad e impulsividad (Shock al Rojo), así como también en el manejo de los afectos (Shock al Color). Con indicios de presencia de situación traumática, vivencias de daño, duelos recientes y depresión (Mor). Tales características parecen corresponder con la presencia de una preocupación de tipo neurótica por una temática o situación particularmente conflictiva, con connotaciones de contenido sexual femenino (Persev./Estereotipo At., At-Sex.). Finalmente, se encontraron indicadores de presencia de mecanismo de negación y/o represión (Rta. Negada + Rta. Por la Negativa).

Nota: Si bien tales últimos indicadores no fueron posibles de confirmar a partir del método de las diferencias significativas, consideramos útil su diferencia real de presencia vs. ausencia como una primera aproximación al tema. Pensamos que tal diferencia no se presenta de modo más consistente debido a que el presente trabajo remitió a la búsqueda de indicadores a muy corto plazo; es decir, recientes al hecho del aborto.

Planteamos la cuestión de un modo abierto para continuar su estudio.

PERFIL PSICOLÓGICO DE LA MUESTRA DE CONTROL

Mujeres que presentaron mayor porcentaje de presencia de indicadores (con respecto a la muestra de abortos) de situación de crisis con capacidad de manifestar el conflicto (Vit.%> + Am.%< + Pert.%>). Si bien presentaron indicadores de una preocupación somática relacionada con una temática sexual femenina, esta se presentó en un porcentaje menor al obtenido en la muestra de abortos (Persev./Estereotipo At. en abortos: $0,25 \pm 0,0606$ [Err.%=24,25], y en control: $0,0833 \pm 0,0467$ [Err.%=56,06]; At-Sex. en abortos: $0,4038 \pm 0,0687$ [Err.%=37,8]). Por esto, no podemos confirmar que la presencia de tales indicadores se da en la misma medida, y por lo tanto, no podemos concluir que en ambas muestras tal preocupación sea igual. Por otro lado, presentaron indicios de presencia de mecanismo de disociación de lo afectivo con tendencia a apartarse de la realidad o presentar fallas de control racional al disociar ($F+\%< + F+ext\%E, F+\%< + Fext\%>$).

PERFIL PSICOLÓGICO DE LA MUESTRA DE ABORTOS PROVOCADOS

Mujeres que presentaron mayor porcentaje de presencia de indicadores (con respecto a la muestra de abortos espontáneos) de conflicto y probable situación de crisis (Vit.%> + Am.%<), y de una preocupación de tipo neurótica relacionada con una temática sexual femenina (Persev./Estereotipo At., At.-Sex.).

Si bien presentaron indicadores de conflicto con la maternidad y de relaciones alteradas con el elemento materno, se evidenció una diferencia con menos porcentaje de presencias de los indicadores que en el grupo de abortos espontáneos (Shock al agujero + Shock al vacío en ab. provocados: $0,0526 \pm 0,0526$ [Err.%=100], y en ab. espontáneos: $0,2424 \pm 0,0758$ [Err.%=31,25]).

Nota: Registramos tal último dato por considerarlo un indicador de utilidad para la posterior lectura interpretativa de los resultados con relación a los mecanismos psicológicos presentes luego del aborto.

PERFIL PSICOLÓGICO DE LA MUESTRA DE ABORTOS ESPONTÁNEOS

Mujeres que presentaron mayor porcentaje de presencia de indicadores (con respecto a la muestra de abortos provocados) de conflicto y dificultad en el manejo de la agresividad e impulsividad (Shock al Rojo) y de los afectos (Shock al Color) y de conflicto con la maternidad y de relaciones alteradas con el elemento materno (Shock al agujero + Shock al vacío).

Nota: Contrariamente a lo que se observó en la muestra de ab. provocados, en esta se obtuvo un porcentaje menor de presencias de indicadores de conflicto y probable situación de crisis (Vit.%> + Am.%<), y de una preocupación de tipo neurótica relacionada con una temática sexual femenina (Persev./Estereotipo At., At.-Sex.)

Tales resultados nos permiten concluir en la presencia de indicadores, que si bien se presentaron en ambas muestras, su presencia resultó de una diferencia significativa para una o para otra, manteniendo coherencia interna y con los hechos que las caracterizan. Tal es también, el caso de no haber hallado diferencias significativas entre estas dos muestras de abortos para el indicador de situación traumática, con vivencias de daño, duelos recientes y represión (Mor).

Concluyendo, podemos afirmar que en el primer nivel de análisis obtuvimos resultados que diferencian significativamente lo que sucede a nivel psicológico en la mujer que atraviesa por una situación de pérdida de embarazo, más allá de su distinción natural o provocada.

En tanto, para nuestro segundo nivel de análisis de datos, encontramos que las diferencias significativas no nos permitieron una lectura de acontecimientos opuestos en curso en casos de abortos provocados y espontáneos. Más aún, no hallamos diferencias en cuanto a la presencia del indicador que remite a vivencias de daño por una situación traumática de duelos recientes y que conlleva sentimientos de depresión.

Consideramos que los resultados obtenidos son válidos como una primera aproximación al tema, si bien somos partidarios de la profundización de tales conceptos a partir del estudio que pueda tener una visión más epidemiológica.

DISCUSIÓN

Los perfiles psicológicos descriptos con relación a los indicadores presentes, nos permitieron aproximarnos a las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo.

Consideramos que cada uno de tales perfiles responde con bastante lógica y exactitud a los procesos y fenómenos psicológicos observados a largo plazo.

Consideramos que cada uno de tales perfiles responde con bastante lógica y exactitud a los procesos y fenómenos psicológicos observados a largo plazo.

En un primer nivel de análisis, el perfil de las mujeres que abortaron resultó significativamente diferente, en comparación con aquellas que nunca han perdido un embarazo y han llevado el último de ellos a término con un nacido vivo.

De acuerdo a los datos obtenidos, el aborto comporta un conflicto y una probable situación de crisis. Esto, con la consecuente dificultad en el manejo de la agresividad, de la impulsividad y de los afectos. A la probable situación traumática, de vivencias de daño relacionadas con duelos recientes, y que despiertan sentimientos de depresión. Además, los indicios observados de una preocupación de tipo neurótica por una temática o situación particularmente conflictiva, con connotaciones de contenido sexual femenino, nos permiten pensar que el conflicto presente se encuentra en relación con la sexualidad femenina.

Finalmente, los indicadores de presencia de mecanismo de negación y/o represión, tal como fueron hallados en el presente trabajo, evidencian el inicio de un proceso de mecanismos de negación y/o represión.

Resulta relevante que en la muestra de control no se hallan encontrado indicadores que remitan específicamente a una situación de conflicto con la sexualidad femenina; así como también, que hallamos observado indicadores de una mayor capacidad de expresión de los conflictos. Esto coincide con lo observado en la muestra anterior, pues resulta lógico pensar tal capacidad de expresión mediando mecanismos de disociación y no de negación y/o represión. Estos últimos cumplen la función defensiva de evitar que los conflictos surjan y puedan ser expresados.

Uno de los fenómenos descritos en las consecuencias a largo plazo es la presencia de mecanismos de negación y represión, más allá de la disociación. Tales primeros mecanismos sustentan la sintomatología presente en el PAS, dando lugar a las afecciones somáticas consecuentes (Ney, 1997, Rue-Speckhard, 1996, Cassadei, 1996, entre otros).

Recordemos que una emoción distresante, como lo implica una situación traumática, es captada por el cerebro emocional (DeLoux, 1986, 1992). Este se encuentra en íntima relación con el sistema inmunológico (Ader, 1974, McEwen, 1993, entre otros) al cual impacta negativamente y quedando en estado de mayor propensión a padecer afecciones somáticas (Frasure-Smith et al., 1993; Strain, 1991, Burton et al., 1986; Ney, 1997). Esto convalida una vez más la noción de aborto como trauma, y como tal, su impacto sobre el sistema límbico e inmunológico.

Por otro lado, el indicador de presencia de situación traumática con vivencias de daño por duelos recientes, hallado en la muestra de abortos, se corresponde también con el concepto de trauma. Esta vez, más específicamente, con la noción homologable a un accidente, cambios bruscos, catástrofes, etc. (Passalacqua – Gravenhorst, 1996).

Esto nos permite relacionar, nuevamente, el aborto con un evento traumático, y además en vinculación con el PTSD (Rue-Speckhard, 1996).

Los perfiles psicológicos hallados para las muestras de abortos provocados y espontáneos, nos permiten realizar un segundo nivel de análisis y evaluación del tema, a modo de una primera aproximación.

Los resultados nos indican que el aborto provocado comporta para la mujer una situación de crisis. Esto, mantiene su lógica con lo hallado en el primer nivel de análisis.

Por otro lado, las diferencias significativas obtenidas con respecto a la muestra de abortos espontáneos, nos permiten pensar que se trata de dos situaciones que difieren en algo.

Existe un mayor porcentaje de presencias de indicadores de conflicto y situaciones de crisis, y de preocupación de tipo neurótica, relacionada con una temática sexual femenina, en los casos de abortos provocados. Además, estos presentaron indicadores de conflicto con la maternidad y de relaciones alteradas con el elemento materno, aunque con menor porcentaje de presencias de los indicadores que en el grupo de abortos espontáneos.

Hallamos otra diferencia en el porcentaje de presencias de indicadores de conflicto y dificultad en el manejo de la agresividad, impulsividad y afectos, y de conflicto con la maternidad y de relaciones alteradas con el elemento materno. Tal diferencia se presentó en un mayor porcentaje de indicadores en los casos de abortos espontáneos. Este segundo nivel de análisis nos permite pensar que los fenómenos presentes son muy similares en ambos tipos de interrupción del embarazo. Esto, no cuestiona la lógica del tema, sino que reafirma que existe un factor común a los dos.

Podemos hacer una lectura de este fenómeno a partir de la noción de la ruptura de los vínculos biológicos y psicológicos, que se da en toda interrupción de embarazo.

Los resultados obtenidos se corresponden con ello, pues no hallamos diferencias significativas entre abortos provocados y espontáneos en indicadores de vivencias de daño por duelos recientes. Por lo tanto, en ambos casos estamos frente a un proceso de duelo, que resulta de la pérdida de una vida humana en desarrollo. Más aún, tal situación comporta una crisis de tipo traumática en los dos casos.

Un punto que nos cuestiona son las diferencias observadas en indicadores de conflicto con la maternidad y de relaciones alteradas con el elemento materno, presentes en los casos de abortos espontáneos con un mayor porcentaje de presencias.

Pensamos que pueden tener relación con el sentimiento de frustración ante la pérdida natural y no esperada de un hijo por nacer, lo cual conllevaría sentimientos de ira o enojo, de agresividad e impulsividad. Y, por ser una maternidad frustrada el factor desencadenante de tales fenómenos psicológicos, consideramos que el mayor porcentaje de presencias de un indicador de relaciones alteradas con el elemento de la maternidad y de conflicto frente a ella, no escapa a la lógica de los acontecimientos.

Desde otro punto de vista, tal presencia coincide con lo hallado en la literatura acerca del test de Rorschach: el shock al agujero es considerado por Bohm (1970) como un caso particular del estupor frente a los símbolos sexuales femeninos, y el shock al vacío "muchas veces se refiere a abortos espontáneos o provocados recientes o no elaborados"³⁵.

De todos modos, dejamos la cuestión abierta hasta tanto se pueda profundizar el estudio particular del tema.

El estudio y el análisis de los datos proveen resultados que no se contraponen con los conocimientos actuales en cuanto a las consecuencias psicológicas del aborto en la mujer, sino que los amplía.

Consideramos que el presente trabajo plantea una línea específica de estudio e investigación del tema: sus consecuencias psicológicas a muy corto plazo, estudiadas a partir del test de personalidad de Rorschach.

Por otro lado, posee particulares características, por ser tomado de un sector de la realidad de nuestro país, más específicamente, de la Ciudad de Buenos Aires, donde el aborto provocado es ilegal. Si bien, por un lado, tal característica torna difícil la tarea de búsqueda de muestras amplias, sostenemos que es posible acrecentar los conocimientos en base a trabajos conjuntos o de mayor tiempo de duración, sin necesidad de revertir tal ilegalidad. Por el contrario, los conocimientos desarrollados en el presente trabajo dan prueba y evidencia suficiente de la falsedad del concepto de "aborto seguro", a partir del cual se busca legalizar el aborto voluntario o provocado.

Son actualmente reconocidas las consecuencias psicológicas negativas del aborto en la mujer. Recordemos el paradójico planteo de asistencia y seguimiento que los profesionales de la fertilización asistida (Garel et al., 1995), de la eugensia seguida de un diagnóstico prenatal (Tedgard, 1998) o de la práctica del aborto llamado terapéutico (Rosenfeld, 1992) postulan para poder continuar con sus respectivas prácticas en los momentos en que los padres pasan por situaciones de "gran presión psicológicas y sus consecuencias"³⁶, debido a la decisión de abortar.

Además, no sólo se tiene un conocimiento suficiente de las consecuencias a largo plazo reunidas en el PAS, sino también de los cuadros psiquiátrico y psicológico que se pueden presentar en una Psicosis Post-Aborto o en un cuadro del Estrés Post-Aborto.

Por otro lado, actualmente se encuentran en estudio las consecuencias que el aborto comporta para el equipo médico y auxiliar abortista (Ney, 1983, 1997; Ney-Barry, 1983).

Concluyendo, la aproximación realizada al tema del aborto resulta ser un primer paso para estudiar los comportamientos humanos con respecto a la vida humana. Del recorrido teórico-práctico y sus conclusiones, podemos ampliar el campo de estudio del aborto. Esto, abriendo una línea de investigación del alcance que la negligencia y el abuso infantil, el aborto y sus fenómenos consecuentes tienen sobre el valor que el mismo hombre le asigna la vida humana.

UA MIRADA BIOÉTICA

El estudio del tema no abre sólo líneas de investigación netamente psiquiátrico-psicológica, sino que plantea la cuestión del alto componente bioético que conlleva. Al componente queda de manifiesto al seguir con detenimiento el proceso biológico que se da para que una mujer aborte. Tanto en sus causas como en sus consecuencias, estamos frente a una situación en la cual la vida humana pierde su valor intrínseco.

Los diferentes grados y tipos de negligencia y abuso infantil comportan una pérdida del valor de la vida humana en las primeras etapas de su desarrollo. Los procesos psicológicos involucrados en tales conductas hacia los niños, se extienden a los diferentes ámbitos de la vida de la persona.

Así, los mecanismos de desensibilización y deshumanización que se ponen en marcha en conductas de negligencia y abuso infantil (Ney, 1997), alteran el concepto de sí mismo y del mundo (Al-Mateen et al., 1998, entre otros). La autoestima del niño se ve disminuida, surgen sentimientos de inseguridad, de falta de confianza en sí mismo y en los demás, y consecuentemente, sus relaciones interpersonales tienden a no ser positivas o adaptativas. Por el contrario, al no tener la suficiente estima o valor personal, no se creará capaz de involucrarse en relaciones interpersonales de valoración y respeto mutuo.

Se observa que niños con experiencias de negligencia y/o abuso presentan dificultades para entablar vínculos interpersonales tempranos y tardíos (Bowlby, 1969; Ney, 1993).

El aborto es una consecuencia de no valorar la vida humana desde su concepción; lo cual, resulta lógico dentro del marco de la pérdida del valor de la vida humana en su etapa infantil y adolescente. Esto pues, si no vale la vida en su desarrollo, tampoco lo valdrá en sus primeros inicios. Más aún, si la ciencia se deshumaniza (continuando con el mecanismo psicológico).

La deshumanización de la ciencia lleva implícita el concepto de deshumanización del científico o del investigador, pues es el hombre quien hace ciencia o investiga. Consecuentemente, es de esperar que la práctica médica se deshumanice. Resulta lógico pues, la fertilización in Vitro, la eugenesia y la eutanasia. Llegamos entonces a la pérdida del valor de la vida humana es su etapa final.

“Los cambios culturales y el proceso científico pautan nuestra vida moral (...) Nada, sin embargo, es más preocupante que la humillación del hombre en esta situación, es decir la imposibilidad de asentar sólidamente su dignidad. Una radiografía minuciosa de la sociedad actual nos permitiría apreciar la índole patológica de esos fenómenos”.³⁷

Concluimos, que tal pérdida de valor se extiende al concepto mismo de la vida humana. Pierde valor la vida en sí misma. Se produce entonces un “ciclo vicioso”, patológico, entre negligencia y abuso infantil, aborto, eugenesia y eutanasia (Ney, 1997).

Queda planteada, entonces, una cuestión bioética íntimamente relacionada con el estudio de los comportamientos del ser humano y el alcance con respecto a la vida humana.

NOTAS

- 1 Instituto de Ética Biomédica de la Pontificia Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires".
- 2 SANTOS RUIZ, A., Instrumentación genética, Madrid, MC, 1987, p.28-29.
- 3 REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, Diccionario de la Lengua Española, Madrid, Espasa Calpe, 21ª edición, T.I, 1992.
- 4 *Ibidem*.
- 5 NAVARRO-BELTRAN, E., Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Barcelona, Salvat, 12ª edición, 1987.
- 6 Cf. CASADEI, D., La síndrome post-abortiva: ipotesi e verifiche cliniche, en GINDRO, S., MANCUSO, S. et al, Aborto Voluntario. Le conseguenze psichiche, CIC, Edizioni Internazionali, 1996.
- 7 NEY, P.G., Deeply Damaged, Victoria-BC, Pioneer, 1997, p.20.
- 8 *Ibidem*, p.22.
- 9 *Ibidem*, p.23.
- 10 *Ibidem*, p.90.
- 11 *Ibidem*, p.154.
- 12 *Ibidem*, p.105.
- 13 *Ibidem*, p.144.
- 14 *Ibidem*, p.149.
- 15 NEY, P.G., op.cit., p.145.
- 16 *Ibidem*, p.149.
- 17 CIA, A., Trastornos por Ansiedad, Buenos Aires, Estudio Sigma, 1994, p.50.
- 18 GOLEMAN, D., La inteligencia emocional, Buenos Aires, Vergara, 1996, p.37-38.
- 19 *Ibidem*, p.39.
- 20 *Ibidem*, p.199.
- 21 *Ibidem*, p.201. Goleman cita al respecto: Maier, S.B. et al, "Psychoneuroimmunology", American Psychologist, diciembre de 1994.
- 22 *Ibidem*, p.207. Cita de McEwen, B., Stellar, e., "Stress and the Individual: Mechanisms leading to Disease", Archives of Internal Medicine, 153, 27 de septiembre de 1993.
- 23 CIA, A., op. cit., p.113.
- 24 GOLEMAN, D., op. cit., p.210-211.
- 25 Véase al respecto: NEY, P., FUNG, T., WICKETT, A.R., "The effects of pregnancy loss on women's health", Journal of Social Science and Medicine, 38 (9), 1193-1200.
- 26 Véase al respecto el trabajo presentado por tales autores en el III Congreso Científico Internacional sobre el aborto voluntario, Roma, febrero de 1996: RUE, V., SPECKHARD, A. et al, Sintomi da trauma conseguente ad aborto volontario. Un'analisi preliminare dei dati russi e americani, en GINDRO, S., MANCUSO, S. et al, op. cit., 1996, p.26.
- 27 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R, Washington D.C., 1987.
- 28 AGICH, G., Disordine da stress post-traumatico e aborto, en GINDRO, S., MANCUSO, S. et al, op. cit., 1996, p.51.
- 29 *Ibidem*, p. 52.
- 30 RUE, V., SPECKHARD, A. et al, Sintomi da trauma conseguente ad aborto volontario. Un'analisi preliminare dei dati russi e americani, en GINDRO, S., MANCUSO, S. et al, op. cit., 1996, p.26.
- 31 *Ibidem*.
- 32 *Ibidem*, p.34-35.
- 33 PASSALACQUA, A. et al, op. cit., p. 54.
- 34 Véase al respecto las aclaraciones que para cada uno de ellos se realizan en: PASSALACQUA, A. et al, El psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación, Buenos Aires, Klex, 2ª edición, 1994. PASSALACQUA, A., GRAVENHORST, M.C., Los fenómenos especiales en Rorschach, Buenos Aires, JVE Psiqué, 3ª edición, 1996.
- 35 PASSALACQUA, A., GRAVENHORST, M.C., op. cit., 1996, p.144.
- 36 TEDGARD, U., "Carrier testing and prenatal diagnosis of haemophilia – utilization and psychological consequences", Haemophilia 1998 Jul;4(4):356-9.
- 37 OBIGLIO, H., La dignidad de la persona y la biografía de la humanidad, Buenos Aires, Instituto de Ética Biomédica – UCA.

APÉNDICE

1. PTSD – DSM – III - R
 2. PTSD – DSM - IV
 3. CURVA DE LA FUNCIÓN HUMANA (NIXON, 1982)
- CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRANSTORNO POR ESTRÉS POS-TRAUMÁTICO (309.89)**

1. PTSD – DSM – III - R

- A. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo; por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.
- B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las tres formas siguientes:
- 1) recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento (en los niños pequeños, juegos repetitivos en los que se expresan tema o aspectos del traumatismo);
 - 2) sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento;
 - 3) conductas y sentimiento súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos [flashback], incluso cuando ocurren al despertar, o como consecuencia de alguna intoxicación de drogas);
 - 4) malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso el aniversario.
- C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por tres de los siguientes fenómenos:
- 1) esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma;
 - 2) esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma;
 - 3) incapacidad para recordar algunos de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena);
 - 4) disminución marcada del interés en las actividades significativas (en los niños pequeños por ejemplo, pérdida de las habilidades de desarrollo recientemente adquiridas, como aseo o lenguaje);
 - 5) sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás;
 - 6) sensación de acortamiento de futuro (no se espera por ejemplo realizar una carrera, casarse, tener hijos o una larga vida).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (no existente antes del trauma), puestos de manifiesto por los menos por dos de los siguientes fenómenos:
- 1) dificultad para conciliar o mantener el sueño;
 - 2) irritabilidad o explosiones de ira;
 - 3) dificultad para la concentración;
 - 4) hipervigilancia;
 - 5) respuesta de alarma exagerada;
 - 6) reactividad fisiológica frente a la exposición de aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo, una mujer que ha sido violada en un ascensor se pone a sudar cuando entra en alguno.
- E. La duración del trastorno (síntomas en B, C y D) ha sido por lo menos de un mes. Especificar comienzo demorado si el inicio de los síntomas tuvo lugar al menos seis meses después del traumatismo.

2. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F43.1 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO [309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
- B. el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 - (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
 - (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al

- intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
- (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 - (5) respuestas fisiológicas al exponerse a es estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C. evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 - (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 - (3) incapacidad para recordar un aspecto traumático del trauma
 - (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 - (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 - (6) restricción de la vida afectiva (p. ej. incapacidad para tener sentimientos de amor)
 - (7) sensación de un futuro desolados (p. ej. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
 - (2) irritabilidad o ataques de ira
 - (3) dificultades para concentrarse
 - (4) hipervigilancia
 - (5) respuestas exageradas de sobresalto
- Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- E. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses
- Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

- De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

3. CURVA DE LA FUNCIÓN HUMANA (NIXON, 1982)

TRANSTORNOS POR ANSIEDAD

Imagen - gráfico

Activación biológica (*drives* internos y estímulos externos)

3• CURVA DE LA FUNCIÓN HUMANA (NIXON, 1982)



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADER, R., et al., "Psychoneuroimmunology" San Diego, Academic Press, 2ª edición, 1990.
- AGICH, G., "Disordine da stress posttraumatico e aborto", En GINDRO, S. et al., "Aborto voluntario. Le conseguenze psichiche", Roma, CIC, 1996.
- AL-MATEEN, C. et al., "Abuso infantil", En PARMELEE, D., "Psiquiatría del niño y el adolescente", Madrid, Harcourt Brace, 1998.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R, Washington D.C., 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, Washington D.C., 1995.
- BASSO, D., "Nacer y morir con dignidad. Bioética", Buenos Aires, Depalma, 1991.
- BECA, J. P., "Mortinatos: análisis desde la práctica clínica", En PROGRAMA REGIONAL DE BIOETICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE – OPS/OMS, Serie Documentos, 1997.
- BOHM, E., "Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach", Madrid, Morata, 1970.
- BOWLBY, J., "Attachment", New York, Basic Books, Vol. I, 1969.
- BURTON, H. et al., "The relationship of depression to survival in chronic renal failure", Psychosomatic Medicine, marzo 1986.
- CACCIA, N. et al., "Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis", American Journal of Obstetrics and Gynecology, oct. 1991, 165:1122-5
- CARRASCO DE PAULA, I., "Autonomía e identidad del embrión humano", En VV.AA., "Vida humana, solidaridad y teología", Madrid, 1990, 207.
- CASEY, P., "Psychological effects of abortion", Decisions, 1997, 12: 7-8.
- CASSADEI, D., "La sindrome post-abortiva: ipotesi e verifche clinche", En GINDRO, S. et al., "Aborto voluntario. Le conseguenze psichiche", Roma, CIC, 1996.
- CIA, A., "Trastornos por Ansiedad", Buenos Aires, Estudio Sigma, 1994.
- CURTIS, H., BARNES, N.S., "Invitación a la Biología", Madrid, Panamericana, 1996.
- DENNIS, M., "Necessity and sorrow. Life and death in an abortion hospital", New York, Basic Books, 1976.
- ELDER, S. et al., "The impact of supportive intervention after second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality", Prenat. Diagn. 1991 Jan; 11(1):47-54.
- FRASURE-SMITH, N. et al., "Depression following myocardial infarction". Journal of the American Medical Association, 20 de octubre de 1993.
- FREIDL, W., "Induced abortion – a critical life change event", Zentrabl Gynakil. 1991; 113(15-16):869-77. (Abstract)
- FUENTES M. X., Acerca del duelo de aborto, En PROGRAMA REGIONAL DE BIOETICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE – OPS/OMS, Serie Documentos, 1997.
- GALLAGHER, J., "Is the human embryo a person?. A philosophical investigation", Toronto, 1985, 9.
- GAREK, M.M "Psychological effects of embryonal reduction. From the decision making to 4 months after delivery", J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., Paris, 1995, 24(2):119-26.
- GINDRO, S. et al., "Aborto voluntario. Le conseguenze psichiche", Roma, CIC, 1996.
- GOLEMAN, D., "La inteligencia Emocional", Buenos Aires, Vergara, 1995.
- GOMEZ LAVIN, C., Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer, Cuadernos de Bioética, 1994/1a.-2a., 28:30.
- KUMAR R., ROBSON K., "Previous induced abortion and ante-natal depression in primiparae: A preliminary report of a survey of mental health in pregnancy", Psychol. med. 8, 711-715, 1978.
- LEDOUX, J., "Emotion and the limbic system concept", Concepts in Neuroscience, 1992; 2.
- LEDOUX, J., "Sensory systems and emotions", Integrative Psychiatry, 1986; 4.
- LOPEZ GARCIA, A., "Comienzo de la vida del ser humano" Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 1985, 231; 29.
- MAIER, S., et al., "Psychoneuroimmunology", American Psychologist, 1994.
- McEWEN, B., STELLAR, E., "Stress and the individual: mechanisms leading to disease", Archives of Internal Medicine, 1993 Sept; 153.
- MIKHAIL, M., "The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1991 Oct; 165, (4):988-991.
- NARITA, S., MARHARA, S., "The development of maternal-fetal attachment during pregnancy", Nihon Kango Kagakkaishi, 1993 Oct; 13 (2):1-9. (Abstract).
- NAVARRO-BELTRAN, E., "Diccionario terminológico de ciencias médicas", Barcelona, Salvat, 12ª edición, 1987.
- NEY, P, FUNG, T, WICKETT, A. Et al., "The effects of pregnancy loss on women's health", Journal of Social Science and Medicine, 1994;38 (9); 1193-1200.
- NEY, P., "Child mistreatment: possible reasons for its transgenerational transmission", Canadian Journal of Psychiatry, 34:594:601.
- NEY, P., "Deeply damaged", Victoria, Canada, Pioneer Publishing, 1997.
- NEY, P., "Relationship between abortion and child abuse", Canadian Journal of Psychiatry, 1979,24:610-620.
- NEY, P., BARRY, J., "Children who survive", New Zealand Medical Journal, 1983; 96:127-29, 13:168-79.
- NEY, P., PEETERS, M., "Aborting survivors", Victoria-Canada, Pioneer Publishing, 1995.

NEY, P., PEETERS, M., "How to talk to your children about your abortion", Victoria-Canada, Pioneer Publishing, 1998.

NEY, P., PEETERS, M., "The Centurion's Pathway", Victoria-Canada, Pioneer Publishing, 1997.

NEY, P., PETERS, A., "Ending the cycle of abuse", New York, Brunner/Mazel, 1995.

NEY, P., WICKETT, A., "Mental health and abortion: review and analysis", *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 1989, 14 (4), 506-516.

NIXON, P., "The human function curve. A paradigm for our times", *Activitas Nervosa Superioris*, (3): 130-133.

OBIGLIO, H., "La dignidad de la persona y la biografía de la humanidad", Buenos Aires, Instituto de Ética Biomédica-UCA, 1994.

ORMONT, M. et al., "Multifetal pregnancy reduction. A review of an evolving technology and its psychosocial implications", *Psychosomatics* 1995 Nov-Dec; 36 (6):522-30.

PANCHERI, P., "Stress, emozione, malattia", Milano, Ed. Mondadori, 1980.

PASSALACQUA, A. et al., "El psicodiagnóstico de Rorschach. Sistematización y nuevos aportes", Buenos Aires, Alex, 3ª edición, 1994.

PASSALACQUA, A., et al., "El psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación", Buenos Aires, Alex, 2ª edición, 1993.

PASSALACQUA, A., GRAVENHORST, M., "Los fenómenos especiales en Rorschach", Buenos Aires, JVE Psiqué, 3ª edición 1996.

PETERS, M., "The miracle of human life", Second Eastern Conference on Love, Life and Family, Moscow-Russia, May 18-20, 1994.

POPLAWSKI, N. et al., "Ethics and embryos", *J. Med. Ethics*, 1991 Jun; 17 (2): 62-9.

RABIN, B., et al., "Bidirectional interaction between the central nervous system and the immune system", *Critical Reviews in Immunology*, 1985; 135.

ROSENFELD, J., "Emotional responses to therapeutic abortion", *Am. Fam. Physician*, 1992 Jan; 45 (1):137-40.

RUE, V., SPECKHARD, A., et al., "Sintomi da trauma conseguente ad aborto volontario. Un analisi preliminar dei dati russi e americani", En GINDRO, S., et al., "Aborto volontario. Le conseguenze psichiche", Roma, CIC, 1996.

RUE, V., SPECKHARD, A., "Post-Abortion Syndrome: an emerging public health concern", *Journal of Social Issues*, 1992, 48 (1):95-119.

SANTOS RUIZ, A., "Instrumentación genética", Madrid, MC, 1997.

SARMIENTO, A., "El don de la vida". Documentos del Magisterio de la Iglesia sobre Bioética", Madrid, BAC, 1996.

SCOTLAND, N.L., The mind of the abortion trauma syndrome: *Journal of American Medical Association* 268 (1992), 2078-2079.

SELBY, T.L. & BOCKMON, M., *The morning after: help for the post-abortion syndrome*, Baker Books House, Grand Rapids MI, 1990.

SERANI M, A., El aborto provocado, En LAVADOS, M. SERANI, M., A., *Ética Clínica*, Chile, Ediciones de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1993.

SERRA, A., "La realidad biológica del neoconcepito", *La Civilitat Catòlica*, 1987; 138,19.

SEYLE, H., "A syndrome produced by diverse noxious agents", *Nature*, 1936; 138:32.

SEYLE, H., "The stress of life", New York, MacGraw, 1956.

STRAIN, J., "Cost offset from a psychiatric consultation- Liaison intervention with elderly hip fracture patients", *American Journal of Psychiatry*, 1991; 148.

SUTTON, A., "Abortion: psychological indications and consequences", *Catholic Medical Quarterly*, 1993 Aug; 15, 1 (259):11-15.

TEDGARD, U. et al., "Carrier testing and prenatal diagnosis of haemophilia – utilization and psychological consequences", *Haemophilia* 1998 Jul; 4(4):365-9.

WICKS-NELSON, R., ISRAEL, A., "Psicopatología del niño y del adolescente", Madrid, Prentice Hall, 3ª edición, 1997.

ZOELSE, G., BLACKER, C., "The psychological complications of therapeutic abortion", *British Journal of Psychiatry*, 1992; (160):742-49.