

Aborto electivo: Consideraciones psicosociomédicas

Mario Souza y Machorro, Facultad de Medicina, UNAM

El aborto es la interrupción del embarazo previo a la viabilidad fetal: la evacuación de un producto menor a 500 g o su extracción por cualquier medio antes de 20 semanas. En México, el aborto no es ilegal, pero sus indicaciones médico-legales actuales lo restringen seriamente. En EE.UU., su legalización data de 1973 y la realización es factible durante el primer trimestre del embarazo, cuando lo hace un médico registrado. Para modificar las tasas de mortalidad por aborto, éste se deja a un asunto privado entre la paciente y su médico en base a un registro de ley. En 1970, el Grupo para el Avance de la Psiquiatría propugnó para removerlo de la consideración de acto criminal cuando se reunieran los siguientes criterios: "Que fuera decisión propia de la paciente; que el médico a quien se le pidiera la ejecución del mismo ejerciera una evaluación clínica igual a cualquier otro caso de cirugía electiva, teniendo derecho a rehusarse en base a sus creencias y que explorara con la paciente las bases de la motivación que clarifiquen el embarazo la manipulación o los elementos destructivos que puedan involucrarse en el aborto, y de ser necesario recomendarle atención psiquiátrica".

El rechazo social al aborto se debe a que además de representar el fin de una vida se desaprueba en sí mismo el coito premarital, lo que no omite desde luego al matrimonial o al extramatrimonial. Los argumentos contra el aborto se consideran básicamente en favor del cuidado de los hijos, y el temor a la liberalización de éste debido a que su legislación laxa podría constituir una "Loa a la inmoralidad". sin embargo, en los últimos 15 años, las cifras mundiales de aborto han crecido notoriamente. Durante 1976, en EE.UU. se registraron 968,287 abortos que

representan 15% de aumento respecto al año anterior y, a su vez, 12% más que el año previo. En ese periodo se calcularon 312 abortos por cada 1,000 nacimientos vivos, cifra que es 14% mayor al año anterior. En su desglose, se estimó un promedio de 1,000 abortos por cada 100 nacimientos vivos en mujeres de 15 años; de 600 para la edad cercana a los 40 y 200 en las de 20 a 34 años, respectivamente. El 87% de ellos fueron realizados durante el primer trimestre, y del total mencionado un 15% se practicó en clínicas, 47% en hospitales y 12% en consultorios; datos que son semejantes a lo que ocurre en nuestro medio aunque las cifras varían considerablemente de un medio clínico a otro en los reportes oficiales.

El riesgo de muerte por aborto electivo en EE.UU. se estima cercano a 1.0 por cada 100,000 abortos, cifra que representa la 20 av. parte de las muertes que pueden suceder cuando el embarazo llega a término, y la 6a. parte de la mortalidad asociada a la ligadura tubaria. En Inglaterra en 1971, se reportaron 126,777 abortos, 30,000 mujeres eran extranjeras (de todas las edades), pero casi la mitad eran solteras de 24 años o menos. Sólo 7,000 de las 42,000 mujeres estudiadas tenían más de dos hijos y tenían igual o más de 30 años. En 14,000 mujeres se hizo esterilización al tiempo del aborto, incluyendo a 343 solteras. Las técnicas usadas fueron dilatación y legrado y aspiración en 53,000 casos. La histerotomía se hizo en 11,000 e histerectomía en sólo 1,000 casos. Se reportaron 12 muertes, 3 que siguieran a la aspiración, 2 con un método no determinado y en sólo 7 casos se asume al legrado como causa de muerte.

Se ha observado que el aumento de abortos ilegales produce un alza global en los abortos realizados, es decir, la suma del aborto inducido (electivo e ilegal) y el espontáneo pueden significar finalmente un incremento en la cultura necesaria para consumarlos. Por tanto, se piensa que la mejoría en la educación popular redundará en el

uso o no uso de contraceptivos en quienes desean regular su preñez. Cifras de varios millones por año hablan de un asunto de salud pública, y en virtud de que su comisión es prueba de aceptación del grupo consumidor, su eficacia y los costos de la seguridad relativa a él se infieren fuertemente desde el punto de vista de la medicina social.

Si bien, la psicosis posparto y posaborto son una realidad clínica no muy frecuente, el aborto raramente ocasiona a la paciente que no ha tenido daños emocionales previos, un desorden psiquiátrico grave. La mayoría de las mujeres que abortan dicen tener beneficios sustancialmente mayores que los costos que pudieran suscitarse a corto y largo plazo en su función emocional. Pero la discusión y el conocimiento social sobre el aborto no han progresado tanto así como para asumir hoy una posición inequívoca al respecto. Un argumento que impulsa al aborto a ser visto como positivo es aceptar que favorece el crecimiento emocional de las mujeres, que mejora la introspección, favorece la readaptación psicológica, incrementa la independencia y la habilidad para tomar decisiones y favorece la autosuficiencia. No obstante, existen opiniones contrarias igualmente válidas, por lo que este asunto habrá de sopesarse adecuadamente antes de considerarlo la alternativa a seguir.

Estadísticas confiables señalan que más del 90% de quienes han abortado no lo repiten y a partir de entonces con o sin ayuda del compañero se tornan más cuidadosamente en sus encuentros coitales y más eficientes en el uso de métodos anticonceptivos. En Rumania, URSS y Polonia, la cantidad de abortos inducidos es muy elevada debido al bajo uso de los anticonceptivos, por lo que es visto como la última oportunidad para frenar el incremento demográfico. En Japón durante 1951, por lo menos el 50% de todos los embarazos terminaron 94% en 1964. En Nueva York, durante la primera mitad del año de 1970, el 69% de los abortos fueron antes de la 12a. semana, y para el primer trimestre de 1971, la cifra se elevó al 73%.

Aunque no existe un perfil propio de las pacientes que abortan, sabemos que con más frecuencia son solteras de raza blanca y con baja paridad. Se estimó en EE.UU., en 1976, que 1/3 de ellas tenían entre 20 y 24 años de edad y otro tanto, menos de 19. Casi la mitad de los casos se situaron cerca de los 18 años; un 45% de ellos entre los 15 y los 17; y un 5%, que reportó más de 16,000 mujeres, menores de 14 años. Tales datos no difieren de los reportados en 1972 en ese país, y son semejantes a los de otros países. Las pacientes que abortaron durante el segundo trimestre fueron numéricamente menores, más frecuente-

mente solteras y con menor grado de escolaridad, datos con los que se establece una correlación proporcional inversa entre la edad de la paciente y la edad de la preñez al momento del aborto, así como con la escolaridad.

La mujer que está en pro del aborto en EE.UU. es la mujer blanca de clase media hacia arriba, educada, casada y quien usualmente ha tenido relaciones suficientemente largas y buenas con su doctor, por lo que no parecen existir muchas pruebas de que quienes abortan tengan remordimientos posteriores, particularmente en aquellos lugares donde se ha legalizado éste y su práctica es cotidiana. No obstante, algunas de las mujeres con historia de aborto son descritas como conflictivas y con motivaciones ambivalentes y menos precisas que las de aquéllas de mayor edad y grado de educación. Así, en las pacientes jóvenes con menor estabilidad y solvencia económica, por sus características, el procedimiento puede producirles mayores consecuencias. Aquellas que han repetido el aborto son casi un 10% del total de todos los casos indicados en ese país. De ellas, hasta el 60% no han tenido control anticonceptivo al momento de la preñez. El 35% del total de los casos no tuvo control de su fertilidad del año previo al aborto! Estos datos son parecidos en varios países del orbe, incluido México.

Los profesionales que indican abortos asumen un papel terapéutico al servicio de la comunidad. Pero, que el aborto lo realice un médico no significa que el procedimiento sea aceptable si no se toman en cuenta los diferentes móviles que sirven a aquellos fines que forman parte de la salud biopsicosocial de los individuos, de ahí que el tema resulte siempre controversial.

Si al feto se le considerara una pieza de tejido quirúrgico a pesar de sus características particulares, el aborto no sería diferente a otros procedimientos médicos. Sin embargo, aceptar el aborto terapéutico requiere de cierta adaptación, que las diferentes culturas asimilan con el tiempo: desde este punto de vista, el problema de la aceptación social del aborto es una falla en la aculturación, misma que puede minimizarse si se acepta con fundamentos científicos, para lo cual su indicación deberá ser precisa y con la menor posibilidad de error, lo mismo que su adecuada canalización y manejo psiquiátrico, siempre que el caso lo requiera.

Las madres que no han aceptado el aborto, pero que por razones psicopatológicas rechazan al producto desde la preñez, limitarán seguramente el crecimiento sano e independiente que esos seres humanos requieren. De ahí, que el aborto sea una alternativa contra el síndrome del maltrato infantil, según lo afirman los estudios sobre preñez

ilegítima en adolescentes de baja educación, historia de hospitalización, alcoholismo o desnutrición prenatal. Médicolegalmente se autoriza el aborto cuando existe un afección que pueda provocar defectos al nacimiento (rubeola, exposición a rayos X, etcétera). Si el aborto es aceptado en situaciones clínicas es igualmente válida su indicación por problemas psicosociales.

La enorme incidencia de embarazo en adolescentes, el aumento en la preñez de las casadas, la modificación de la sexualidad entre los solteros y las enormes tasas de sobrepoblación hace a la sociedad y a los médicos reflexionar respecto a un cambio de actitudes en la contracepción y el aborto. No obstante, la ambivalencia que existe en el ámbito clínico sobre este asunto es patente. Unos lo llaman ilegal, otros necesario, médico, preventivo, criminal, etcétera. En algunos países, el aborto se considera un derecho inalineable, en otros se prohíbe su comisión. La asesoría u orientación profesional sobre el aborto es hoy parte de una nueva forma de expresión profesional de la medicina, ya que la mayor parte de los abortos son consecuencia de problemas psicosociales, de falta de información y orientación sexual, por lo cual este asunto debe ser atendido en clínicas especializadas que presten ayuda por lo menos en tres aspectos: apoyar a la mujer a tomar la decisión acerca de su preñez no deseada; ayudarla a implementar la decisión, ya asistirla en el control futuro de su fertilidad, pues se sabe bien por diferentes análisis psiquiátricos realizados en quienes han abortado que hay mucha ambivalencia en relación al embarazo, a la sexualidad o bien problemas con la familia de origen, el cónyuge u otros.

En nuestro país, como en otros, las mujeres con aborto habitual (espontáneo) presentan problemática con la identidad femenina, conflictos con la imagen materna, privación afectiva y variados signos de inmadurez de la personalidad, sobre todo en los aspectos sexuales, lo que consolida la tendencia inconsciente hacia el embarazo que se contradice con un fuerte rechazo involuntario a la maternidad. La situación dubitativa que tras el aborto sucede respecto a si la decisión fue apropiada o no, puede provocar ideas parásitas, finalmente solubles. Los efectos psiquiátricos a largo plazo son regularmente mínimos y variados durante los primeros 3 a 6 meses, pues la mayor parte de las mujeres estudiadas resuelven sus conflictos en este lapso, se tornan más seguras y apropiadas respecto a la duda inicial y posteriormente se ajustan bien a su situación. Sin embargo, conforme aumenta la mujer en edad se torna más reticente a aceptar el aborto a diferencia de las más jóvenes quienes no lo consideran ni

social ni legal, sino simplemente adecuado a una necesidad, y sin estigma lo enfocan socialmente aceptable y médicamente factible, por tanto lo ven como la solución a un embarazo no deseado, en cuyo caso, muy válido de ser rechazado. Visto el aborto así, se facilitaría la aceptación de cualquier procedimiento de transición rápida e intensa, que solución a un embarazo no deseado, en cuyo caso, muy válido de ser rechazado. Visto el aborto así, se facilitaría la aceptación de cualquier procedimiento de transición rápida e intensa, que solucionadora de problemas individuales y consecuencias sociales tuviera escasos y relativos riesgos y posibles enormes ventajas.

La experiencia clínica ha demostrado que las pacientes psicóticas ni empeoran ni mejoran tras el aborto; quienes requieren de atención psiquiátrica son normalmente aquellas que ya se encontraban en supervisión por otros motivos y dadas las circunstancias los efectos psicológicos de las diferentes reacciones frente al embarazo y/o el vaciamiento intrauterino pueden generar crisis que compliquen, agudicen o empeoren los problemas existentes.

Conviene enfatizar que el aborto repetido es indicación de manejo psicológico en función de mostrar una conducta interpretable como autoagresiva que se evidencia en su falta de planeación.

Las mujeres con embarazos ilegítimos o no deseados corren mayor riesgo que los legítimos de contraer trastornos emocionales durante el proceso y una vez que el producto ha nacido, así también la morbilidad infantil se incrementa respecto a la población general. Sin embargo, no puede afirmarse que el rechazo al embarazo sea voluntario, pues múltiples trastornos inconscientes se relacionan con el hecho de que algunas mujeres consideran su embarazo como un desastre inminente, una posibilidad de ruptura temprana de su relación conyugal o una amenaza económica, una deformación corporal u otras limitaciones laborales, escolares, etc. No en vano el embarazo se considera: la experiencia máxima en la vida de una mujer, asumida en la maternidad.

En defensa del aborto, señalan algunos autores, la psiquiatría como disciplina médica debe abogar por una mejor calidad de vida, no sólo en función de que la explosión demográfica amenaza la vida en este planeta, sino porque existen leyes que frenan su comisión y no previenen las consecuencias psicosociales de los hijos no deseados, que en última instancia afecta a la sociedad cuando la contracepción falla, la ignorancia prevalece o la irresponsabilidad se manifiesta.

El aborto terapéutico distingue 4 tipos de mujer: la nulípara soltera; la multípara soltera; la multípara casada

y la divorciada o separada múltipara, mismas que pueden estar dispuestas a repetir el aborto, o no. Ello permite conocer más profundamente la conducta de las pacientes con datos que son de alto valor para el futuro de este problema social y de su posible revisión jurídica. Se estima que el aborto espontáneo ocurre en un 15% de las pacientes obstétricas, quienes se describen a sí mismas como infelices, hostiles, depresivas, nerviosas, sin deseos de tener información respecto a la gestación o el parto. Estudios de muerte espontánea intrauterina y aborto señalan que cuando la pérdida se verbaliza adecuadamente y el manejo se facilita por la familia y el médico, el proceso se cataliza vía catarsis modificando la culpa y la vergüenza consecutivas. Como quiera que sea se debe considerar la reacción psicodinámica al aborto espontáneo y al inducido, que si bien pueden ser diferentes en cuanto a su motivación consciente, su diferencia en relación con las consecuencias psiquiátricas no es mucha.

Existen indicaciones psiquiátricas para el aborto, como la reacción depresiva, el retardo mental, la esquizofrenia y otras psicosis que deben tomarse en cuenta para solicitar un legrado. Aun así, el aborto como realidad social confunde por igual a quien lo solicita y a quien lo ofrece, pues el permiso para su práctica no está aún en nuestro medio, clara y completamente conceptuado, y sus restricciones omiten importantes necesidades psicosociales de las pacientes. Las contradicciones filosóficas, legales y político-económicas permiten que lo relativo a su ejecución persista sin estipular convenientemente las condiciones para su aceptación, dejando al criterio de quien la juzga, la posibilidad de su realización, por lo que el debate no ha terminado y su práctica continúa, la duda persiste, la iatrogenia avanza y las consecuencias se multiplican.

Por su parte, el personal médico y paramédico de hospitales y clínicas siente en general enormes deseos de abolir personalmente el aborto aun siendo electivo, debido a múltiples razones. Su ambivalencia es muy clara, sienten deseos de ayudar en ese trance a las pacientes pero igualmente poderoso es su rechazo que en general les hace no aceptar el aborto que ellos pudieran practicarse y sin embargo, realizan el de otros cuando se requiere, según las diferentes políticas institucionales del área en la que

laboran. Las reacciones emocionales suelen ser menores cuando el aborto se provoca en el primer trimestre, tal vez debido a que la extracción de partes fetales identificables es muy difícil en ese periodo, en tanto que la forma humana y el aspecto de los detritus provoca reacciones graves de rechazo y culpa que hacen ver al procedimiento más mortífero y generador de grandes reacciones cuando sucede en el segundo semestre. Tales reacciones reflejan en el personal, la educación social imperante. Es muy difícil pasar por alto el rechazo social del aborto en la actualidad, aún cuando éste sea legal para fines médicos, habidas sus restricciones, pues la culpabilidad se despierta y las reacciones negativas variadas hacen que se critique arduamente la técnica para el efecto, renunciando a aceptarlo y a atenderlo como es su obligación. Los diferentes métodos y procedimientos que han permitido el desarrollo de la medicina moderna y la teoría avanzada actual permiten un conocimiento mejor y seguro para buscar diferentes alternativas de solución a este problema. Pero, mientras la educación para la salud no alcance a cubrir a la población en edad reproductiva, que en este país representa una cantidad considerable, el aborto continuará siendo un problema médicosocial que debe atenderse, en tanto es reflejo de una real y urgente necesidad que demanda atención. El uso adecuado y conveniente de información y orientación sexual y de las técnicas y procedimientos contraceptivos, pese a su difusión oficial, se encuentra hoy día limitado, debido en gran parte a que la educación no se ha diseminado por igual en los diferentes niveles y no se sabe todavía **cómo elegir de manera conveniente la reproducción**. Para prevenir socialmente el aborto y la muerte es necesario prevenir su requisición con base en un adecuado uso de contraceptivos, instruir y conformar un comportamiento sexual responsable en relación al embarazo, desde las edades más tempranas y reforzarlo vigorosamente con una educación realista, informando a las autoridades correspondientes a fin de tener una mejor idea y control de este asunto. En tanto ello ocurra, el aborto continuará siendo una dolencia social vigente que reclama de la cirugía electiva un derecho y una obligación social de la profesión, so pena de dejar en manos de gente inexperta e inadecuada el riesgo de inmolar la vida humana.