

PSICOPATOLOGÍA E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

PSYCHOPATHOLOGY AND ABORTION

Aquilino Polaino Lorente

Facultad de Medicina. Universidad CEU-San Pablo. Madrid.

Campus de Montepíncipe, Edificio C

Ctra. Boadilla del Monte Km. 5.300. Urb. Montepíncipe.

28668 Boadilla del Monte

Tfno: +34 91 7451815 / +34 91 3724700 Fax: +34 91 3724000

aquilinopolaino@terra.es apolaino@ceu.es

Resumen

El autor estudia las posibles relaciones existentes entre la psicopatología y el aborto. El artículo se inicia con la puesta al día de los datos epidemiológicos respecto de la incidencia del aborto, especialmente en la actual sociedad española. En el trabajo se distinguen tres apartados de esas posibles relaciones entre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la psicopatología: (a) en el nuevo comportamiento sexual emergente, especialmente entre los jóvenes, y en los factores psicopatológicos posiblemente condicionantes de su comportamiento sexual; (b) en el contexto psicológico y psicopatológico en que se toma la decisión de abortar, tanto en lo que se refiere a los factores condicionantes de la pareja, como de las familias de origen y del contexto social; y (c) en los frecuentes trastornos psicopatológicos que parecen derivarse del aborto, de acuerdo con los recientes datos comunicados por numerosos investigadores de la comunidad científica internacional. El estudio del así llamado Síndrome Post-Aborto (SPA) pone fin a esta colaboración, distinguiendo el perfil psicopatológico característico que distingue a las diversas etapas de este síndrome.

Palabras clave: psicopatología, IVE, aborto, decisión de abortar, trastornos de salud mental post-aborto.

Abstract

The author explores the possible relationship between psychopathology and abortion. The paper starts with the updating of epidemiological data regarding the incidence of abortion, especially in the current Spanish society. In this partnership there are three sections in the study of these possible relations between the abortion and the psychopathology: (a) in the new emerging sexual behaviour, especially among young people, and psychopathological factors possibly determining their sexual behaviour; (b) in the psychological and psychopathological context that makes the decision to abort, in regard to the factors of the couple and their families of origin and social context, and (c) in the frequent psychopathological disorders that seem to arise from the abortion, according to recent data reported by many researchers in the international scientific community. The study of the so-called Post-Abortion Syndrome (PAS) puts an end to this cooperation, distinguishing psychopathological profile characteristic that distinguishes the various stages of this syndrome.

Key word: psychopathology, IVE, abortion, abortion decision, mental health disorders after abortion.

1. Los eufemismos y la manipulación del lenguaje

El lenguaje coloquial es la punta de lanza de la «lengua viva» que trasmite concretos significados de un hablante a otro, hasta crear una persuasiva opinión generalizada, que de suyo parece evidente. El actual lenguaje coloquial sobre el aborto está amasado con numerosos eufemismos que acaban por confundir al hablante. De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española¹, se entiende por eufemismo un «modo de decir para expresar con suavidad o decoro ideas cuya recta y franca expresión sería dura o malsonante». A lo que parece, como

el aborto es un término «duro» y «traumático» —una de las experiencias más lacerantes para la salud de la mujer—, lo que suelen hacer sus partidarios es envolverlo en palabras blandas y aparentemente transparentes —Interrupción Voluntaria del Embarazo— para que se cuele en el contexto cultural de forma indolora. A continuación se recogen, a modo de ejemplo, algunos de los eufemismos con que hoy se hace apología del aborto.

El término «aborto» —afirman— es una antigualla que ha caído en desuso. Hubo un tiempo pre-democrático en que fue útil para asustar a la mujer y a quienes la ayudaban a abortar. Un término que estaba vinculado a las leyes paternalistas y, por tanto, machistas. Un término obsoleto que al fin se ha caído de nuestros labios y, sin más, ha salido

1 Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la Lengua Española*, Espasa, Madrid, 2001.

de la circulación de los hablantes. En realidad, hablar de aborto era una forma de cristalizar los prejuicios sociales.

Se nos ha vendido que hablar de «Interrupción Voluntaria del Embarazo» (IVE, en lo sucesivo), en lugar de aborto, es mucho más conforme con la libertad, la tolerancia, y el derecho de la mujer. Con este nuevo término tratan de hacernos creer que al fin se hace justicia a la mujer. Según el «pensamiento dominante», tal acción (de abortar) designa un derecho inalienable de la mujer: a su propio cuerpo (y a lo que en él se contiene); a ejercer su legítima voluntad (el aborto es voluntario) sin considerar la voluntad de la otra persona que lo sufre (el hijo); y a interrumpir un proceso (el proceso vital del hijo), que está asentado en ella y sólo en ella.

Interpretadas así las cosas, no se entiende que esté prohibido vender un riñón (forma parte del propio cuerpo) o eliminar a otro ciudadano; no se entiende que se confunda el continente (el propio cuerpo) con el contenido (la persona que ha anidado en ese cuerpo); no se entiende que la exclusiva voluntad de una persona (la de la mujer) pueda decidir acerca de la vida de otra persona (la del hijo); y no se entiende que una persona pueda decidir de espaldas a la entera sociedad (porque el hijo, como futuro ciudadano, es parte —y parte fundamental e irrenunciable— de todos los que constituimos una comunidad, una nación).

Podrían citarse numerosos ejemplos de los eufemismos puestos en circulación en la actual sociedad, en los que se

aprecia la misma contradicción que en la IVE: «Interrupción de la Respiración Ajena» (IRA, estrangular o ahorcar a otro); «Transferencia Urgente de un Bien» (TUB, robo); «Interrupción de una Transferencia Problemática» (ITP; no pagar impuestos); «Interrupción de una Fuente de Información» (IFI; no hacer la declaración de Hacienda); etc.

2. Incidencia del aborto

De acuerdo con la evolución de la incidencia del aborto experimentada en España, no puede afirmarse que el uso de los preservativos sea eficaz. De una parte, tal uso forzosamente ha de incrementar la frecuencia y el número de contactos sexuales, lo que por sí solo aumenta la exposición al riesgo de embarazo en adolescentes y jóvenes. De otra, si se incrementa la repetición de tal comportamiento, se acrece un cierto riesgo adicional: la disminución del necesario autocontrol sobre ese comportamiento, con independencia de que se disponga o no de preservativo.

Sea como fuere, el hecho es que la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se ha disparado, especialmente entre las personas más jóvenes. La tasa de abortos por cada 1000 mujeres adolescentes, menores de 19 años de edad, ha pasado del 5% (1996) al 11% (2005). Es decir, que se ha más que duplicado². Algo muy parecido acontece entre las jóvenes

² Instituto de Política Familiar (IPF), *Informe. Evolución de la Familia en Europa*, Madrid, 2008. [www.ipf.org]

mayores de 19 años. En concreto, la tasa de abortos por cada 1000 mujeres de 20 a 24 años ha pasado del 8,2% (1996) al 16% (2005).

En veinte años ambas tasas se han multiplicado para estos grupos de edad, estando muy por encima de la tasa promedio para la totalidad de las mujeres españolas (9/1000). Hoy no es excepcional que una mujer de 26 años haya sufrido cuatro abortos, con las graves consecuencias psicopatológicas que de ello se deriva (INJUVE, 2004)³.

Según el último informe del Instituto de Política Familiar⁴, uno de cada dos embarazos en mujeres menores de 20 años termina en aborto. Por eso —continúa el informe—, la política seguida por la Administración, promoviendo la Píldora del Día Después (PDD) es una política «errónea y trasnochada» que está fracasando, por cuanto ha conseguido que aumente el número de abortos.

Mientras tanto, la principal causa de mortalidad infantil (más de 112.000 en el año 2007) es el *aborto*. Hoy, paradójicamente, 1 de cada 6 embarazos termina en aborto. Se realiza un aborto cada 5,1 minutos, 12 abortos/hora, 278 abortos/día y 4200 abortos / 15 días (lo que cubriría la demanda de adopciones internacionales/año). El número de abortos, cada 20 días, supera el de todas las personas

muertas al año, a causa de los accidentes de tráfico.

En los últimos 20 años, desde la ley del aborto (1985-2006), se han perdido 1.121.592 vidas humanas. En los 6 últimos años se ha producido un incremento del 60% en el número de abortos. Según el último informe del IPF, *los abortos anuales entre adolescentes triplican la cifra de víctimas en carretera*. En España, la mitad de los embarazos en menores de 20 años (una de cada dos) acaba en aborto: 13.894 en 2006⁵.

Los datos anteriores nos ofrecen un nuevo horizonte —el de la psicopatología— desde el que es preciso afrontar el «problema» del aborto. Desentenderse de ello o mirar hacia otra parte esterilizaría cualquier tipo de acción preventiva del aborto.

El estudio de los datos relativos a la adopción en España es también significativo. El 87% de los niños que se *adoptan* (alrededor de 5000 por año) proceden de la **adopción** internacional. La adopción nacional en España es ahora del 0,2% de los nacimientos⁶.

En la actualidad, el origen de uno de cada 4 hijos nacidos en nuestro país, es *extramatrimonial*. El 26.5% de los nacidos en España (123.938/año) nacen fuera del matrimonio. Según esto, la alternancia y/o el cambio de pareja no sólo condu-

3 Instituto de la Juventud (INJUVE). *Informe sobre el comportamiento sexual juvenil*, Madrid, 2004.

4 Instituto de Política Familiar (IPF), *Informe. Evolución de la Familia en Europa*, Madrid, 2008. [www.ipf.org]

5 Instituto Nacional de Estadística (INE). *Boletín Mensual de Estadística*, Madrid, 2007; Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos años 2005 y 2006*, Madrid, 2006; EUROSTAT, 2006.

6 Instituto Nacional de Estadística (INE). *Boletín Mensual de Estadística*, Madrid, 2007.

cen a la promiscuidad, sino también al incremento del aborto⁷.

España es una *nación vieja*, en la que 7'5 millones de sus habitantes tienen más de 65 años, frente a los 6'4 millones, que son menores de 14 años. En la actualidad, una de cada seis personas es mayor de 65 años. En 26 años, la población mayor de 65 años se ha incrementado un 78%. A día de hoy, hay más de 2 millones de personas mayores de 80 años (5% de la población).

Otra cuestión relevante, relacionada con el análisis de la incidencia del aborto en España, es la actual crisis de la familia en lo que atañe, principalmente, a la natalidad.

El número de divorcios se ha duplicado en los 6 últimos años. Desde 1985 a 2007 se ha superado el millón de divorcios (1.018.877), lo que afecta a más de 1.750.000 niños. La ley del «divorcio exprés» (julio 2005) ha disparado el divorcio. Las predicciones, antes del 2010 (IPF, 2006) es que, de seguir esta tendencia, por cada nuevo matrimonio (209.000/año) se romperá otro (208.239/año) en el año 2010.

Sin duda alguna, la cohabitación ha aumentado. La natalidad extramatrimonial promedio en la UE-27 es del 33,99% de los nacidos. Hay países como Estonia (58,24%), Suecia (55,47%), Bulgaria (50,79%) y Francia (50,49%) en los que nacen más niños fuera del matrimonio que dentro (IPF, EUROSTAT y UNECE, 2006).

Uno de cada 6 nacimientos en España es de madres extranjera (16,5%) y, de acuer-

do con los estudios prospectivos, es previsible que en 2010 sea uno de cada 4⁸.

El modelo de familia que la pareja elige no es algo teórico que nada o muy poco tenga que ver con la salud mental de los hijos. Los resultados encontrados por Meltzer et al.⁹ manifiestan que cada modelo de familia comporta y exige un determinado estilo de vida que condiciona —¡y mucho!— la salud mental de los hijos. Los datos encontrados por los autores ponen de relieve que la incidencia de los *trastornos afectivo* en los hijos se duplica en aquellas parejas que cohabitan y se triplica en las familias con un solo padre. Algo parecido, aunque menos acentuado, sucede con los *trastornos de conducta*, cuya incidencia se duplica también en ambos casos¹⁰.

Sea como fuere, el hecho es que el divorcio es un poderoso factor que incrementa los graves trastornos de conducta en la *adolescencia* (robo a comercios, daños contra la propiedad en el colegio, consumo de alcohol, lesiones a compañeros, violencia escolar, pasotismo en relación con los profesores, etc.), tal y como se pone de manifiesto en algunas investigaciones longitudinales¹¹.

8 Instituto de Política Familiar (IPF), *Informe. Evolución de la Familia en Europa*, Madrid, 2008. [www.ipf.org]

9 Meltzer, H., et al., *Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. The Stationary Office, Londres, 2000.

10 Meltzer, H., et al., *Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. The Stationary Office, Londres, 2000.

11 *Nacional Longitudinal Survey of Adolescent Health Wave, 2*, Londres, 1996. National Center for Health Statistics data series, Nueva York, 2001; National Longitudinal Surveys of Youth, Londres, 2007.

7 Instituto de Política Familiar (IPF), *Informe. Evolución de la Familia en Europa*, Madrid, 2008. [www.ipf.org]

3. El nuevo comportamiento sexual emergente

El autor de estas líneas se ha basado, principalmente, en los resultados publicados, recientemente, por diversos observatorios e instituciones acerca de la familia (INE, Ministerio de Sanidad, EUROSTAT, OMS, Consejo General del Poder Judicial, OCDE, Instituto de Política Familiar, INJUVE, etc.), datos que permiten comprobar el poderoso cambio cultural que se ha operado en lo relativo al comportamiento sexual¹².

De acuerdo con los resultados anteriores pueden establecerse ciertas características en el nuevo comportamiento sexual emergente, especialmente en los adolescentes. A continuación se ofrecen algunos de los datos publicados por el Instituto de la Juventud¹³.

Primera relación sexual completa:

Antes de los 14 años (varón/mujer: 6.8%/3.3%);

De 15 a 17 años (47,8%/41%)

De 18 a 20 años (v/m: 33,7%/40,1%);

12 Instituto de la Juventud (INJUVE). *Informe sobre el comportamiento sexual juvenil*, Madrid, 2004; Organización Mundial de la Salud. *Estrategias de Salud reproductiva*, Ginebra, 2004; Comunicación de la Comisión Europea sobre *El futuro demográfico de Europa: transformar un reto en una oportunidad* (COM 2006); Consejería de Sanidad y Consumo. *Programas de Salud Pública 2006*. Madrid, 2007; Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan de atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil*. Salud Pública, Madrid, 2006.

13 Instituto de la Juventud (INJUVE). *Informe sobre el comportamiento sexual juvenil*, Madrid, 2004.

De 20 a 24 años:

- el 75,7% de las chicas asegura mantener relaciones sexuales con su pareja, con la que lleva más de medio año.
- el 51,2% de los chicos asegura mantener relaciones sexuales con una pareja, con la que lleva más de medio año.

La comparación de los datos anteriores pone de manifiesto en los varones una *mayor inestabilidad* en las relaciones sexuales que en las mujeres. Este resultado adquiere menor consistencia en jóvenes con un rango menor de edad. Más concretamente,

De 15 a 19 años:

- el 31,2% de los varones manifiesta estar con la misma pareja sexual durante un mes.
- el 30,6% de las chicas manifiesta estar con la misma pareja sexual durante más de seis meses.

En cualquier caso, es conveniente detenernos aquí en los dos aspectos que parecen más relevantes en estas relaciones: la precocidad y la inestabilidad. La *precocidad* de las relaciones sexuales constituye un predictor de cuál será la futura trayectoria y el sentido que dé a la sexualidad esa persona. Del hecho de que los adolescentes estén corporalmente preparados para establecer relaciones sexuales no se deriva que las otras numerosas capacidades que se concitan en la conducta sexual (afectividad, conocimiento propio, respeto por la otra persona, autocontrol, etc.) estén igualmente maduras. Pero es la entera persona la que queda

comprometida con los actos que realiza. De aquí que esa desigualdad y asimetría en el grado de madurez de las funciones que se concitan en la conducta sexual humana, puedan condicionar en el futuro un estilo sexual personal insatisfactorio y desnaturalizado.

La *inestabilidad* de esas relaciones sexuales condiciona poderosamente la emergencia de la promiscuidad, el riesgo de exposición al contagio de Enfermedades de Transmisión sexual (ETS), y la trivialización de la sexualidad¹⁴.

Entre los principales factores que parecen haber condicionado, de forma más significativa, la actual transformación del comportamiento sexual juvenil y adulto pueden mencionarse los siguientes: la di-

sociación entre sexualidad y reproducción (a partir de 1960, con la introducción de los anticonceptivos), la revolución sexual (mayo del 68), la reproducción sin sexo (a partir de 1970, con la reproducción asistida), y la disociación entre afectividad y sexualidad (en la década de los *ochenta*), como consecuencia de los cuales se ha banalizado el comportamiento sexual humano.

En muchos jóvenes, la sexualidad se ha independizado de la afectividad, como una instancia autónoma e independiente, que busca ser satisfecha de forma automática y mecánica. De «hacer el amor y no la guerra» se ha pasado a «diviértete, pero no ames, no te compliques la vida».

El *autónomo* comportamiento sexual no sólo es autónomo sino también *automático*. Lo autónomo ha devenido en algo impulsivo, mecánico y automático; lo que supone una pérdida de libertad y reflexión, a favor de sólo los deseos e impulsos. Esto significa que ese comportamiento «se dispara» impulsivamente, sin apenas reflexión alguna y sin una decisión razonable. En la versión más actualizada, la robotización del comportamiento sexual comparece como algo deshumanizado¹⁵.

En la sexualidad así ejercida se elude y desvanece el rostro del otro. La sexualidad deviene en una actividad anónima, a pesar de que forzosa e inevitablemente comparezca el otro. La exigencia aquí de

14 Comunidad de Madrid. *Informe sobre la Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria*, Madrid, 2006 y 2007; Consejería de Sanidad y Consumo. *Informe. Detección de Necesidades de Evaluación en Salud Pública 2006-2007*, Servicio de Evaluación de Salud Pública, Madrid, 2007; Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan de atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil*, Madrid, 2006; De Irala, J., Hanley, A., López C. *Propóntelo, Propónselo. Evitar el Sida*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2006, 100-103; Rodríguez, A. Coordinador del Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual (GEIETS). *Forum Libertas*, (2007), 18, 5; Seoane Pascual, L. «Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la Comunidad de Madrid». *Revista Española de Salud Pública* (2002), 76, 5, 509-516; Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. *Enfermedades de Declaración Obligatoria*, Años 2007, 2006 y 2005; Martínez-González, M A, De Irala J. «La medicina preventiva y los fracasos catastróficos de la Salud Pública: Llegamos mal porque llegamos tarde», *Medicina Clínica*, 124, (2005), 656-660; Martínez-González, M. A. «Las grietas del sexo seguro». *Aceprensa*, Madrid, 2006.

15 Polaino-Lorente, A., *Sexo y cultura. Análisis del comportamiento sexual*. Rialp, Madrid 1998, 2ª, 197-222; Polaino-Lorente, A., y Martínez Cano, P. *Embarazo y maternidad en la adolescencia*. Rialp, Madrid, 1995.

la interpersonalidad es sólo física y mecánica, y está vacía de cualquier referencia personalizadora.

La afectividad, en cambio, ha sido reducida a mero *emotivismo*. En la hora presente, el infantilismo sexual y el analfabetismo emotivo caminan con paso decidido, sólo que por caminos opuestos que nunca se encontrarán en el corazón de la persona¹⁶.

En un comportamiento como el que se acaba de describir, no llega a producirse el natural ensamblaje entre afectividad y sexualidad, ni el encuentro personal entre dos existencias corporizadas.

Tal y como hoy la viven muchos, ni la sexualidad ni la afectividad están en armonía con la verdad. La satisfacción sexual gira en el vacío de lo impersonal y, por eso mismo, frustra y culpabiliza. Las relaciones sexuales apersonales manifiestan una nueva y poderosa fragmentación de la unidad y unicidad de la persona. La mentira que oculta el comportamiento sexual despersonalizado —en el que se ha amputado todo compromiso— salpica e invade también el ámbito de la afectividad, al que impide su asentamiento en la verdad, que es el fundamento de la autenticidad. En un contexto así, ¿es que acaso no es necesario hacer alguna indagación desde el ámbito de la psicopatología?

La misma corporalidad, con este modo de proceder, ha sido desgarrada en el ser

humano. Esta fragmentación usurpadora tiene hoy dos manifestaciones contradictorias y, no obstante, paradójicamente compatibles: el culto al cuerpo y el desprecio de la corporalidad.

El *culto al cuerpo* se alza ahora como un nuevo ídolo, como un sustitutivo sólo estético y disociado de la ética acerca de la corporalidad. El desprecio de la corporalidad —y, en general, del cuerpo animado— ha despojado a la persona de todo valor moral. El cuerpo es apenas un trasunto alejado de la persona; el cuerpo es apenas un instrumento sólo útil para procurarse el placer.

Pero sin cuerpo la persona no puede alcanzar el placer, ni tan siquiera amar. El sexo y el amor humano exigen la comparecencia de la corporalidad. No hay personas sin cuerpo, aunque el cuerpo haya de estar sometido a la persona de la que forma parte y parte indisociable. El cuerpo merece por eso respeto y no puede ni debe degradarse a mera epidermis o a sólo cierta envoltura de la persona.

Si la sexualidad y la afectividad se disocian y acaban por oponerse entre ellas, ¿qué es lo que la persona puede decidir en este ámbito? ¿Satisfacer la sexualidad en contra de la afectividad? ¿Satisfacer la afectividad en contra de la sexualidad? Al proceder así, ¿encontrará su gozo cumplido? Lo que cabe esperar de una satisfacción escindida e incompleta, como ésta, es una completa frustración. ¿Tiene aquí algo que hacer y decir el pertinente enfoque psicopatológico?

Si la sexualidad y la afectividad no coinciden en un acto unitario, la realidad de esa unión personal resulta falseada y

16 Polaino-Lorente, A. «Aproximación diagnóstica a la juventud de hoy». En: *La juventud a examen*. Lydia Jiménez (dir.). Fundación Universitaria Española, Madrid (2009), 35-70; Polaino-Lorente, A. «La educación de los sentimientos y la sexualidad». *Revista Española de Pedagogía*, 235, (2006), 429-452.

lleva en sí misma el germen del drama. La unidad de la persona, en el encuentro sexual y afectivo, exige la apuesta por la verdad de la completa donación y aceptación de las enteras personas que así se encuentran. Un encuentro en el que sexualidad y afectividad, por ser verdaderas, resultan inseparables.

La sexualidad y la afectividad no son comportamientos arbitrarios, meras futilidades, funciones mecánicas e independientes que no afectan el «núcleo duro» de la persona. Sexualidad y afectividad se presentan separadas, en la sociedad actual, de tal modo que no parecen tener nada que ver entre sí, lo que constituye un rasgo psicopatológico contrario a la unidad y unicidad de la persona¹⁷.

La actual sociedad mediática se recrea en despojar de cualquier significado ético al comportamiento sexual y afectivo. La «ética» del comportamiento sexual humano se ofrece ahora como un mero pragmatismo que emerge del cálculo utilitario, cuyo **único** destino es lucrar el placer del «instante». Evitar la procreación y el contagio de ciertas enfermedades son riesgos menores, perfectamente atendibles —es la propuesta de la así llamada educación sexual actual—, aunque tampoco importan demasiado si no son tenidos en cuenta.

La sexualidad y la afectividad se ofrecen hoy como baratijas, como objetos de consumo para la mera satisfacción instintiva animal —placer y emotivismo—, sin

hacer referencia para nada a la libertad humana y a la identidad personal. Pero si estas relevantes dimensiones del comportamiento humano se desgajan de la libertad, la misma libertad estará vaciada de sentido. Si la persona no dispone de otra libertad que la que le proporciona el horizonte determinista de la mera satisfacción, la persona se desnaturaliza, pierde su humanidad y, en consecuencia, deja de ser persona. Cuestión ésta muy rica y compleja que incide, por derecho propio, en el ámbito de la psicopatología.

Sexualidad y afectividad, por el contrario, se identifican en la raíz última del ser, donde se entretajan dando origen al amor conyugal. Un amor que es el contenido de una exigencia del ser personal, la verdad indubitable que da sentido a las biografías de los que se aman. Sexualidad y afectividad precisan de la confianza que anida en la verdad del ser. Es la verdad del ser la que sostiene a una y otra. Cualquier fractura o fragmentación que se produzca en y entre ellas las disocia, y conduce a la persona a la desesperación y la tragedia.

Por último, entre los factores implícitos que se concitan en la nueva sexualidad fragmentaria pueden destacarse los siguientes: la ausencia del sujeto, la elusión de la interioridad, la disociación entre las cogniciones (el conocimiento propio y ajeno, en el que se funda la unión y comunión de personas), el compromiso afectivo y la conducta sexual, y la recíproca utilización en el contexto de una fingida armonía.

Sea como fuere, el hecho es que cada vez es más precoz y generalizado el inicio

¹⁷ Polaino-Lorente, A. «Cómo saber si se está enamorado». En: *La juventud a examen*. Lydia Jiménez (dir.). Fundación Universitaria Española, Madrid (2009), 259-308.

de la actividad sexual entre los jóvenes. De otra parte, la descontrolada impulsividad y la manifiesta inestabilidad de estas tempranas e inmaduras relaciones, ¿no aconsejan acaso hacer alguna otra posible indagación desde el ámbito de la psicopatología?

4. La psicopatología y la conducta sexual

En modo alguno se trata aquí de «psicopatologizar» en general las relaciones sexuales. De hecho, la mayoría de estas conductas pueden ser explicadas, en forma suficiente y clara, apelando a la libertad de las personas y, en algunos casos, a la ignorancia de los «consumidores de sexo», así como a la vigencia de la poderosa presión social hoy existente sobre este particular.

De lo que se trata ahora es de reflexionar acerca de los datos observados en el contexto clínico, por si pudiera concluirse algo acerca de la existencia de cierta relación entre conducta sexual y psicopatología. Líneas atrás se han considerado dos nuevas características del nuevo comportamiento sexual emergente —la precocidad y la inestabilidad— a las que habría que añadir otra: su excesiva frecuencia.

¿En qué sentido tiene aquí algo que decir la psicopatología? Me remitiré a la experiencia clínica. Los datos clínicos de que dispongo no provienen aquí de jóvenes que hayan consultado por las anteriores características mencionadas, sino que han solicitado consulta, según ellos y ellas, por otros síntomas que no les permitía sentirse bien consigo mismos.

Al filo de otras observaciones clínicas, los jóvenes que consultaron manifestaron también un cierto malestar con su actividad sexual, lo que unido a lo anterior puso de manifiesto ciertas conclusiones psicológicas y psicopatológicas.

Los datos de que se informa a continuación han sido sistematizados de acuerdo con las tres características antes apuntadas:

4.1. Respetto de la precocidad

Algunos de ellos la explican apelando a la presión social y el dictado de la moda («es lo que hacen todos»), al placer que obtienen («se pasa un buen rato»), a la curiosidad («a mi nunca me había ocurrido y quería probarlo»), a la necesidad de experimentarlo personalmente («quería saber qué se sentía»), al afán de vencer la propia inseguridad («para nada me sentía seguro de mí mismo en este tema»), al deseo de divertirse («eso mola mucho y si no te enrollas te aburres un montón»), al hecho de sentirse mayor («ya iba siendo hora de que me comportara como una persona adulta»). Hasta aquí las razones psicológicas aducidas por los adolescentes.

El malestar que suelen experimentar después de la relación se concreta en la insatisfacción, la aparición a veces de sentimientos de culpa, la relativización de lo que tanto habían anhelado, la baja autoestima, y los cambios que transforman —como consecuencia de esa relación sexual— la relación con la otra persona.

La indagación en otras posibles motivaciones psicológicas que expliquen la

precocidad de las relaciones sexuales son las siguientes: la soledad, el aburrimiento, la frustración, la insatisfacción consigo mismo, los conflictos con los padres, el fracaso escolar, la compensación de la timidez y del propio sentimiento de inferioridad, la ansiedad, el sinsentido de su propia vida, la incertidumbre ante el futuro, la autoafirmación del yo (en la constelación de la emulación, persuasión, seducción y fascinación), y la búsqueda del mero placer. Algunas de las anteriores motivaciones son propias del comportamiento sexual adolescente; en cambio, otras —de acuerdo con su intensidad y el grado de malestar que suscitan— podrían considerarse como más próximas a determinadas situaciones de riesgo psicopatológico¹⁸.

4.2. Respetto de la inestabilidad

Esta característica común del comportamiento adolescente, en general, se manifiesta también en el comportamiento sexual. Pero tal peculiaridad no siempre debiera atribuirse a lo que es una peculiaridad común en esa etapa de la vida. Es preciso hacer ciertas indagaciones al respecto. En algunos de ellos, la inestabilidad de su conducta sexual se ensambla mejor con ciertos rasgos del perfil sintomático que es característico de ciertos trastornos psicopatológicos. De aquí que resulte muy conveniente dilucidar si su comportamiento sexual está o no implicado y puede ser o no explicado mejor —en unión a

otros síntomas, cuando los hay— desde los criterios que definen un determinado comportamiento patológico.

Se sintetizan a continuación los trastornos psicopatológicos en los que con más frecuencia hemos encontrado razones suficientes para explicar esta inestabilidad de la conducta sexual adolescente como una manifestación psicopatológica más: la depresión, el trastorno bipolar, la ausencia de control sobre los impulsos, la personalidad narcisista y pasivo-dependiente, el consumo de alcohol y drogas, el trastorno obsesivo-compulsivo, los pensamientos automáticos y la adicción al sexo.

Ante un adolescente que esté insatisfecho de su conducta sexual, que le produzca cierto malestar y/o manifieste otros síntomas psicopatológicos específicos de los trastornos anteriores, el clínico debiera ser prudente y explorar si esas molestias e insatisfacciones pueden explicarse —y tratarse— desde una perspectiva psicopatológica.

4.3. Respetto de la excesiva frecuencia de uso

Esta característica es especialmente problemática, puesto que además de la edad del adolescente influye en ella —¡y mucho!— el contexto social, los estilos de vida y los usos hechos costumbre en la actual sociedad.

Entre los posibles trastornos que conviene explorar —además de los mencionados en el apartado anterior—, cabe añadir aquí los siguientes: consumo de sustancias psicótropas, trastornos esquizoafectivos, distimia, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, trastor-

¹⁸ Polaino-Lorente, A., *Sexo y cultura. Análisis del comportamiento sexual*. Rialp, Madrid 1998, 2ª, 197-222.

nos de personalidad (de la inestabilidad **emocional**, dependiente e histriónico), trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, trastornos del desarrollo sexual, trastornos hiperkinéticos, trastornos disociales y de las emociones mixtos, y trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.

De acuerdo con los resultados obtenidos por el Proyecto Esperí¹⁹, alrededor de 700.000 adolescentes españoles sufren trastornos del comportamiento, lo que supone entre el 8 y el 10% de este colectivo. De ellos el 80% están sin diagnosticar. La incidencia de estos trastornos, según la OMS, está aumentando en los países industrializados. La estimación para los próximos años, en lo que a España se refiere, es que la incidencia se eleve hasta el 14-21%. Estos trastornos suelen aparecer ligados, a veces, a conductas de riesgo como el abuso de alcohol y drogas y la promiscuidad juvenil. Según esta misma fuente de información, el aborto afecta en la actualidad a una población de 800.000 mujeres españolas y potencialmente a otros tantos hombres. De aquí que se considere el aborto como uno de los factores de riesgo psicopatológico más relevante y significativo en el grupo de población juvenil.

La función sexual, como cualquier otra función psico-física, puede alterarse. Es muy poco frecuente que hoy se piense en esta posibilidad como posible explicación a lo que sucede en algunos adolescentes que sufren a causa de la precocidad,

inestabilidad y uso excesivamente frecuente de su comportamiento sexual, en ocasiones incluso contra su voluntad. A nadie se le oculta la obvia vinculación entre la conducta sexual y el aborto, pues sin aquella no se daría el embarazo, y sin éste no es posible el aborto. Pero conviene admitir como mera hipótesis de trabajo que el comportamiento sexual previo, que está en el origen del aborto, puede estar de suyo condicionado por ciertos factores psicopatológicos o incluso constituir una expresiva manifestación sintomática de ciertas alteraciones.

5. El contexto psicológico y psicopatológico de la decisión de abortar

La perspectiva psicopatológica y el aborto vuelven a encontrarse en esta segunda etapa en que la persona toma la lamentable decisión de abortar. Una decisión que, por su gravedad e irreversibilidad, constituye un hecho histórico irreparable. Nada de particular tiene que, como tal hecho, se adentre en la intimidad de la persona y se configure allí como algo esencial que se incorpora al propio núcleo biográfico. De hecho, es una realidad que las consecuencias del aborto —tal y como las observaremos en el epígrafe siguiente— son tan lamentables, profundas y estables, que en muchas personas constituyen una huella persistente que les acompañará durante toda su vida.

Dadas las anteriores peculiaridades, parece lógico que tan grave decisión sea también iluminada desde la perspectiva psicopatológica para así tratar de evitar, si fuera posible, el error, la falsedad o la

19 Fundación Iberdrola. *Proyecto Esperí*. Madrid, 2004.

ignorancia de esa decisión, y las funestas consecuencias psíquicas que de ella pueden derivarse.

En la mayoría de los casos, se concitan numerosos factores —algunos de ellos morbosos y otros desencadenantes y/o condicionantes de ciertas patologías— en la decisión de abortar. En las líneas que siguen, se sintetizan las tres etapas en que algunos de estos factores pueden agruparse, de acuerdo con su relevancia y frecuencia de ocurrencia.

En la *primera etapa*, hay que referirse al *contexto vital y familiar* en que la mujer toma esa decisión. En este punto hay que enfatizar la dramática experiencia de soledad y desvalimiento de la mujer. Es la mujer embarazada, y sólo ella, la que toma esa decisión. Y, sin embargo, influye tanto el contexto y la presión de las circunstancias que su decisión está psicológicamente condicionada, la mayoría de las veces, de forma poderosa.

El hombre, el padre biológico no suele comparecer, por la sencilla razón de que ha huido ante el embarazo de la mujer. Como si aquello no fuera con él —aunque no se hizo sin él—, el hombre se desentien- de y desatiende a la mujer y al fruto que hay en sus entrañas. Es esta una nueva y dolorosa «catástrofe» emocional adicional que se suma al drama que ya experimentaba la joven madre. Si cualquier ruptura sentimental de la pareja condiciona poderosamente el estado psicológico de la mujer, tanto más afectará ésta, conforme a las especiales y significativas circunstancias que está viviendo.

Habría que sopesar y evaluar —también desde la perspectiva psicológi-

ca— los efectos y consecuencias en la mujer de la ausencia del hombre en estas condiciones. ¿Cómo justificará la mujer en el ámbito cognitivo, por ejemplo, la inhibición, el abandono y la huida del otro progenitor? ¿Es que ya no la quiere, pensará, precisamente por haberse quedado embarazada? ¿Es ella acaso la única responsable? Y si no lo es, ¿por qué, entonces, se la abandona a su suerte, a la soledad de su mala suerte? Si en su origen está el comportamiento de dos personas, ¿por qué las consecuencias de esa dual decisión originaria recaen sólo sobre una de ellas?

Ciertamente, que el hecho de que una mujer quede embarazada no suele resolverse con el matrimonio con el otro progenitor. La aparente solución de contraer matrimonio —tal y como se ha demostrado— no suele ser remedio alguno para resolver el drama de esa situación. Pero, entre no casarse y no comparecer hay una dilatada distancia. Lo común, sin embargo, es que el varón se «pierda» y desaparezca del escenario, aunque ello comporte el que la otra persona se sienta sola, abandonada y «perdida». ¿A quién acudir, entonces, para pedir la ayuda que necesita?

Lo usual es que acudan a sus padres. Pero, ¿son tan impresionables los padres!, ¿toleran tan mal la información acerca de los nuevos acontecimientos!, que se comprende el temor de la joven embarazada a informarles. En otras ocasiones, la joven mujer embarazada recuerda las inquietantes advertencias, las amenazas explícitas que oyeron a sus padres en el caso hipotético de que quedaran embarazadas. El temor al conflicto familiar

y al rechazo de sus padres sella la boca de la embarazada, que rehúsa pedirles ayuda y le encamina a buscar otras posibles alternativas. ¿Pueden estos temores condicionar gravemente la decisión de abortar? ¿Es libre la embarazada para tomar tal decisión? ¿No se confundirá tal vez, apelando a una «liberación» que, a corto plazo, parece suprimir su problema, pero a costa de hipotecar su vida futura, de forma traumática? ¿Tomaría tal decisión si encontrara cierta comprensión y los recursos humanos, psicológicos y económicos que precisa?

Una reciente investigación con unos varones ($n = 658$) y mujeres ($n = 906$)²⁰ ha desvelado algunos *predictores* de la decisión de abortar en la mujer. Entre los que parecen ser más significativos y relevantes se encuentran los siguientes: escasa práctica religiosa; no haber tenido relación con una madre durante la infancia; ausencia de relación con un padre durante la infancia; abandono del hogar a temprana edad; haber sido tocada sexualmente antes de los 13 años; antecedentes de haber sido forzada a tener sexo; y una historia de haber estado con otro más de una noche y de haber participado en relaciones sexuales en grupo.

Por lo que respecta a los varones, son predictores de la decisión de que la mujer aborte los siguientes factores: escasa práctica religiosa; haber sido tocado sexualmente antes de los 13 años;

haber participado en relaciones sexuales en grupo; y una historia de haber estado más de una noche con otra mujer.

Sin duda alguna, los anteriores factores debieran tenerse en cuenta en los programas de prevención del aborto. Esos factores pueden condicionar psicopatológicamente —¡y mucho!— la decisión de abortar en la mujer.

En la *segunda etapa*, hay que mencionar los factores provenientes del *contexto social*, tan ricos en estereotipias, rechazos y escándalos. A la madre embarazada le importa, como es lógico, el qué dirán, la opinión pública acerca de su estado, sobre todo por su grupo de pertenencia y referencia. Tal actitud varía mucho de unas a otras personas, en función de: (a) la relevancia que atribuyan a la opinión pública; (b) la seguridad en sí mismas y en sus propios juicios; (c) la mayor o menor dependencia que tengan respecto del grupo; y (d) las redes sociales de que disponga para su ayuda y protección en esas circunstancias.

En cualquier caso, es natural esta preocupación. Las personas tienen interioridad, que es justamente lo que no está puesto en el escaparate ante la mirada de curiosos y extraños. El embarazo en una persona soltera forma parte importante de su intimidad, algo que tiene el derecho y el deber de custodiar. La persona tiene derecho a su honra, que forma parte de la virtud de la justicia. El reconocimiento social no es sólo una cuestión de «imagen» sino de justicia social. Una mujer joven embarazada se siente asustada porque está persuadida de que su nuevo estado cause un cierto escándalo y su

20 Coleman, P. K., Rue, V. M., y Coly, C. T. «Induced abortion and intimate relations quality in the Chicago Health and Social Life Survey», *The Royal Institute of Public Health*, Elsevier Ltd, Chicago, 2009.

desprestigio personal. En consecuencia, teme las habladurías de la gente acerca de su persona: algo —piensa— va a cambiar, definitivamente, en el modo de ser percibida por los demás.

A ello se suma la incertidumbre ante su futuro como madre, en lo que no tiene experiencia alguna. La carga económica que conlleva la maternidad (la alimentación y el cuidado del hijo) es otro de los obstáculos preocupantes que se ciernen sobre ella. Especialmente si, como sucede, hasta ahora ha dependido de su familia de origen. En este caso optar por la maternidad conlleva también una cierta independencia económica, a la que no sabe, no puede o no quiere hacer frente. Además de las anteriores exigencias, optar por la maternidad exige renunciar a los propios proyectos personales, lo que constituye un importante sacrificio que es difícil realizar.

El temor a lo que le puede pasar, tanto si aborta como si da a luz, hunde a la embarazada soltera en la ansiedad y la depresión, además de causarle una cierta perplejidad amasada de indecisiones y temores. En este contexto, emergen con frecuencia los sentimientos de culpabilidad, lo que intensifica la situación dramática en que se encuentra.

Por lo general, no se siente preparada —experimenta una gran dificultad— para afrontar las nuevas responsabilidades a las que tiene que enfrentarse, tanto si decide abortar como si no. Si al menos estuviera acompañada por el padre de la criatura, encontraría ese punto de apoyo necesario para, solidariamente, tomar la decisión más pertinente.

¿Cuál es el peso de las anteriores circunstancias en la toma de decisiones por la que opte? ¿Puede estar gravemente condicionada por los factores a los que se ha aludido? ¿Está garantizada la libertad de decidir en una persona inexperta, que se siente abandonada, sola, confusa, deprimida y angustiada?

En la *tercera etapa*, hay que mencionar otros nuevos factores que acompañan al hecho de estar embarazada y la posible consideración de abortar. La embarazada soltera no tiene información suficiente acerca del embarazo, para el que, por otra parte, no ha sido preparada. Muchas de ellas se debaten entre dos miedos: el miedo al embarazo y el parto y el miedo, todavía mayor, a abortar.

La clausura de la persona en un contexto de temor, del que no se puede escapar —cualquiera que sea la decisión que elija—, se asemeja mucho a los conflictos psicológicos de evitación-evitación, que suelen prolongarse en indefensión y bloqueo. Sin duda alguna, estos miedos obstruyen y bloquean su libertad o, cuando menos, la limitan sustancialmente.

La decisión de seguir adelante con el embarazo comporta el miedo al embarazo y el parto —además de las consecuencias mencionadas en los dos anteriores epígrafes—, aunque supone también la liberación del miedo al aborto y a los riesgos psicopatológicos que de él derivan. A ello se añade la ilusión de tener un hijo y ser madre, con todo lo que ello supone de crecimiento y madurez personal.

Por el contrario, la decisión de abortar conlleva una cierta «liberación» de algunos de los factores anteriores, pero

permanece y se intensifica el miedo a abortar, la culpabilidad de haber eliminado a su propio hijo, el rechazo de una maternidad que ha sido interrumpida y a las numerosas consecuencias psicopatológicas que de ello pueden derivarse. El aborto comparece ante los ojos de la embarazada con un doble rostro: los efectos, supuestamente liberadores, a corto plazo; y los perniciosos y desconocidos efectos psicopatológicos, a largo plazo.

En la actual cultura del instante, el énfasis se pone en el «momento» presente, en el cortísimo plazo, en el «todo, ya y ahora», lo que suele presionar y condicionar todavía más la decisión de abortar. Pero en tal decisión no se han tenido en cuenta los numerosos efectos psicopatológicos que —en ocasiones de forma irreversible—, posiblemente le acompañen durante toda su vida.

¿Se encuentra la mujer soltera embarazada en las mejores circunstancias para tomar decisiones?, ¿No resultará su libertad, gravemente impedida, por los anteriores factores psicopatológicos a los que se ha aludido?, ¿Es que acaso no sería conveniente evaluar el peso de estos factores en la dinámica de esta toma de decisiones?, ¿Dispone la actual psicopatología de los recursos necesarios para atemperar, aliviar, disminuir y/o extinguir las influencias y condicionamientos psicopatológicos de estos factores?, ¿Son eficaces las medidas tomadas hasta el momento para la prevención del aborto?

Podría llegar a escandalizar el modo en que se ha apelado a la «salud psíquica» de la madre en lo relativo al aborto. En efecto, aquí la psicopatología ha sido, una

vez más, domeñada, sometida y manipulada por la opinión de los legisladores. La ley del aborto parte del principio de que el embarazo, en determinadas circunstancias —¿también un embarazo no deseado?— puede tener consecuencias patológicas para la salud psíquica de la madre. De acuerdo con este principio, las leyes amparan y privilegian la «salud de la madre» respecto de la «salud del hijo» no nacido que, sencillamente, es sacrificado.

Más allá de este mostrenco y grosero error —especialmente, si nos atenemos a las «causas y circunstancias» que se invocan y a cómo se ha aplicado esta legislación—, hay una cadena de numerosos errores, que tomados en su conjunto no son de menor cuantía. Si se focaliza la atención en sólo la «salud de la madre» —lo que es una fragante injusticia, a pesar de estar de acuerdo con el actual espíritu de las leyes—, no se entiende cuál es la razón de la total omisión y exclusión de los numerosos factores psicopatológicos que se concitan antes, durante y después del aborto, como causa y como consecuencia del mismo.

6. Algunas consecuencias psicopatológicas de la IVE

El primer grupo de consecuencias del aborto es que incide negativa y poderosamente en las *relaciones de pareja*. De acuerdo con la reciente investigación a la que antes se aludió²¹, la experiencia

21 Coleman, P. K., Rue, V. M., y Coly, C. T. «Induced abortion and intimate relations quality in the Chicago Health and Social Life Survey», *The Royal Institute of Public Health*, Elsevier Ltd, Chicago, 2009.

del aborto en la *mujer* afecta gravemente sus relaciones de pareja en las siguientes cuestiones: aumento del riesgo de disfunciones sexuales (182% de la población estudiada); de los conflictos con los familiares de la pareja (80%); del modo en que éstos responden (99%); y de las discusiones entre ellos acerca del dinero (75%). En lo que se refiere al *varón*, la experiencia del aborto aumenta el riesgo de los conflictos con las drogas (385%) y del comportamiento celoso (96%).

Desde la perspectiva psicopatológica, comienza a haber bastante acuerdo entre los diversos equipos de investigadores en que la experiencia del aborto aumenta el riesgo de trastornos psicopatológicos en un amplio espectro, destacándose, especialmente, el consumo de drogas, la ansiedad, la hostilidad, la baja autoestima, la depresión y el trastorno bipolar²².

Tal vez el análisis reciente, más comprehensivo en lo que afecta a este tópico, es el realizado por el *Nacional Longitudinal Study of Youth* (NSLY), en el que se informa que en las mujeres que optan por el aborto provocado frente a las mujeres con un parto a término, el riesgo de padecer una depresión es mayor del 65%²³.

22 Cogle, J.R., Reardon, D.C., y Coleman, P.K. «Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort». *Medical Science Monitory*, (2003), 9, 105-112; Reardon, D. C., Cogle, J. R., Rue, V. M., Shuping, M. W., Coleman, P. K., y Ney, P. G. «Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth». *Canadian Medical Association*, (2003), 168, 10, 1253-1256.

23 Reardon, D. C., Cogle, J. R., Rue, V. M., Shuping, M. W., Coleman, P. K., y Ney, P. G. «Psy-

Fergusson, Horwood y Rider²⁴ realizaron en Nueva Zelanda un estudio longitudinal, de 25 años de seguimiento, con cohortes juveniles de 15 a 25 años de edad. El 41% de las jóvenes quedaron embarazadas, al menos en una ocasión, antes de los 25 años. De ellas, el 14.6% abortaron.

Los resultados manifiestan que en lo que se refiere a la incidencia de trastornos psicopatológicos (depresión, ideación suicida, dependencia de las drogas, y problemas globales de salud mental), fue significativamente mayor en las mujeres que abortaron que entre las embarazadas que no abortaron. Tanto en este grupo como en el de las mujeres no embarazadas de la misma edad, la incidencia de estos trastornos psicopatológicos no fue significativa en comparación con su incidencia en la población general.

Los autores, no obstante, encontraron otro hecho relevante, difícil de explicar. En lo que concierne a los trastornos de ansiedad, las diferencias obtenidas entre los tres grupos fue muy poco (marginamente) significativa.

Por el contrario, los síntomas psicopatológicos aumentan de forma significativa entre las mujeres que se han expuesto a la IVE.

chiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth». *Canadian Medical Association*, (2003), 168, 10, 1253-1256.

24 Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Rider, E. M. «Abortion in young women and subsequent mental health». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (2006), 47:1, 16-24.

De acuerdo con los datos comunicados por Coleman, Rue, y Coyle²⁵, el aborto aumenta la incidencia de violencia doméstica (196%), el consumo de drogas (385%) y el comportamiento celoso (96%). Para otros autores, el aborto aumenta en un 95% el riesgo de embarazo prematuro.

En un estudio reciente del Instituto Elliot²⁶ llevado a cabo con 260 mujeres que habían abortado y que habían solicitado terapia post-aborto, voluntariamente, o habían acudido a un centro de ayuda a la embarazada se encontró una mayor incidencia de trastornos relativos a la salud mental.

A continuación se transcribe el aumento de la incidencia sintomática psicopatológica encontrada por este equipo de investigación: atonía emocional (ausencia de sensibilidad emocional o necesidad de ahogar las emociones, 92%); mayor tendencia a los ataques de ira (86%); miedo generalizado y difuso (86%); miedo a que otros se enteraran de su aborto (86%); mayor sensación de soledad y aislamiento (82%); disminución de la autoestima (75%); trastornos sexuales (más dolor durante la relación, promiscuidad, frigidez o pérdida de placer, 73%); negación de los sentimientos negativos acerca del aborto (63%, durante un tiempo promedio de 5, 25 años); insomnio o pesadillas (58%); mayor dificultad para iniciar o conservar

relaciones amorosas (57%); sentimientos suicidas (56%); iniciación o aumento del consumo de drogas o alcohol (53%); trastornos alimentarios (anorexia, bulimia, comer compulsivamente, 39%); e intentos suicidas (28%).

En Finlandia se realizó una investigación para determinar en la mujer la *tasa de suicidio* vinculado al embarazo, en función del aborto espontáneo, la IVE y el parto a término²⁷, entre los años 1987-1994. La tasa anual general de suicidio en Finlandia es de 11.3 por 100.000 habitantes. Los 73 suicidios encontrados en este periodo, vinculados a la *pregnancia*, representan el 5.4% de todos los suicidios en las mujeres de este grupo de edad (15-49 años). A continuación se transcriben los datos encontrados: la tasa de suicidios entre las mujeres que tuvieron un parto a término fue de 5.9, frente a los 18.1 hallado en las mujeres que sufrieron aborto espontáneo, y 34.7 entre las que optaron por la IVE.

El rango de edad en que es más alto el riesgo de suicidio es el comprendido entre los 35 y los 39 años. La tasa de suicidio fue mayor entre las mujeres adolescentes, no casadas y de baja clase social. Las diferencias obtenidas entre los grupos son suficientemente significativas como para que las autoras de la investigación consideren la IVE como un factor de alto riesgo de suicidio.

El riesgo de suicidio aumenta en los dos primeros meses después del aborto

25 Coleman, P. K., Rue, V. M., y Coyle, C. T. «Induced abortion and intimate relations quality in the Chicago Health and Social Life Survey», *The Royal Institute of Public Health*, Elsevier Ltd, Chicago, 2009.

26 Instituto Elliot. [www.afterabortion.org/Survey2.htm].

27 Gissler, M., Hemminki, E., Lönnqvist, J. «Suicides after pregnancy in Finland, 1978-94: register linkage study». *British Medical Journal*, (1996), 313, 1431-1434.

provocado. Sin embargo, la información acerca del embarazo sólo se notificó en el 11% de los certificados de defunción, a causa del suicidio.

Sin duda alguna, es muy compleja la relación entre suicidio, trastornos psicopatológicos, clase social, acontecimientos estresantes y soporte social. No obstante, las autoras se inclinan a establecer, de acuerdo con los datos obtenidos, las dos hipótesis explicativas siguientes: (a) que las mujeres que se someten a la IVE suelen padecer después de depresión; y (b) que la alta tasa de suicidio puede estar relacionada con la situación previa de alto riesgo, cuando la mujer opta por la IVE. En cualquier caso, ambas explicaciones no disponen de una explicación suficiente, lo que exigiría un análisis causal más fino de las variables estudiadas.

La anterior investigación ha sido replicada por otros autores, durante un periodo de tiempo más amplio y una muestra más numerosa en Norteamérica²⁸. El principal objetivo de investigaciones como éstas es tratar de reducir la elevada tasa de mortalidad maternal, a causa del aborto.

Los autores se han servido de los datos de una muestra de 173.279 mujeres (Registro Médico de California; Medi-Cal), que habían sufrido un aborto (espontáneo o provocado) en 1989. Los anteriores datos se han vinculado a la información

disponible de los certificados de defunción de esa misma población, entre 1989 y 1997.

Comparadas con las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo, las que abortaron voluntariamente muestran tasas de mortalidad más altas, con diferencias significativas, respecto de las siguientes causas de mortalidad maternal: riesgo de muerte, consideradas todas las causas (1.62); suicidio (2.54); accidentes (1.82); riesgo de muerte por causas naturales (1.44); SIDA (2.18); enfermedades circulatorias (2.87); y accidentes cerebrovasculares (5.46). Son muy significativas las diferencias encontradas en lo que respecta a la tasa media anual de suicidio entre las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo (3.0) y las que tienen una historia de aborto voluntario (7.8).

La conclusión a la que llega este equipo de investigadores es que la alta tasa de mortalidad en las mujeres que han abortado persiste en el tiempo, cualquiera que fuere su situación socio-económica. Estos resultados podrían explicarse, como postulan los autores, apelando al incremento de las tendencias auto-destructivas, la depresión y otros comportamientos no saludables, que resultan agravados por la experiencia del aborto.

Los autores analizan las diversas experiencias previas relativas al embarazo y al parto. Los datos encontrados en los diversos subgrupos les autoriza a formular la siguiente conclusión: el parto en una mujer que no haya sufrido anteriores pérdidas (aborto espontáneo o provocado) puede ser considerado como un factor de protección para la salud de la madre. Por

28 Reardon, D. C., Ney, Ph. G., Scheuren, F., Cougles, J., Coleman, P. K., Strahan, T. W., y Springfield, J. D. «Deaths Associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women». *Southern Medical Journal*, (2002), 95, 8, 834-841.

el contrario, sufrir un aborto (espontáneo o provocado), sin haber tenido antes la experiencia de un parto a término, podría tener efectos deletéreos²⁹.

Una investigación diseñada con otros recursos metodológicos y orientada a otros aspectos psicopatológicos arroja mucha luz sobre este problema³⁰. Los autores salen al paso de la controversia existente acerca de si el aborto o el parto están asociados o no con un grave riesgo psicológico para la salud de la mujer. Para ello han comparado la tasa de admisiones psiquiátricas de las mujeres, durante un periodo comprendido entre 90 días y 4 años, después del parto o de haber abortado en 1989, y cuyas edades estaban comprendidas entre los 13 y los 49 años. Para esto se sirvieron del Registro Médico de California (Medi-Cal). Los resultados encontrados ponen de manifiesto, que en las mujeres que abortaron la tasa de riesgo de admisión en un Servicio de Psiquiatría es muy alta y mayor, de forma significativa, respecto de las mujeres que dieron a luz. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, por los que precisaron el ingreso, fueron los siguientes: trastornos de adaptación, episodio depresivo con síntomas psicó-

ticos, depresión recurrente con síntomas psicóticos, y trastorno bipolar. Tanto en el corto como en el largo plazo —y cualquiera que fuere la edad de la mujer en el rango de edad del grupo estudiado—, la tasa de admisiones psiquiátricas fue significativamente mayor en las mujeres que habían abortado que en las madres que habían dado a luz. Los ingresos son especialmente frecuentes en aquellas mujeres que abortaron y que disponen de bajos ingresos económicos.

Más alarmantes son los datos que en la actualidad ha comunicado El *Royal College of Psychiatrists* (2009): el aborto multiplica por tres la incidencia de suicidio en las mujeres (Encuesta Semergen-06). El suicidio es hoy la primera causa de muerte en la mujer, en edades comprendidas entre 30 y 34 años.

El índice de muerte materna vinculado al aborto es 2.95 veces más elevado que el de embarazos que llegan al parto en la población de mujeres de Finlandia entre los 15 y los 49 años de edad. La investigación realizada en el *Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud de Finlandia*, concluye afirmando que el embarazo contribuye a la salud de las mujeres³¹.

De acuerdo con los autores citados, el embarazo no constituye, por lo general, un riesgo para la salud psíquica de la madre; y menos todavía un riesgo que justifique el aborto. El aborto, por el

29 Reardon, D. C., Ney, Ph. G., Scheuren, F., Cougles, J., Coleman, P. K., Strahan, T. W., y Springfield, J. D. «Deaths Associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women». *Southern Medical Journal*, (2002), 95, 8, 834-841.

30 Reardon, D. C., Cogle, J. R., Rue, V. M., Shuping, M. W., Coleman, P. K., y Ney, P. G. «Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth». *Canadian Medical Association*, (2003), 168, 10, 1253-1256.

31 Gissler, M., Berg, C, Bouvier-Colle, M. H., y Bueckens, P. «Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion or induced abortion in Finland, 1987-2000». *American Journal of Obstetric and Gynecology*, (2004), 190, 422-427.

contrario, genera con mucha frecuencia consecuencias psicopatológicas muy graves, como se ha puesto de manifiesto en numerosas publicaciones científicas.

Sin embargo, la APA (*American Psychiatric Association*; Hilary White, agosto 2008) atribuye estos trastornos psicopatológicos que siguen al aborto, a las causas siguientes: el «estigma» del aborto, la necesidad de guardar un secreto, el bajo apoyo social antes de tomar la decisión de abortar, y una historia previa de problemas de salud mental. No deja de ser sorprendente que la APA postule esas atribuciones «políticamente correctas», pero nada evidentes desde la perspectiva del rigor científico. Lo que no puede hacer la APA es negar el hecho de que el aborto genera trastornos psicopatológicos. Otra cosa muy diferente es que trate de atribuirlos, principalmente, a ciertos factores socioculturales, suavizando así la gravedad que comportan, al mismo tiempo que contribuye a «domesticar» la opinión de la sociedad mediática. Pero, ¿quién comprenderá, aliviará y procurará prevenir el sufrimiento y el riesgo de mortalidad de la mujer que aborta?

6.1. El perfil sintomático del SPA

El perfil sintomático del Síndrome Post-Aborto (SPA, en lo sucesivo) está constituido por la presencia de una amplia variedad de síntomas y trastornos psicopatológicos, de muy diversa naturaleza y manifestación, que emergen en las personas con diferentes intensidades y con muy variada temporalidad. La complejidad de este perfil sintomático y su

diversa evolución en el tiempo dificulta el diagnóstico y no contribuye a establecer un pronóstico fiable.

Entre los síntomas que caracterizan al SPA se encuentran la tristeza, la evitación activa del recuerdo del aborto, la hostilidad hacia todo cuanto pueda hacérselo recordar, la irritabilidad ante la presencia de cualquier niño, las crisis de llanto, la fingida indiferencia hacia la maternidad, el insomnio o el abandono a la somnolencia excesiva, las pesadillas y ensoñaciones culpabilizadoras, la desmotivación o el activismo, y la presencia de muy variadas manifestaciones de ansiedad, que no cesa.

Se ha llegado a estimar que en las personas afectadas por el SPA se incrementa de forma alarmante (182%), la presencia de angustia, depresión, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, pesadillas, fobias, ataques de pánico, trastornos psicosomáticos, terrores nocturnos, insomnio, trastornos de la alimentación, y disfunciones sexuales.

Si quien sufre el SPA es una adolescente o una mujer muy joven, no suelen faltar tampoco las conductas compulsivas de auto-castigo (arrojándose, por ejemplo, en los brazos de la promiscuidad), los intentos suicidas, o la huida hacia delante, a la búsqueda de nuevas experiencias hedonistas compensatorias.

En algunas de ellas, el anhelo de olvidar lo que les sucedió les conduce a la proliferación de relaciones sexuales, de manera que les haga enajenarse de lo que perdieron y satisfagan lo que desearían tener: una total amnesia sobre lo sucedido. Ignoran que con esta forma de

tratar de escapar no conseguirán huir de nadie y menos aún de ellas mismas. De otra parte, con este modo de conducirse incrementan el riesgo de exponerse, una vez más, a repetir la patógena experiencia que sufrieron y de la que tratan de huir.

Las conductas de auto-castigo constituyen un elenco de abigarradas y barrocas manifestaciones, en las que puede observarse un cierto tono de fría crueldad calculada (pequeños cortes en el abdomen y pecho, quemaduras de cigarrillos en los muslos, introducción de pequeños objetos lacerantes en los zapatos, desprendimientos de los pabellones auriculares, etc.).

Son formas anómalas de tratar de restañar la herida de la culpabilidad o de procurarse cierta satisfacción por no haber evitado lo que ya es imposible de evitar. Los auto-reproches tampoco suelen faltar. Estos y otros indicios constituyen un grito clamoroso de que, sintiéndose culpables, no saben cómo escapar de la culpa. Acaso por esto, es frecuente que se odien a sí mismas y que observen obstruida cualquier vía —consideran que eso es imposible— que les conduzca al reconocimiento del error cometido y puedan así perdonarse a ellas mismas.

En estas circunstancias, parece conveniente estudiar la relación entre el aborto y la irreversibilidad del aborto. La IVE es, desde luego, algo irreversible y, por consiguiente, histórico, tanto en lo relativo a la pérdida del embrión como a las secuelas que tan lamentable pérdida del hijo dejó en la madre. Es cierto que no se puede hacer reversible lo que de suyo —la pérdida de la vida— es irreversible.

Pero una cosa es la pérdida del hijo y otra la acción que condujo a esa pérdida. La conducta que condujo al aborto es también histórica y como tal hecho no es modificable. Pero no sucede igual respecto de su evocación y recuerdo, las actitudes y disposiciones respecto a lo sucedido, incluso la posibilidad de encontrar a todo ello un cierto sentido.

En mi experiencia personal, considero que estas actitudes y comportamientos sí que pueden ser modificadas. A eso, precisamente, debiera dirigirse la psicoterapia que precisa la persona que sufre las consecuencias de la IVE. Algunas pacientes han rehecho sus vidas —y han desaparecido los síntomas que padecían— al orientarlas en otra dirección: principalmente a ayudar a jóvenes madres que pasan por su misma situación, así como a prevenir el aborto.

Es cierto que las tentativas suicidas suelen tener muchas de las características de los intentos mal o inteligentemente calculados. Pero esto no reduce del todo el riesgo de la conducta suicida: sea porque pueden equivocarse en sus 'cálculos' o sea porque su situación se haga más aguda y la tentativa devenga, lamentablemente, en una acción fatal.

Cuando la paciente es de más edad, está casada y la decisión de la IVE estuvo condicionada por otras circunstancias (la malformación congénita del feto, el hijo no deseado cuando ya se tenía otros hijos, y/o un acto de infidelidad conyugal), el espectro sintomático manifestado suele iniciarse antes; es más severo el trastorno depresivo; y más intensas y polimorfas las manifestaciones de ansiedad.

En estas circunstancias suele manifestarse una total inhibición del deseo sexual, el rechazo de todo lo que esté relacionado con la maternidad y un cierto enrarecimiento de las relaciones conyugales, que puede conducir a la separación y/o el divorcio. Algunas pacientes proyectan sus sentimientos de culpa no resueltos sobre el otro cónyuge, lo que agrava e intensifica la situación conflictiva entre ellos.

En unas y otras, sin embargo, las pesadillas se repiten con harta frecuencia. Suele ser frecuente que se despierten sudorosas, sobresaltadas y angustiadas cercadas por las prístinas y doloras imágenes de lo que vivieron —son sueños que tienden a repetirse— o de escenas de horror, de las que no pueden escapar, en las que ellas son las principales protagonistas sufrientes.

La experiencia es vivida como una situación irreversible de desesperación —modulada en su intensidad, en función de otros factores—, en que la persona es incapaz de perdonarse a sí misma por la pérdida de su hijo. Algunos de estos trastornos evolucionan hacia la cronicidad. Recuerdo haber tratado a una mujer, hasta los 84 años de edad, que había sufrido de depresión desde que abortó, es decir, durante más de 57 años.

En mi opinión y de acuerdo con otros autores, en el SPA pueden diferenciarse las tres etapas siguientes:

(1) En la etapa *inicial* los síntomas predominantes son la irritabilidad, la frustración y la tristeza. Los hechos están ahí, pero no resultan del todo creíbles. La frustración emana de

la impotencia de quien, pasado ese suceso traumático, continúa reconociendo que, en aquellas circunstancias, «no podía hacer otra cosa que la que hizo». Esto aumenta la impotencia experimentada. Al mismo tiempo que —a causa de esa supuesta justificación— se encubren y alivian, transitoriamente, los opacos y confusos sentimientos de culpabilidad, que no por eso quedan resueltos.

(2) En la etapa *intermedia* predominan los recuerdos de lo que aconteció. Un secreto que se revive a diario y no cesa de ser evocado, por lo que emerge a su continua consideración en lo secreto de la intimidad. Los recuerdos se siguen unos a otros en una secuencia perfecta, adornada con numerosas imágenes —reales o imaginarias— de contenido traumático. La nostalgia e inquietud acerca de «cómo sería la criatura» hoy, de no haber interrumpido el embarazo, culminan las características de esta larga etapa, que puede prolongarse durante décadas. Lo que mejor la define es esa constante 'rumiación' de aquél suceso, todavía no asumido como tampoco superado del todo. De acuerdo con esta nota distintiva, parece que el principal núcleo que sostiene las manifestaciones sintomáticas del SPA asienta en la memoria y en cierta ideación obsesiva y recriminatoria.

(3) En la etapa *final* la nota predominante es el padecimiento de una

grave y extraña depresión que habitualmente no suele responder al tratamiento específico convencional con fármacos antidepresivos. No es infrecuente que, en algunas de ellas, estas manifestaciones hayan sido diagnosticadas de «depresiones resistentes». Sin duda alguna, hay un halo de misterio que envuelve y proyecta su oscuridad sobre las respuestas de las pacientes al tratamiento psicofarmacológico. El clínico avezado vislumbra que algo oculto subyace en esa persona, que no puede, no sabe o no se atreve a comunicar algún acontecimiento biográfico traumático y misterioso. La persuasión en la indagación de este «secreto» —tanto tiempo herméticamente clausurado— es una de las claves para ‘comprender’ mejor sus padecimientos, compartirlos, ayudarle a asumirlos y contribuir así a procurarle cierto alivio. La ansiedad persiste en esta etapa,

pero su expresividad ha cambiado: ahora es menos abigarrada en sus manifestaciones y la paciente suele soportarla mejor. La culpabilidad, en cambio, suele comenzar a reconocerse en esta etapa —una vez que la persona se ha decidido a abrir su intimidad—, pero en modo alguno se explicita del todo su origen, las imágenes a las que está asociada, las recriminaciones que le resultan más dolorosas e insostenibles. Es cuestión de dedicarle tiempo, de avanzar muy despacio para ayudarle a esclarecer lo que ha vivido y sin urgirle en modo alguno a llegar al final. Importa mucho advertir aquí que es esa culpabilidad —tan prolongadamente enmascarada en su origen y nunca manifestada—, junto a una intensa y crónica anhedonia, los principales factores que configuran, precisamente, el hilo conductor de la frecuente ideación suicida presente en algunas de estas pacientes.

Recibido: 21-07-2009

Aceptado: 24-08-2009