

APORTES A LA ELABORACION DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES QUE HA SUFRIDO UN ABORTO

Para las mujeres, la interrupción de una gestación es siempre un evento traumático. La gestación, para la mayoría de las mujeres, es un proyecto de maternidad inserto en un proyecto de vida. En estos casos, un aborto que interrumpe este proyecto, genera una reacción de pérdida y de duelo.

En alguna proporción (no conocida) de mujeres, la interrupción de la gestación es impuesta o forzada por otra/s persona/s, lo que les ocurre principalmente a niñas, adolescentes y mujeres que son víctimas de violencia de género.

Ninguna mujer gestante decide interrumpir una gestación cuando esta es planificada o deseada, salvo en el caso en que esta signifique un grave riesgo para su salud y en este caso, lo vive como un duelo.

La decisión de las mujeres de poner fin a una gestación es siempre una decisión muy difícil, habitualmente tomada después de período de reflexión y análisis de las alternativas, muchas veces consultada con la pareja u otra persona muy cercana y expresa la convicción de que enfrentar una maternidad en condiciones negativas u optar por la entrega en adopción, son más traumáticas, para ella, para su familia y para el posible futuro hijo o hija que un aborto.

Cuando un aborto no es espontáneo, sea éste instrumental o farmacológico, es siempre una violencia contra el propio cuerpo, ya que lo expone al dolor y a los riesgos de complicaciones que amenazan su vida y/o pueden afectarla a partir de ese momento.

Esta decisión es, habitualmente y a pesar de todo, generadora de sentimientos culpa. No todas las mujeres son conscientes de que viven en una sociedad que les ha negado los referentes necesarios para una sexualidad segura y para una maternidad responsable, a la vez que invita a las personas experimentar placer.

Después de un aborto

Dada la legislación actual en nuestro país, en la red asistencial pública reciben atención las mujeres que cumplen los criterios para el diagnóstico¹ de un aborto incompleto (complicado o no), de un aborto completo complicado o de un intento fallido de aborto complicado. Las complicaciones para estas tres categorías son hemorrágicas, infecciosas, embolicas o sin especificar.

Por lo tanto, se trata de mujeres que presentan una condición clínica que requiere tratamiento gineco obstétrico, habitualmente en atención cerrada. La letalidad de estas patologías en Chile es baja (cifras).

Sin embargo, la atención de estas mujeres en las maternidades no suele considerar los aspectos de salud mental involucrados, sean estos por el duelo de la pérdida de un proyecto de maternidad o el alivio culposo de haber evitado una situación mas traumática aún que del aborto. Tampoco se aprovecha la oportunidad privilegiada del post aborto para detectar patología de salud mental previa a la gestación y de situaciones de violencia y abuso sexual para derivar a instancias de salud, de otros sectores y comunitarias y para entregar información acerca de los métodos anticonceptivos disponibles y realizar, cuando corresponde, consejo genético, contribuyendo así al empoderamiento de las mujeres que han vivido un aborto, permitiéndoles tomar decisiones que protejan su vida y su salud y ejercer sus derechos ciudadanos para evitar una nueva experiencia de aborto.

¹ Capítulo XIV Enfermedades del Sistema Genito Urinario; Embarazo terminado en aborto (000 – 008); CIE 10 – OMS / OPS

A partir de los años 70, el impacto que un aborto puede tener en la salud mental de las mujeres ha sido profusamente estudiado. Desafortunadamente, los estudios arrojan resultados contradictorios y dependientes de la posición ideológica de la institución que financia la investigación. Sin embargo, las opiniones de las asociaciones médicas más prestigiosas, incluyendo la de la Asociación Americana de Psicología², concuerdan en que no existen bases para definir un "síndrome post aborto", incluso, que la depresión es menos frecuente en período post aborto que en el post parto.

Conclusiones de los estudios

El período de mayor angustia es el que precede al aborto. Las reacciones negativas severas después del aborto son raras y algunas mujeres pueden experimentar remordimiento, tristeza o culpabilidad, la mayoría de las mujeres siente alivio³⁴.

El indicador principal del bienestar de una mujer después de tener un aborto, sin importar raza o religión, es el nivel de bienestar antes de la gestación⁵.

Las reacciones psicológicas al aborto también deben ser consideradas en comparación con el impacto psicológico de otras maneras de resolver un embarazo no deseado (la adopción o la maternidad). La tensión asociada con el aborto es una tensión aguda que típicamente se acaba al hacerse el procedimiento. Con la adopción, así como con la maternidad no deseada, la tensión puede ser crónica para las mujeres, quienes siguen preocupándose acerca del destino del niño o niña⁶.

Las presiones socioculturales que asignan una fuerte connotación negativa al aborto se asocian a una mayor probabilidad de reacciones emocionales negativas depuse de un aborto⁷.

Problemas de salud mental significativos después de un aborto ocurren más frecuentemente en mujeres que estaban psiquiátricamente enfermas antes del embarazo, en las que decidieron tener el aborto bajo presión externa, y en las que tuvieron el aborto en circunstancias desfavorables⁸.

El personal de salud debe reconocer los efectos perjudiciales del aislamiento social que sienten las pacientes que han tenido un aborto. Algunas de las dificultades después del aborto podrían resultar de la falta de apoyo social porque se les impone a las mujeres la obligación de aceptar la maternidad no planeada y no deseada⁹.

² American Psychological Association. "APA research review finds no evidence of 'post-abortion syndrome' but research studies on psychological effects of abortion inconclusive." Comunicado de prensa, 18 enero 1989.

³ Adler NE, et al. "Psychological responses after abortion." *Science*, Abril 1990, 248: 41-44.

⁴ Adler NE, et al. "Psychological factors in abortion: a review." *American Psychologist*, 1992, 47(10): 1194-1204.

⁵ Russo NF. "Psychological aspects of unwanted pregnancy and its resolution." In J.D. Butler and D.F. Walbert (eds.), *Abortion, Medicine, and the Law* (4th Ed., págs. 593-626). New York: Facts on File, 1992.

⁶ Stotland N. "The myth of the abortion trauma syndrome." *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268(15): 2078-2079.

⁷ David HP. "Comment: post-abortion trauma." *Abortion Review Incorporating Abortion Research Notes*, Primavera, 1996, 59: 1-3.

⁸ Russo NF, Zierk KL. "Abortion, childbearing, and women's well-being." *Professional Psychology: Research and Practice*, 1992, 23(4): 269-280.

⁹ Russo NF, Dabul, AJ. "The relationship of abortion to well-being: Do race and religion make a difference?" *Professional Psychology: Research and Practice*, 1997, 28(1): 1-9.

Dra. Carmen López Stewart

