ASPECTOS MÉDICOS RELACIONADOS CON EL ABORTO

El aborto voluntario, por su origen y las complicaciones que derivan de él, ha suscitado frecuentes controversias de las que ésta época no es ajena. Desde el punto de vista médico el panorama es alarmante si se tiene en cuenta que una gran parte de la población que decide realizarlo es adolescente, y puede sufrir las complicaciones tanto físicas como psíquicas del mismo, hasta la misma muerte. En este trabajo se presentan aspectos epidemiológicos, y complicaciones orgánicas y psíquicas relacionadas con el aborto que se consideran relevantes.

La Organización Mundial de la Salud¹ define el aborto provocado en condiciones de riesgo como *“aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de la calificación necesaria, o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médica, o ambos”*.

En todo el mundo se considera que mueren aproximadamente 585.000 mujeres por año por motivos relacionados con el embarazo y el parto. Los embarazos no deseados en ese lapso ascenderían a 75.000.000. Se estima que se realizan 20.000.000 de abortos ilegales por año; y, que aproximadamente del 10 al 50% de las mujeres

que atraviesan por esa situación necesitan tratamiento intensivo por las complicaciones derivadas, sean infecciones o hemorragias, seguidas o no de muerte; siendo el aborto la causa de uno de cada ocho óbitos maternos. El 95% de la mortalidad por aborto ilegal se da en los países subdesarrollados.

Según datos estimados por el INDEC² en la República Argentina se realizarían entre 350.000 y 500.000 abortos por año, lo que representa el 35,7% del total de los embarazos anuales. Y, morirían 200 mujeres al año por abortos ilegales, en la edad comprendida entre los 20 y 24 años.

El grupo de alto riesgo para embarazos no deseados que finalicen en aborto es el de los adolescentes. Un estudio realizado en el Hospital de Clínicas³ concluyó que, para la población estudiada, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de 15 años; y el primer embarazo, en promedio, a los 16. Sólo el 15% de los varones y el 27% de las mujeres, entre 14 y 25 años, utilizaron métodos anticonceptivos. El 40% refirió no haber utilizado ninguno en el momento de su primera relación sexual. El 70% consumió drogas o alcohol en dicha relación.

Las motivaciones para llegar al

*Enrique Banti y
Lorenzo García
Samartino**

* Peritos del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional.

aborto voluntario no son sólo socio-ambientales. Según Kate Michelman⁴, el 99% de 1,3 millones de abortos que se realizan en los EE.UU. por año se hacen en mujeres que tienen menos de 20 semanas de embarazo. Sólo el 0,0004% de aquellos corresponde a fetos de 23 a 28 semanas. Esto lleva a decir, que no es aventurado pensar que una cantidad apreciable de ellos pudo haberse decidido después de un estudio genético, a tal punto que se considera que la población de sujetos con trisomía 21 en EE.UU. va disminuyendo debido al diagnóstico prenatal y los abortos consecutivos. Estos hallazgos han llevado a describir el llamado “síndrome del hijo perfecto” que consiste en tener tantos embarazos como sea necesario hasta obtener un hijo sin riesgo genético⁵. Se calcula que aproximadamente el 10% de los embarazos finalizan en aborto y el 50% deben su causa a motivos genéticos⁶.

Dentro de las complicaciones orgánicas más frecuentes de los abortos espontáneos, se relata en la literatura⁷ la presencia de hemorragias que pueden ir desde lo leve hasta la gran pérdida hemática, que llega a comprometer la vida de la paciente dado que el sangrado asociado a los abortos puede ser muy profuso aunque en general la evacuación uterina mediante el raspado uterino evacuador logra solucionarlo.

La coagulopatía por consumo muchas veces puede agravar la situación aunque esta se encuadra generalmente dentro de un contexto de mayor complicación.

Otro cuadro de gravedad lo constituye el aborto séptico, que debe sospecharse en cualquier pacien-

te que curse un aborto y presente fiebre. Si no se toman las medidas médicas adecuadas puede derivar en la necesidad de extirpación del útero y en situaciones muy avanzadas de los ovarios, con la finalidad de salvar la vida de la mujer.

Debido a la acción de los elementos utilizados para efectuar el raspado uterino (curetetas) y a la manipulación enérgica del facultativo se pueden producir adherencias o sinquias en las paredes del útero que llevan a producir una esterilidad secundaria y falta de período menstrual que es necesario tratar⁸.

Son importantes por las complicaciones muy graves y por su frecuencia, las derivaciones que pueden ocurrir en los abortos ilegales, debido a la falta de asepsia, ya que no siempre son realizados por manos idóneas y a la clandestinidad como bien lo expresa Achával⁹.

Las enumeramos de acuerdo con Lencioni¹⁰:

- 1) Perforaciones uterinas, que resultan del empleo de objetos punzantes.
- 2) Rotura uterina, raro debido a traumatismos abdominales.
- 3) Infartos y abscesos uterinos, debidos a la infección desencadenada.
- 4) Infecciones, aborto séptico.
- 5) Complicaciones embólicas.
- 6) Escaras y úlceras.
- 7) Retención del instrumento que se utilizó¹¹.
- 8) Tromboembolismo pulmonar.
- 9) Shock.
- 10) Muerte.

Los efectos psíquicos del aborto se han convertido en un tema controvertido. La cuestión primera es si produce ese tipo de daño y, en tal caso en que medida.

El efecto del aborto no queda limitado a la madre. El grupo familiar se ve alterado. Por ejemplo, en las provincias del Canadá en las que el porcentaje de abortos es muy alto, se observó un alto grado de maltrato infantil y abuso¹².

Williams¹³, refiere que después del aborto muchos varones que se vieron involucrados en él, manifiestan miedo a la mujer e incapacidad para desarrollar uniones afectivas. Aún cuando se casen, tienen dificultades para expresar los sentimientos. Pueden padecer disfunciones sexuales, desde impotencia a deseos compulsivos de tener relaciones sexuales. También pueden presentar injustificados ataques de rabia que culminan en violencia verbal o física. Las discusiones ordinarias alcanzan grados importantes de violencia, sobre todo si el sujeto simboliza la situación como referida al aborto. Pueden desencadenar fuertes celos hacia otros hombres que parecen padres felices; y, también, tener dificultades para llevar adelante su trabajo. En trabajos imaginativos realizados con fines psicoterapéuticos en varones cuyas parejas resolvieron abortar, se ha visto manifestado simbólicamente el conflicto traumático derivado de dicho proceder¹⁴.

De las investigaciones sobre las complicaciones psíquicas del aborto en la mujer se puede citar un estudio que comparó las consecuencias de la interrupción de la preñez en mujeres rusas y americanas¹⁵. En el trabajo se estableció que el 60% de las mujeres rusas y el 39% de las americanas referían haber padecido un alto grado de estrés después de realizar un aborto.

Después del aborto, en general, se

verificó una disminución del estrés previo. La sensación de alivio existe a pesar de sentir que se “ha perdido algo”. Pasado el primer momento, el estado psicológico que se instaura depende de varios factores. Entre ellos, hay que tener en cuenta: cómo fue el proceso que llevó a la decisión de abortar; si la madre recibió ayuda por parte de la pareja, los amigos, o los familiares. La experiencia que vivió en el mismo aborto, la relación que la mujer tuvo con los profesionales que intervinieron. También el modo de afrontar el evento y las expectativas que tenía la mujer. Y, los antecedentes psiquiátricos de la misma. Tanto más negativos hayan sido los factores, más desfavorable será el pronóstico¹⁶. De la misma manera, la primera sensación de alivio se relaciona con la presión personal y/o social que previamente padecía la madre. En algunos casos, se observaron graves alteraciones psíquicas, sobre todo en el primer trimestre del embarazo¹⁷.

No es frecuente que después de un aborto voluntario se presenten síntomas psicóticos graves. Pero sí, un estado caracterizado por acedia, pensamientos caracterizados por autoacusaciones, ataque y odio a los demás, al que puede seguir o no, el de tristeza. A este conjunto de manifestaciones se lo denominó “psicopatología no-clínica” del aborto¹⁸.

En un estudio realizado en el Hospital Ginecoobstétrico de Cuba¹⁹ se arribó a la conclusión de que la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres adolescentes no sólo menoscaba la salud física y psíquica de la mujer, sino que en este grupo, el daño puede ser mayor ya que no han alcanzado el pleno desarrollo de sus condiciones

psíquicas. Dichas complicaciones pueden presentarse tanto en el aborto espontáneo como en el provocado, aunque en este suelen ser más frecuentes y más graves.

Las consecuencias psicológicas del aborto conforman, en general, tres cuadros²⁰: psicosis postaborto, síndrome postaborto, estrés postaborto. El primero es un cuadro clínico eminentemente psiquiátrico que suele comenzar inmediatamente luego del aborto y mantenerse por un lapso de hasta seis meses. Afecta muy severamente la personalidad de la mujer.

El síndrome postaborto puede aparecer luego del aborto o permanecer latente por el lapso de varios meses o años. Los síntomas consisten en trastornos emocionales; afectivos, como la baja autoestima, inestabilidad emocional, sentimiento de culpa, angustia, tristeza, ansiedad, sentimiento de fracaso, dolor, pena y depresión; trastornos de la comunicación, como son la agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para establecer vínculos, rechazo hacia la figura masculina, incapacidad de compromiso afectivo; trastornos de la alimentación, como la pérdida del apetito, anorexia, bulimia; trastornos del pensamiento; trastornos de la esfera sexual, pérdida de la libido, frigidez, problemas con la propia sexualidad; trastornos del sueño, pesadillas, insomnio, sueños recurrentes; y trastornos fóbicos obsesivos, ideas recurrentes de muerte, autorreproches, sentimiento de culpa, visita del niño abortado.

Marta Pavia agrupa los trastornos en los de tipo depresivo, como la pérdida del interés, humor disfórico, crisis de llanto, ideas o tentativas de suicidio; y los trastornos lla-

mados típicos, como el síndrome aniversario con malestares físicos y psíquicos en la fecha de realización del aborto. Para esta investigadora el aborto resulta un elemento estresante con un alto impacto emocional que genera un monto de estrés excesivo y que en interacción con el sistema inmunológico da lugar a la aparición de enfermedades²¹.

También se han descrito otros problemas relacionados con la realización del aborto¹⁵: consumo aumentado de drogas y alcohol para evitar el recuerdo del episodio; alteraciones en la fertilidad y maternidad; ideas de suicidio; dificultad en el trabajo; sensación de no estar en concordancia con su conciencia; problemas con la pareja.

En un trabajo realizado en Canadá²² se estudió la severidad de los trastornos psíquicos en doscientas noventa y cuatro (294) mujeres que sufrieron aborto espontáneo dentro del año del trabajo, ciento setenta y cinco (175) de las cuales sufrieron un aborto tres meses antes de participar en el estudio. El 95% de las mujeres dio su consentimiento para participar del estudio. Para evaluar los elementos de aflicción tales como depresión, autoestima, culpabilidad y el estrés dentro del primer año de la pérdida se utilizaron test psicométricos estandarizados y escalas. Los resultados del estudio concluyeron que las mujeres que sufrieron de un aborto espontáneo manifestaron depresión en la escala de "riesgos clínicos por depresión" o "en la necesidad de realizar tratamiento", esto es, que requirieron tratamiento psicoterapéutico o psicofarmacológico. Una mayoría mostró emociones negativas tales como culpa y estrés. Las mujeres jóvenes con múltiples abortos muestra-

ron un mayor rango depresivo dentro de los primeros meses en comparación con las mujeres adultas. Sin embargo, luego de transcurrido un año las mujeres jóvenes obtuvieron el menor rango de depresión. Los conflictos familiares y maritales se correlacionan positivamente a la sintomatología depresiva. Los problemas maritales o familiares incrementan los riesgos emocionales en las mujeres que sufrieron un aborto.

Un estudio realizado en EE.UU.²³ en 1997 sobre la posibilidad de presentar un trastorno depresivo dentro de los seis primeros meses de haber ocurrido un aborto mostró los siguientes resultados. Entre las mujeres que sufrieron abortos, el 10,9% experimentaron un episodio de trastorno depresivo mayor comparado con el 4,3% del resto de la comunidad. El riesgo relativo total para un episodio de trastorno depresivo mayor relacionado a los abortos en mujeres fue mayor, y sustancialmente mayor en mujeres sin hijos que en mujeres con hijos. Entre las mujeres que sufrieron abortos, el 72% de los casos de trastornos depresivos mayores comienzan dentro del primer mes de la pérdida. Entre las mujeres que sufrieron abortos con historial de trastorno depresivo mayor, el 54% experimenta una recaída. Sin embargo, el riesgo relativo no varía significativamente por la historia reproductiva anterior de pérdidas o por la edad de la madre, ni por el tiempo de gestación o alguna causa referente al embarazo.

CONCLUSIONES

Numerosos trabajos de investigación han demostrado que el aborto afecta a la madre psíquica y físicamente, si hay complicaciones

clínicas, aunque se discute la magnitud del daño y su permanencia en el tiempo. El aborto, como toda muerte de alguien muy cercano, no incide sólo sobre la madre, sino también en aquellas personas que se relacionan afectivamente con ella. Es importante recalcar que aún el producido en forma espontánea deja su huella, en mayor o menor medida.

Desde un punto de vista médico estos efectos son esperables. Desde el momento de la concepción y más marcadamente cuando el nuevo ser se aloja en el útero materno, influye sobre su medio ambiente modificándolo para poder subsistir. Estos cambios no quedan relegados a la estructura uterina y al resto de la economía materna a fin de proveer al nascituro de los medios necesarios para sobrevivir, sino que afecta la manera de comportarse de su portadora. En el reino animal los cambios conductuales son claros, evidentes e indispensables en especial en algunas especies, por ejemplo como las aves al empollar. Si la conducta del ejemplar adulto no se adapta a la necesidad de la futura cría, ésta no podría nacer. Los cambios conductuales se deben a modificaciones del patrón de funcionamiento cerebral motorizado por factores hormonales. El cerebro de la mujer embarazada también se puede decir que "siente" la presencia del nuevo ser, al principio del embarazo al menos por los cambios hormonales; y a medida que pasa el tiempo a través de los sentidos.

Por lo tanto, parece claro y evidente que abortar no es igual que someterse a una intervención quirúrgica, y puede tener consecuencias no sólo físicas sino psíquicas y espirituales. De ello se desprende

que es imprescindible que toda mujer que solicite realizar un aborto, más aún en una situación en la que no se busque evitar un peligro para su vida o su salud y que no pueda ser evitado por otros medios, sea advertida fehacientemente de los riesgos que corre. Si bien por el hecho de conocerlos, si los llegase a padecer, no los podrá impedir ni eludir, al menos tendrá la posibilidad de evaluar si el remedio que solicita no es peor que el mal que quiere evitar.

En este sentido, es responsabilidad del profesional que autoriza el aborto y del que lo realiza, asegurarse que la mujer comprenda adecuadamente, según su educación y nivel cultural, las consecuencias físicas y psíquicas que pueden seguir al aborto. De otra manera, el médico que realice el aborto, que es el que carga con la responsabilidad final porque es el único competente para evaluar la relación costo beneficio, puede quedar expuesto a un reclamo judicial si pasado el momento del conflicto que llevó a la mujer a abortar, ella o algún allegado, frente a las complicaciones, se arrepiente del proceder y busca paliar su pesadumbre con un juicio penal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- O.M.S. *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of incidence of on mortality*. Ginebra, 1998, pág. 3.
- 2.- Datos estadísticos del INDEC y del Centro de Estudios de la Mujer. *Salud, sexualidad*. GCBA. Segunda Edición, 2005.
- 3.- Méndez Rivas y col. *Estudio Hospital de Clínicas. Adolescencia*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2004. En *Salud y Sexualidad*. GCBA, 2005.
- 4.- Michelman, K. Citado en *Abortion activist admits lying about data*. *Christian Century*, 114: 289-291 (March 19)1997.
- 5.- Peters, T. *Search of the perfect child: genetic testing and selective abortion*. *Christian Century* 113: 1034-38, (Oct 30) 1996.
- 6.- Schwarcz, R.; Duverges, C. y Fescina, R. *Obstetricia*. Ed. El Ateneo. Año 2005.
- 7.- Cabero Roura, L. (Ed.) *Tratado de Ginecología y Obstetricia*. Tomo 1 Ed. Panamericana. 2005.
- 8.- *Ibidem*.
- 9.- Achaval, A. *Manual de Medicina Legal*, Abeledo Perrot. Buenos Aires. 2000.
- 10.- Lencioni, L. J. *Sexología y Tocoginecología Médico Legal*. Ed. Corpus. 2005.
- 11.- Gisbert Calabuig, J. A. *Medicina Legal y Toxicología*. Masson S.A. Barcelona. 1998.
- 12.- Ney, P. *L' aborto e i suoi effetto deleteri sugli altri figli*. En S. Gindro, S. Mancuso, G. Astrei, R. Bracalenti, E. Mordini, (Ed), *Aborto Voluntario le conseguenza psichiche*. CIC, Edizioni Internazionali, Roma, 1996, pág. 160.
- 13.- Williams, W., citado por Guy Condon, en *Fatherhood aborted*. *Christianity Today*, 40: 36-40, 1996.
- 14.- García Samartino, L. *Símbolos relacionados con abortos*. *Revista de la Fundación Argentina de Psicoterapia Simbólica*. 2: 57-71, 1999.
- 15.- Rue, V.M., Speckhard, A.C., Spiwak-Rotlewicz, F., Hudnal Stamm, B., Shutova, L. *Sintomi da trauma conseguente ad aborto volontario. Un' analisi preliminare*

- dei dati russi e americani.* En S. Gindro, S. Mancuso, G. Astrei, R. Bracalenti, E. Mordini, (Ed), *Aborto Volontario le conseguenze psichiche.* CIC, Edizioni Internazionali, Roma, pág. 16.
- 16.- Agich, G.J. *Disordine da stress post traumatico e aborto.* En S. Gindro, S. Mancuso, G. Astri, R. Brancaletti, E. Mordini, (Ed), *Aborto volontario le conseguenze psichiche.* Edizioni Internazionali, Roma, 1996, pag. 45.
- 17.- North C.S. *Conseguenze psicosociali dell' aborto: considerazioni nosologiche, diagnostiche e metodologiche.* En S. Gindro, S. Mancuso, G. Astrei, R. Bracalenti, E. Mordini, (Ed), *Aborto Volontario le conseguenze psichiche.* CIC, Edizioni Internazionali, Roma, 1996, pág. 53.
- 18.- Cavallieri, P.R. *La premessa di pensiero che precede l'aborto e gli effetti civili di questo antecedente.* En S. Gindro, S. Mancuso, G. Astrei, R. Bracalenti, E. Mordini, (Ed), *Aborto volontario le conseguenze psichiche.* CIC, Edizioni Internazionali, Roma, 1996, pág. 115.
- 19.- Hospital Ginecoobstétrico "Tamara Bunke", Santiago de Cuba. *Respuesta del estado psicológico en adolescentes con interrupción del embarazo.* Rev. Cubana 15(3): 179-83, 1999.
- 20.- Cassadei, D. *La sindrome post-abortiva: ipotesi e verifiche cliniche,* En S. Gindro, S. Mancuso, G. Astrei, R. Bracalenti, E. Mordini, (Ed), *Aborto Volontario le conseguenze psichiche.* CIC, Edizioni Internazionali, Roma, 1996, pág. 66.
- 21.- Pavía M.C. *Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo.* Vida y Ética 1: 42, 2000.
- 22.- Gail Erlik, Ruth S. *Parameters of grieving in spontaneous abortion.* Psychiatry in Medicine, 29 (2): 235-249, 1999.
- 23.- Neugebauer R, Kline J, Shrout P et al. *Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage.* JAMA, 277: 383-388, 1997.
-