

COMPARECENCIA ANTE LA SUBCOMISIÓN DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS PARA LA MODIFICACIÓN DE LA LEY DEL ABORTO

Natalia López Moratalla

Catedrática de Bioquímica y Biología Molecular. Presidenta de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica

Agradezco la oportunidad que me brindan sus señorías de compartir avances científicos, que han cambiado la forma de entender la biología del desarrollo, la embriología y la gestación. Me referiré especialmente a conocimientos recientes que han sorprendido a quienes atienden lo que la Ciencia va descubriendo. Precisamente son los progresos científicos los que en ocasiones dejan obsoletas leyes que fueron redactadas sobre la base de conocimientos insuficientes. Tengo la seguridad de que serán una ayuda para que cada uno adopte una decisión razonable y responsable en un tema tan crucial como el que ahora nos convoca.

La vida humana, en general, no es más que un concepto. Lo que existen son seres humanos vivos, concretos, que a lo largo de sus cinco primeros días de existencia recorren las trompas de Falopio, hasta alcanzar el útero, de la mujer convertida en su madre. A lo largo de ese viaje ambos establecen un diálogo molecular con

el que inician la convivencia, peculiar y única, de los meses de gestación. Permanecer vivo exige siempre un continuo intercambio con el medio, y el medio natural durante la etapa embrionaria es el cuerpo de la madre.

1. Calendario del desarrollo del embrión.

A instancia de las señales que emite el hijo, la madre contesta liberando al espacio de convivencia vital las moléculas que:

- le ayudan a desarrollarse
- le encaminan hacia el lugar donde anidar y a hacerlo por su dorso.

Me explico: la fecundación genera el cigoto, que es el individuo en su fase de célula totipotente; es decir, capaz de desarrollar todos los órganos, tejidos y sistemas del cuerpo humano. La observación del proceso de fusión de los gametos –óvulo y espermatozoide– ha permitido tener una señal visible de la

aparición del nuevo ser. La exploración microscópica permite apreciar un halo de luz que da al cigoto la apariencia de un sol. Este fenómeno físico manifiesta que aquello que aparece tras la fecundación no es una mera célula simétrica que se multiplica dando otras iguales a sí misma. No; es una célula que tiene una estructura asimétrica con dos mitades desiguales y por ello polariza la luz que le llega.

La primera división celular determina el eje dorso-ventral, primer indicio de la forma corporal del feto. La zona por la que el espermatozoide alcanza al óvulo traza el eje dorso-vientre y perpendicular a él, lógicamente, lo que será el eje cabeza-cola.

De ese plano que separa dos mitades desiguales en nuestro primer día de vida todos guardamos memoria: por él tenemos la cabeza sobre los hombros y el corazón en el tórax. No es una metáfora. En su primera división el cigoto dará lugar al embrión de dos células, cada una de las cuales tienen un destino distinto.

Cinco días después, el cigoto totipotente es una estructura formada por un conjunto de células madre embrionarias -organizadas espacialmente según los ejes trazados en su concepción- junto a otras más maduras que forman una especie de piel provisional.

Inicia, hacia el día 6. la anidación por su dorso, con lo que sitúa su cabeza y fija con ello el eje derecha-izquierda.

En la 2ª semana el embrión tiene dos láminas de células, siguiendo los ejes. Con la anidación la comunicación con la madre se hace más íntima. No solo se envían señales sino que conectan cuerpo a

cuerpo, intercambian células y establecen la circulación materno-fetal.

Para entonces, y de nuevo a instancia del hijo, han creado entre ambos un entorno único de tolerancia inmunológica. El sistema inmunitario está preparado para reconocer lo extraño y rechazarlo si en ello ve peligro. Por eso, cuando el embrión presenta al sistema inmunitario de la madre los componentes de su otra mitad, de origen paterno, la madre le detecta como distinto de ella pero lo reconoce sin señal de peligro y le acoge. El sistema inmunitario permite que siga adelante el proceso natural de gestación en medio de un espacio de tolerancia. Es el discurso de la propia biología: el cuerpo de la madre reconoce al hijo como distinto de ella pero con señal de no peligro.

El día 15, al terminar la implantación, el embrión adquiere la estructura en tres capas. La mayoría de las células se han hecho ya sólo *multipotentes*. Es decir, madurarán a células precursoras de todos los órganos, tejidos y sistemas del cuerpo, según el sitio que ocupan. Y lo harán con un calendario propio y preciso, que ahora apunto a sus señorías.

A los 16 días comienzan a formarse los vasos, la sangre y las células cardíacas desde la capa del centro. Y las neuronales desde la capa dorsal.

En la 3ª semana se inaugura la circulación sanguínea propia del embrión, impulsada por el flujo de la sangre materna liberada de los capilares del útero en la anidación. Aparece, además, el esbozo del corazón como centro motor de la circulación, que latirá por primera vez el

día 21. Al mismo tiempo se ha formado en el dorso un pliegue que se cierra en el tubo neural, que es el esbozo del cerebro y la médula espinal.

El calendario marca en la 4ª semana el inicio del hígado y después el del páncreas desde la capa ventral. Siguen el resto de los órganos y las extremidades. Avanza la maduración, finalmente la de los pulmones, de tal manera que en la semana 20 el feto, organizado espacialmente desde el inicio de la 3ª semana, concluye el desarrollo.

En la semana 22 es viable fuera de la madre. Un prematuro necesitará los servicios de la Medicina neonatal y los cuidados propios de todo recién nacido. Es un paciente a atender, que no necesita a la madre para sobrevivir. En consecuencia, hoy podemos afirmar que *interrumpir el proceso natural de la gestación, destruyendo al feto, es un aborto antes de la semana 22 y un infanticidio después de esa fecha.*

2. La convivencia materno-filial cambia el cuerpo de la madre.

El cuerpo de la mujer, y especialmente su cerebro, nunca será igual al de antes de engendrar. Entre otros cambios, algunas células de la sangre del feto y de la placenta pasan a la circulación de la madre. Estas células fetales jóvenes permanecen en reserva, especialmente en la médula ósea de la madre. Se distribuyen por distintos órganos y contribuyen en los procesos de reparación del daño que causan enfermedades, como, por ejemplo, cardiopatías. El cuerpo de la mujer guarda memoria de este regalo de cada hijo.

Una mujer es madre, o no, según haya concebido o no; la maternidad es natural y no una opción.

Ha dicho el psicólogo Wilke que «es muy fácil sacar al hijo del útero de su madre pero muy difícil sacarlo de su pensamiento». Esa es una experiencia universal de la mujer que sufre una interrupción del embarazo, sea cual sea su cultura o sus convicciones. Es universal porque las hormonas producidas en el proceso natural de la gestación inducen un intenso proceso neurobiológico, que configura el llamado «cerebro materno».

Desde la 8ª semana la progesterona -hormona sexual femenina- aumenta entre 10 y 100 veces en el cerebro de la mujer gestante y por ello el embarazo reduce el estrés de la mujer. Y no sólo eso, la progesterona estimula además la producción en el cerebro de oxitocina -también llamada hormona de la confianza- que a su vez regula la actividad específica del núcleo de comunicación que conecta los circuitos del conocimiento con aquellos que procesan las emociones. Se activan los sistemas recompensa, creándose así el llamado vínculo natural de apego hacia las crías; vínculo que permite la supervivencia de las especies sobre la Tierra, protegidas por sus progenitoras.

Es mucho lo que cambia el cerebro de la mujer durante el embarazo. Las técnicas modernas de neuroimagen nos han permitido conocer el entramado neurobiológico del vínculo, producido por el embarazo, al mostrarnos los circuitos cerebrales implicados en las emociones que suscita en la madre tanto la visión de fotografías o vídeos del hijo, como

oír su risa o su llanto. En el cerebro materno se activan las áreas del sistema de recompensa y se silencian las asociadas a lo negativo. La tecnología muestra lo que la humanidad ha sabido siempre: que la madre es siempre partidaria de sus hijos. El cerebro materno, creado durante el embarazo, es un cerebro siempre atento y expectante a las necesidades que demanda el hijo.

El embarazo en sí mismo tiene un efecto beneficioso para la salud psíquica de la mujer. Una muestra de ello es que la vuelta a la normalidad neuroendocrina, una vez nacido su hijo, exige una adaptación, que conlleva cierto riesgo de fluctuaciones anímicas como la depresión posparto.

3. La rotura violenta del vínculo que se produce con la interrupción del embarazo hace que ésta tenga un efecto negativo para la salud psíquica de la embarazada.

El aborto es siempre un drama para la mujer. El aborto espontáneo genera una situación anímica, duelo, que difiere en su naturaleza de la generada con el aborto voluntario

El aborto se relaciona con el aumento de riesgo de una amplia gama de alteraciones de la ansiedad (ataques y desórdenes de pánico, Síndrome postraumático, Agorafobia), del ánimo (trastorno bipolar, manía, depresión), y el alcoholismo y la drogodependencia. Un artículo, publicado hace una semana en la revista *Journal of Psychiatric Research* (y que aporta a sus señorías), recoge las alteraciones psíquicas y de conducta de mujeres que han

abortado voluntariamente, en los Estados Unidos. Este riguroso estudio se basa en el análisis impecable de una muestra de 68 mujeres de toda condición social, cultura, etc. Los datos de 34 de ellas, la mitad, son los controles, que han sufrido aborto espontáneo. Estas últimas, de las que el 25% sufren trastornos psíquicos, no presentan el riesgo a las enfermedades que padecen las mujeres con abortos voluntarios. La conclusión es clara:

El aborto voluntario aumenta significativamente -entre un 4.3% y un 16.6%- el riesgo de sufrir hasta 15 tipos de trastornos psíquicos.

La información científica, muy abundante, y ahora ya suficientemente completa, quedó confirmada con estudios de neuroimagen. Las imágenes cerebrales de mujeres con el Síndrome Postrauma tras aborto -que no habían sufrido previamente ningún tipo de alteración psíquica-, muestran la misma lesión cerebral que otros pacientes con este trastorno (Veteranos de la guerra del Vietnam, víctimas del 11-S, quemados, etc.). Se trata de una disminución del volumen de una región cerebral, el hipocampo, en la que se procesa la memoria emocional.

Otros estudios (realizados en diversos países y que tienen a su disposición) muestran una correlación entre aborto y suicidio. En todos los casos el riesgo de suicidio es siempre mayor en mujeres que abortaron voluntariamente.

Hoy, no admite duda la conclusión: *el aborto daña peligrosamente la salud psíquica de la mujer. Daños que se suman a los que afectan a su salud física y reproductiva.* Necesitamos mayor sensibilidad para las

cuestiones de igualdad porque el aborto supone una violencia de género.

4. Además, apporto algunos de los avances científicos espectaculares de la genética médica, y la Medicina del no-nacido, que iluminan hoy el tercer supuesto despenalizado hace 23 años, y que se refiere a la presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas.

El progreso tecnológico no permite hablar hoy de «que se presuma que habrá de tener una tara». La tara, o existe o no existe. Más aún, que la tara es o no grave no puede dejarse a la arbitrariedad de criterios tales como calidad de vida, de coste económico y social, o de incomodidad o esfuerzo en sus cuidados y crianza.

Diagnosticar, curar o paliar corresponde al profesional de la salud embrio/fetal con el propósito de actuar en su beneficio. Es este principio terapéutico el que determina la legitimidad de los procedimientos de diagnóstico e intervención. Y, entre otras cuestiones a tener en cuenta, hoy se curan enfermedades consideradas incurables hasta tiempos recientes. Por ejemplo, la talasemia grave es curable ya con sangre de cordón umbilical de recién nacidos no familiares, disponible en los bancos. Además, el feto –con espina bífida, por ejemplo– puede ser sometido a cirugía intrauterina, con lo que se consigue arreglar lo que antes era inarreglable.

En los programas de Cribado de Defectos Congénitos, impuestos por el poder público –como conocen sus seño-

rias–, es preciso tener en cuenta que en el sistema sanitario español, no existe la especialidad de Genética Clínica. Nuestro país es el único de la UE, junto con Grecia, sin ningún itinerario formativo para especialistas médicos o de laboratorio en genética clínica. Actualmente, desempeñan estas labores, con competencia, facultativos procedentes de diversos campos de la biomedicina, pero que se han formado de manera heterogénea. Es necesario regularizar esta situación a fin de asegurar el control y la calidad de estas prestaciones. Existen, en otros países, estudios contrastados acerca de la influencia de la información que se da a los progenitores sobre su decisión acerca de la vida del hijo, y de la influencia del contenido informativo en los progenitores, según su cultura. Apporto bibliografía al respecto y señalo algunas cuestiones:

a) Es injusto obligar, como se está haciendo, a un profesional a realizar un cribado que carece de garantías de protección del enfermo.

b) Se requiere regular las medidas adecuadas para asegurar el consentimiento informado de los progenitores para hacer el diagnóstico prenatal de su hijo.

c) Se requiere asegurar que la información a los progenitores acerca del resultado del diagnóstico realizado es la adecuada.

Es preciso repensar, acordar y seguir qué información se va a dar a los padres, que debe incluir al menos: i) Las terapias actuales y su eficacia. ii) El conocimiento de cómo es la vida de una familia con un discapacitado y las medidas de

apoyo social con que podrá contar, etc.;
iii) Información de la Medicina paliativa fetal; ya que hoy existe experiencia del beneficio que comporta acompañar a la madre, a la familia, cuando el hijo tiene defectos graves, incompatibles con la vida, que van a producir, antes o después, su muerte natural.

Por último, *necesitamos sensibilidad para la igualdad. La eliminación de los embriones no conformes a «un baremo de normalidad» les niega su derecho a vivir como son. Y conduce, además, a un desprecio de los nacidos y adultos portadores del mismo defecto.*

La Convención de la ONU sobre derechos de las personas con discapacidad, ratificada por España, no admite el tercer supuesto de despenalización del aborto por constituir un trato desigual por mo-

tivos de discapacidad. Con el lema «no nos prevengan, inclúyanos» llaman la atención hacia una discriminación que olvida que «las personas con discapacidad son parte de la diversidad humana y ofrecen contribuciones únicas a través de su discapacidad».

Es llamativo, en este sentido, el impacto del diagnóstico prenatal sobre la desaparición masiva de nacidos con Síndrome de Down, de lo que apporto abundantes datos. Justamente, en este momento el avance de la terapia celular apunta ya a una posible corrección del cerebro del embrión con Síndrome de Down; pero sobre todo, hoy, es una realidad el éxito social que han supuesto los avances en la autonomía e integración, incluso laboral, de tantas personas con esta deficiencia.