



El trauma post aborto: Un mito creado por sectores conservadores

Adriana Maroto Vargas*

Introducción

En el trabajo que realiza la Colectiva por el Derecho a Decidir por generar un debate público sobre el tema del aborto, tanto respecto a su despenalización como a la aplicación del aborto terapéutico, algunas personas muestran una preocupación muy genuina sobre el impacto que las interrupciones del embarazo puedan tener en la salud emocional de las mujeres.

Sin duda alguna esta preocupación tiene su fundamento en el mito del trauma post aborto, difundido por sectores opositores a la despenalización del aborto. Este documento tiene como objetivo presentar información relevante, clara y concisa sobre este tema. Para esto se presentan dos apartados. El primero de ellos plantea el surgimiento del mito y cómo éste ha sido cuestionado desde sus inicios debido a la falta de evidencia científica. En un segundo momento, se analizan las diferentes variables que pueden intervenir en la significación emocional que una mujer realice de una interrupción del embarazo.

Debido a la situación legal del aborto en Costa Rica, se hace un análisis más detallado del impacto emocional que puede tener una interrupción del embarazo en situaciones de clandestinidad e ilegalidad, analizando factores como la falta de información, el recorrido de las rutas críticas, la ausencia de redes sociales de apoyo, el temor a ser denunciadas y los abusos a los que se exponen las mujeres.

Para ilustrar algunos de estos puntos se han tomado testimonios de mujeres que se han publicado en un diario de circulación nacional que tenían



* Psicóloga. Integrante de la Colectiva por el Derecho a Decidir.

como objetivo reforzar el mito del trauma post aborto. Cada uno de ellos es un claro ejemplo de cómo los embarazos no deseados y la interrupción del embarazo se dan en un contexto en que interactúan condiciones que fácilmente pueden tener consecuencias negativas en la salud emocional de las mujeres, entre ellos: malas relaciones familiares, presión para tomar la decisión, falta de información, métodos inseguros que amenazan su vida o trastornos emocionales previos al embarazo.

El surgimiento del mito y su cuestionamiento por especialistas en salud mental

Es común que las personas consideren que todas las mujeres que se realizan un aborto tendrán problemas emocionales como consecuencia; pues el aborto, se identifica como una experiencia traumática que las marca para toda la vida. También es común escuchar a algunas mujeres que dan su testimonio y muestran su dolor, su arrepentimiento, su culpa y afirman que nunca volverían a tomar esta decisión.

Usualmente, detrás de esta información y de estos testimonios se encuentran sectores conservadores que se oponen a la despenalización o legalización del aborto en cualquier circunstancia y que se han encargado de difundir la idea de que el aborto es un crimen y un asesinato contra una persona indefensa y por ende, las mujeres que lo practiquen enfrentarán las consecuencias en su salud emocional de por vida.

Más que hechos aislados, este discurso responde a una estrategia implementada por el movimiento de organizaciones que se han autodenominado “pro-vida”, pero que desde otros sectores se conocen como “fundamentalistas”, “conservadoras” o “antiderechos”.

Independientemente del nombre que se utilice, este movimiento de organizaciones que se oponen a la despenalización o legalización del aborto emerge en la década de los setentas como una respuesta a las luchas del movimiento feminista por los derechos humanos de las mujeres, particularmente de los derechos relacionados con la vida sexual y reproductiva. El enfoque que ha tenido el discurso de oposición ha variado con el tiempo de manera considerable. Inicialmente, el énfasis estaba en los valores



morales y religiosos; pero a mediados de la década de los ochentas, se hizo un viraje haciendo alusión a lenguaje “científico”. (Lee, 2001)

Así, uno de los principales argumentos que han utilizado en estas últimas dos décadas es la preocupación por la salud mental de las mujeres que se realizan un aborto, ya que plantean que quien toma esta decisión enfrentará serios problemas psiquiátricos de manera permanente. Además, añaden que si la interrupción del embarazo está permitida legalmente, los países estarían enfrentando un serio problema de salud pública ya que el número de casos aumentaría alarmantemente y por ende, el aborto debería estar totalmente penalizado. (Lee, 2001)

En esta línea de trabajo, a mediados de la década de los noventas, este movimiento antiderechos acuña el término “Trauma Post Aborto”. Plantean que las mujeres después de realizarse un aborto experimentan algunos síntomas propios del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)⁴², tales como: flashbacks, desesperanza, tristeza, dolor, baja autoestima, desconfianza, culpa, pérdida de memoria del evento y deterioro en la relación con otras personas, entre otros. Por lo tanto, se considera que el aborto en sí mismo es una experiencia estresante y traumática, razón por la cual se debe crear una nomenclatura específica y es así como nace el concepto del Trauma Post Aborto, concepto que empiezan a colocar en la opinión pública y en textos de psicología. (Lee, 2001)

No obstante, tanto el argumento de los efectos psicológicos adversos del aborto como el concepto de Trauma Post Aborto han sido cuestionados

⁴² El DSM-IV establece los siguientes criterios para el diagnóstico del TEPT. (A) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento rodeado por muerte o amenaza para la integridad física y la persona ha sentido temor u horror. (B) El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente por recuerdos, sueños o estímulos asociados. (C) La persona evita estímulos asociados al origen del trauma. (D) Hay síntomas que se mantienen como alteraciones en el sueño, respuestas exageradas de sobresalto u otros. (E) Las alteraciones se prolongan más de un mes. (F) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas.

desde su mismo surgimiento. Uno de los momentos más importantes se dio a finales de los ochentas, cuando el entonces Presidente de los Estados Unidos, Ronald Reagan, solicitó al Secretario de Salud, el médico Everett Koop que preparara un reporte sobre los efectos del aborto en la salud pública, tanto a nivel psicológico como físico. En 1989, luego de dos años de investigación, el Dr. Koop envió una carta al Presidente Reagan en la que le comunicaba que no existían datos científicos para establecer la relación entre el aborto y las secuelas psicológicas. Añadió que las consecuencias psicológicas del aborto eran minúsculas desde el punto de vista de la salud pública. Posteriormente, en sus declaraciones al Congreso Estadounidense el Dr. Koop señaló que su estudio no se centró en las secuelas físicas del aborto porque especialistas en ginecología y obstetricia han afirmado desde hace muchos años que éstas no son diferentes a las encontradas en mujeres que han tenido partos e incluso en aquellas que nunca han estado embarazadas. (Almeling & Tews, 1999; APA, 2008; Boonstra et. al., 2006; GIRE, s.f.; Lee, 2001, Sagot & Carcedo, 2002)

De manera coincidente, luego de una amplia investigación realizada desde la década de los ochentas, la Asociación Americana de Psicología (APA) ha desmentido en dos ocasiones (1990 y 2008) que exista tal síndrome e incluso en su más reciente publicación sobre el tema, ha sido enfática en afirmar que el Trauma Post Aborto no es reconocido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. (APA, 2008)

En el 2007, Nada Stotland, M.D., presidenta de la Asociación Americana de Psiquiatría señaló que su organización invierte millones de dólares y años de deliberaciones de personas expertas para elaborar las definiciones y los diagnósticos psiquiátricos. Agrega que “el síndrome del trauma post aborto” y “la psicosis post-aborto” son invenciones encubiertas para imitar los diagnósticos psiquiátricos. Concluye que es legítimo tener preocupaciones morales sobre el aborto, lo que es ilegítimo es la cooptación de la nomenclatura psiquiátrica y el establecimiento de las políticas públicas basadas en falsas afirmaciones.



En otros contextos⁴³, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ha sido cuestionado porque no plantea una definición clara del trauma, no establece una diferenciación entre las variadas experiencias traumáticas, no involucra la dinámica sociopolítica, universaliza los síntomas y las reacciones sin considerar que éstas pueden estar influidas por el contexto o la cultura y no contempla la acumulación de experiencias traumáticas. (Becker, 1994) Dado que el término del Trauma Post Aborto surge muy ligado del TEPT, es oportuno revisar las críticas y constatar que son aplicables al tema de interés de este documento.

En síntesis, más de dos décadas después del surgimiento del concepto de Trauma Post Aborto y a pesar de todos los esfuerzos que han realizado los sectores conservadores en demostrar su existencia, no se encuentra evidencia concluyente que vincule directamente el aborto con problemas en la salud mental de las mujeres. Al contrario, entidades especialistas en psicología y psiquiatría afirman que no se ha encontrado tal relación y que la salud mental de las mujeres que han optado por la interrupción de un embarazo está relacionada a muchos otros factores, tal y como se analizará en los siguientes apartados de este documento.

La deconstrucción del mito. Un acercamiento a la realidad de las mujeres

Ante la publicación de diversos estudios que afirmaban la existencia de trastornos en la salud emocional de las mujeres que se realizan un aborto, en 1989 la Asociación Americana de Psicología creó una Mesa de Trabajo para el Estudio del Aborto y la Salud Mental, cuya labor es recolectar, examinar y resumir la investigación científica relacionada con los factores de la salud mental asociados con el aborto, incluyendo las respuestas

.....

⁴³ Por ejemplo en su uso para las personas que han vivido alguna situación de desastre originadas en una amenaza natural: inundación, terremoto o huracán entre otras.

psicológicas que siguen al aborto y produciendo un reporte basado en una revisión de las investigaciones más actuales. (APA, 2008; p. 5)⁴⁴

Este grupo de especialistas ha hecho una revisión exhaustiva de las investigaciones publicadas en inglés, especialmente en lo concerniente a su diseño metodológico, a fin de constatar si sus conclusiones son válidas y generalizables. Un primer informe fue presentado en 1992, haciendo una revisión de las publicaciones realizadas hasta finales de los años ochentas, y el segundo informe presentado durante el 2008, incorpora las publicaciones desde el año 1990. (Adler et. al., 1992; APA, 2008)

En ambas ocasiones, este grupo llegó a la conclusión que el aborto legal no representa un riesgo psicológico para la mayoría de las mujeres que recurren a él, posición reafirmada la Asociación Americana de Psiquiatría en el 2007. (Adler et.al, 1992; Stotland, 2007; APA, 2008).

La Asociación Americana de Psicología señaló que aproximadamente el 21% de las mujeres estadounidenses se han realizado un aborto. Por lo tanto, si éste provocara reacciones emocionales graves habría una epidemia de mujeres en busca de tratamiento psicológico, pero no existe indicio de semejante epidemia. (Adler, 1989) Se resalta la referencia al aborto legal porque los resultados del análisis de la Asociación Americana de Psicología están referidos a estudios que en su mayoría se hicieron en países con esa situación. Más adelante se hablará de lo que puede implicar para una mujer la vivencia del aborto en contextos en donde el procedimiento es legal y se entiende como uno de sus derechos, a diferencia de la vivencia dada en aquellos países, como es el caso de Costa Rica, en los cuales el aborto se sigue considerando un delito.

⁴⁴ Traducción propia. El párrafo original dice: The Council of Representatives of the American Psychological Association charged the Task Force on Mental Health and Abortion (TFMHA) with “collecting, examining, and summarizing the scientific research addressing the mental health factors associated with abortion, including the psychological responses following abortion, and producing a report based upon a review of the most current research”.

En cualquier circunstancia, no se puede aislar la experiencia del embarazo y la decisión de interrumpirlo de la historia de vida de la mujer. Por lo tanto, no se pueden establecer criterios generales sobre el impacto de los abortos en la salud emocional, ya que la experiencia psicológica del aborto estará mediada, entre otros factores, por la evaluación que cada mujer haga del embarazo y del aborto, el significado que tienen ambos eventos en su vida, su habilidad de lidiar con situaciones complejas, las formas en que enfrenta las emociones, las condiciones del ambiente en el que se toma la decisión y se lleva a la práctica, la edad, la presencia o ausencia de redes de apoyo, la situación legal del aborto, así como de las mismas características de la mujer (personalidad, actitudes y valores). (APA, 2008; Boonstra, 2006)

Con el objetivo de demostrar la diversidad de factores, circunstancias o condiciones que pueden intervenir en el impacto que pueda tener o no un aborto en la salud mental de las mujeres se revisarán algunas de estas situaciones. Muchas de ellas se encuentran interrelacionadas, pero en este documento se presentarán de manera independiente para visibilizarlas.

1. Embarazos no deseados en contextos en que el aborto es legal

No existen diferencias respecto a la salud mental entre mujeres adultas que ante un embarazo no deseado, han tenido acceso a un aborto legal en el primer trimestre, y aquellas que decidieron continuar con su embarazo. (APA, 2008; Clay, 2008)

En el caso de los embarazos no deseados, es muy difícil separar los efectos que tiene el embarazo en sí mismo de la decisión de interrumpirlo. Más aún, es posible que ciertos factores sistémicos, sociales y personales estén relacionados con el embarazo no deseado, que como consecuencia, coloca a la mujer en un momento de decisión sobre si continuar o no con el mismo. Todas estas circunstancias predisponen a las mujeres a experimentar problemas en su salud mental relacionados con el embarazo y su resolución. (APA, 2008)

Por lo tanto, si se presentan trastornos en la salud mental posterior al embarazo, no se puede inferir que sean secuela directa del aborto. Algunos

de estos trastornos pueden estar asociados con el embarazo no deseado, otros no están relacionados ni con el embarazo ni su interrupción, sino con otras situaciones previas al embarazo como situación de pobreza, un historial de problemas emocionales o violencia por parte de sus parejas. (APA, 2008; Boonstra, 2006; Clay, 2008)

Adler (1990 y 1992) señala que las mujeres ante un embarazo no deseado toman la decisión de interrumpirlo, enfrentan el período de mayor angustia en los momentos previos al aborto. Después de realizado el procedimiento, las mujeres pueden presentar sentimientos muy diversos: algunas podrán sentir remordimiento, tristeza o culpabilidad, pero la mayoría sienten alivio y felicidad.

Para algunas mujeres el aborto puede ser una vía de resolver el estrés asociado al embarazo no deseado, y por lo tanto, la decisión les facilita su proceso de recuperación emocional. Sin embargo, para algunas otras el aborto también puede implicar estrés adicional por sí mismo. (APA, 2008) Un ejemplo de esta situación es un estudio realizado en Colombia entre mujeres que quedaron embarazadas como resultado de una violación. A pesar de que el aborto era totalmente penalizado en ese momento, las mujeres que interrumpieron su embarazo dijeron que se sentían tranquilas, aliviadas y descansadas. Algunas pocas se sintieron además, tristes pero claras en que fue la mejor decisión. En general, las mujeres coincidieron en que al momento de interrumpir su embarazo, pudieron iniciar su proceso de recuperación emocional del evento traumático de la violación. (Fundación Sí Mujer, 2000)

En los países en que el aborto es legal, es usual que los servicios de interrupción del embarazo brinden a las mujeres un asesoramiento pre y post procedimiento por parte de profesionales con la debida capacitación. Esto facilita a la mujer un sistema de acompañamiento –más allá de sus propias redes sociales- para que ella pueda tomar la decisión informada y congruente con sus propios valores y principios. Además, durante este proceso no tienen que enfrentar la amenaza de riesgo, muerte o encarcelamiento. Por esto, parece bastante congruente que las mujeres pueden sentirse tranquilas y aliviadas ante la decisión de no continuar con un embarazo para el que no se sentían preparadas. (OMS, 2009)

2. El aborto en casos de malformaciones del feto incompatibles con la vida extrauterina (MIVE)⁴⁵

El aborto en casos de MIVE es un evento muy diferente a la interrupción de un embarazo no deseado o no planeado, justamente por el nivel de deseabilidad. En estas situaciones la interrupción del embarazo se vive como una pérdida que puede ser similar a las que experimentan las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo de un embarazo deseado o que experimentaron la muerte de su hijo o hija recién nacida. (APA, 2008)

Ante la vivencia de esta pérdida, es usual que las mujeres inicien un proceso de resolución del duelo, el cual es considerado como una respuesta psicológica normal ante cualquier pérdida, en este caso, la de un embarazo deseado. Según los recursos internos (posibilidad de expresar las emociones, habilidades para la resolución de situaciones complejas, etc.) y externos (redes sociales de apoyo, ritos sociales, etc.) con que cuente la mujer, el duelo puede resolverse de manera adecuada o puede complicarse y derivar en algún trastorno en la salud emocional de la mujer.

No obstante, los estudios muestran que sí existe una diferencia entre aquellas mujeres que ante el diagnóstico de una MIVE deciden interrumpir el embarazo y aquellas que deciden o son obligadas a continuar hasta el momento del parto. En un plazo entre 6 y 10 meses después del evento, en una proporción mayor, las mujeres que tuvieron el parto reportan ansiedad y depresión significativas a nivel clínico en comparación con las mujeres que optaron por la interrupción del embarazo. (APA, 2008)

3. La salud emocional de las mujeres antes y durante el embarazo

El historial de salud mental de una mujer, así como factores propios de su personalidad, son una clave importante en el hecho de que las mujeres experimenten o no trastornos en la salud mental luego de realizarse un aborto.

⁴⁵ Son aquellas malformaciones donde un feto presenta graves malformaciones, irreversibles e incurables que hacen que su vida sea inviable después del parto. Es usual que la muerte se produzca en el útero o a las pocas horas de nacer.

Muchos de los mismos factores individuales e interpersonales que intervienen en cómo una mujer enfrenta y reacciona psicológicamente ante un aborto son también factores que intervienen en cómo una mujer enfrenta y reacciona psicológicamente a otros tipos de eventos estresantes en su vida, incluyendo la maternidad forzada o el dar un hijo o hija en adopción. (APA, 2008)

Por lo tanto, después del aborto algunas mujeres pueden experimentar tristeza, dolor y sentimientos de pérdida. Otras, aunque son más bien casos muy poco comunes, experimentan desórdenes significativos a nivel clínico incluyendo depresión y ansiedad. Sin embargo, los estudios rigurosamente científicos afirman que la incidencia de enfermedades psiquiátricas significativas después de un aborto realizado en condiciones legales, se presentan más frecuentemente en mujeres que tenían trastornos psiquiátricos antes del embarazo. (APA, 2008; Stotland, 1992)

Según la OMS (2009), la salud emocional de la mujer posterior al aborto es mejor cuando no existen antecedentes de violencia, la mujer no ha tenido conflictos éticos sobre la interrupción, ha tenido apoyo de otras personas, no ha tenido que mantener la experiencia en secreto y cuando la mujer tiene autodeterminación.

4. El estigma social del aborto

El estigma social del aborto está muy relacionado con los contextos de clandestinidad en que suceda, aunque no exclusivamente. En las últimas décadas los sectores que se oponen a la despenalización y legalización del aborto, se han encargado de crear un estigma social respecto al aborto, aún en aquellos países en que es legal. Por lo tanto, aún en aquellos países en que se ha logrado una despenalización o legalización a nivel jurídico, la sanción aún persiste a nivel moral, social y cultural.

¿Por qué el aborto da origen a esta censura moral? La discusión es amplia y trasciende los objetivos de este documento, pero sin duda alguna está relacionada con que el aborto es un claro desafío al mandato social de la maternidad. Una mujer que toma la decisión de interrumpir su embarazo asume la maternidad como un derecho que se ejerce de manera libre,



voluntaria y segura y no como una “simple” función biológica o un don que le ha sido otorgado. De esta forma, el tema del aborto está tocando las fibras más sensibles de los fundamentos de la sociedad patriarcal en la que vivimos.

De acuerdo con la APA (2008), los ambientes sociales que estigmatizan tanto a las mujeres como a las y los profesionales en enfermería y medicina que proveen el servicio, pueden contribuir directamente a experiencias psicológicas negativas durante el período del post aborto.

Las implicaciones psicológicas del estigma son profundas. Estudios han establecido que puede crear cogniciones, emociones y comportamientos dañinos que afectan las funciones sociales, psicológicas y biológicas de la mujer que ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo. (APA, 2008)

Los efectos del estigma percibido incluyen el déficit cognitivo y el rendimiento, incrementa el consumo de alcohol u otras drogas, el retraimiento social, la depresión, la ansiedad y las respuestas psicológicas de estrés. El estigma social es particularmente dañino cuando las mujeres lo internalizan y como consecuencia consideran que cometieron un grave pecado o un crimen. Justamente, son estas mujeres quienes pueden ser particularmente vulnerables a desórdenes psicológicos posteriores a la interrupción del embarazo. (APA, 2008)

Aún cuando la mujer tenga mucha claridad en su convicción del derecho a una maternidad segura y voluntaria, debe vivir de manera cotidiana con la estigmatización y la criminalización establecida socialmente hacia el aborto. Este choque entre las creencias y valores personales y los establecidos por el sistema dominante, les cobra un alto precio emocional a las mujeres. Lomonte (2001), expresa que en los relatos de mujeres que abortaron en Costa Rica, es plausible la angustia, la ansiedad, las culpas establecidas socialmente y el secreto sobre una acción que es ilegal. Para estas mujeres, la posibilidad de elaborar el proceso de aborto es disminuida y afectada por el contexto de condena social.

El contexto sociocultural puede influir en el significado emocional de la interrupción del embarazo no sólo en el momento en que las mujeres

toman la decisión, sino incluso un tiempo después de haber realizado el procedimiento. Los mensajes sociales que invitan a las mujeres a pensar acerca de re-evaluar un aborto previo como un pecado o un asesinato pueden incrementar en la mujer los sentimientos de culpa y estrés acerca del aborto que ellas tuvieron en el pasado. En contraste, los mensajes sociales de los grupos que invitan a las mujeres a re-evaluar cognitivamente el aborto de una manera más positiva pueden conducir a la mejora de las respuestas emocionales. (APA, 2008)

5. El aborto en contextos de ilegalidad y clandestinidad

Debido a la situación legal del aborto en Costa Rica⁴⁶ éste es uno de los puntos de mayor interés en el análisis del impacto que tiene esta práctica en la salud emocional de las mujeres. En este caso, se pueden presentar las circunstancias descritas anteriormente tales como el estigma social del aborto y la historia de la salud emocional de las mujeres, pero estos se complejizan por otros factores que se van a explorar a continuación.

La APA (2008) afirma que los efectos psicológicos de la interrupción del embarazo dependen del contexto legal, cultural y familiar en el que la mujer tome la decisión, de la atención que reciba y de la percepción que tenga de si es un procedimiento seguro o no. A pesar de esto, no existe mucha información e investigación sobre la particularidad de la vivencia psicológica de los abortos en contextos de ilegalidad y clandestinidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (2009), en contextos legales restrictivos, las mujeres se enfrentan a situaciones psicosociales adversas como la pobreza, la vergüenza, la exclusión social y el encarcelamiento, las cuales pueden impulsarlas a cometer suicidio.

Desde la vivencia como mujeres y como organización que ha trabajado el tema desde hace varios años en un país en que el aborto está penalizado

⁴⁶ El Código Penal establece que el aborto es un delito. El artículo 121 establece como excepción el aborto que se realiza cuando está en riesgo la salud o la vida de la mujer.

casi de manera total⁴⁷, la **Colectiva por el Derecho a Decidir** ha planteado algunos aspectos que considera fundamentales en la vivencia de un aborto como una experiencia traumática en contexto de clandestinidad. (Maroto y Brenes, 2008)

- a. Falta de información y de apoyo en la toma de decisiones.** Las mujeres no tienen la posibilidad de hablar sobre sus dudas, miedos, temores, sentimientos, ansiedades y expectativas, ya sea sobre la posibilidad de continuar o de interrumpir el embarazo. Por lo tanto, deben tomar decisiones sin ningún acompañamiento o apoyo de su familia, pareja, amigas, amigos o personas profesionalmente capacitadas.

El siguiente testimonio muestra el caso de una mujer que ante la noticia de un embarazo no cuenta con redes sociales de apoyo que le permitan tomar una decisión informada sobre su situación. Aún más, parece que esta falta de apoyo y de información no se limita al momento del embarazo, sino que es una constante en su vida.

“(...) era una joven que se enfrentó a la vida sin mucha orientación ya que su comunicación con su madre era mínima. Y como su mamá no la escuchaba, ella encontró una persona que sí le prestaba mucha atención, su novio (...) “Cuando informé que estaba embarazada todos me dieron la espalda. No tenía apoyo ni de mi pareja, ni de mis papás y mucho menos de la sociedad”. La joven se sentía acorralada y el único apoyo que tenía de su novio era para abortar. Utilizando varios medicamentos la joven logró abortar (...) A los seis meses de su primer aborto, se dio cuenta que se encontraba nuevamente embarazada. Ya lo había hecho una vez y nuevamente pensó en volver a abortar. (...) “El aborto no solucionó mis problemas. Fracasé en mis estudios. Fracasé en mi relación de pareja y a lo largo de mi vida”. (Marrero, 2008)

⁴⁷ Es poco frecuente la aplicación del artículo del aborto impune. Según datos oficiales de la Caja Costarricense del Seguro Social, en un período de 7 años se realizaron 30 abortos terapéuticos a nivel nacional (8 en el 2006, 3 en el 2005, 8 en el 2004, 3 en el 2003, 4 en el 2002, 1 en el 2001 y 3 en el 2000).

Para el ejercicio real del derecho a decidir, la información completa y oportuna es vital. De esa forma, las personas y en este caso las mujeres, tienen mejores posibilidades de consultar a personas cercanas a quienes escuchan y tienen la oportunidad de colocar en una balanza argumentos a favor o en contra. Incluso, si se considera necesario, se consulta a especialistas que puedan brindar un criterio profesional que ayude a clarificar las opciones que tiene la mujer.

En estos casos, las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado y se plantean la posibilidad de interrumpirlo, no cuentan con información clara y precisa sobre las opciones que podrían tener, tanto en caso de continuar el embarazo como de interrumpirlo; probablemente no puede hablarlo con personas cercanas y analizar las diferentes perspectivas para tomar una decisión que no esté basada en falsas expectativas y que no riña con sus valores y sus creencias.

De igual manera, el testimonio citado refiere a que luego del aborto no hubo ningún tipo de acompañamiento ni consejería en salud sexual ni salud reproductiva que ayudara a la mujer a mejorar sus condiciones de vida.

- b. Recorrido de una ruta crítica.** Debido a esta falta de información y de oportunidades para buscar asesoramiento profesional, las mujeres pueden pasar de una referencia a otra. En la mayoría de los casos esta información es incompleta (“una amiga que fue a...”, “una amiga que se tomó...”) y difícil de corroborar. Estas recomendaciones pueden estar relacionadas con métodos caseros que no son efectivos o pueden ser muy riesgosos o bien, la ayuda de terceras personas que siendo profesionales o no en carreras del sector salud no se encuentran debidamente capacitadas, o en centros que no reúnen las condiciones y que no atenderán su demanda de manera segura.

Esta información generalmente es poco clara y no precisa en el costo emocional, económico o en la integridad de la mujer que tiene que recurrir a estos procedimientos o a estas personas.

Cuando se trata de procedimientos que la misma mujer se realiza (por ejemplo tomar algunos remedios caseros o “algunas” pastillas) tam-

poco existe certeza sobre la efectividad o no de los procedimientos utilizados o sobre la manera correcta de implementarlos. De esta forma, las mujeres transitan por una ruta crítica que les acarrearán semanas o meses de incertidumbre y de falsas expectativas, donde incluso sentirán en riesgo su integridad física. A esto le sumamos la ausencia de redes de apoyo y el temor a la estigmatización a la que nos hemos referido antes.

- c. Atención en condiciones de inseguridad.** En este transitar por la ruta crítica, las mujeres pueden ser atendidas en condiciones inseguras según los dos criterios que ha definido la Organización Mundial de la Salud (2003): el lugar no reúne las condiciones higiénicas y/o el personal no está capacitado. Ante cualquiera de estas situaciones la salud y la vida de la mujer está en peligro y ella lo sabe mientras acude a estos lugares.

Según un estudio sobre abortos inducidos que se realizó recientemente en Costa Rica (Gómez, 2008), la mayoría de las interrupciones del embarazo que se realizan no cumplen ninguno de los dos criterios anteriormente mencionados, ya que son procesos acompañados por profesionales en salud con el conocimiento técnico necesario. Es en este sentido en que es pertinente ampliar la discusión del concepto de aborto inseguro, ya que parece que en nuestro país está cobrando otras dimensiones relacionadas con diferentes tipos de abuso que ponen en riesgo la integridad de las mujeres. Éste es el siguiente punto de análisis.

- d. Abuso psicológico, económico y sexual.** En la búsqueda de opciones para la interrupción del embarazo, las mujeres se pueden enfrentar a formas de violencia y abuso psicológico, económico y/o sexual de parte de quien les provee el servicio. Dentro del tipo de abuso psicológico se podrían enmarcar todos los casos en que las mujeres no reciben la información necesaria, que son atendidas por personal que les brinda un mal trato o que ejerce algún tipo de relación de poder debido a que las mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

En el tipo de abuso económico se encuentran aquellos casos en que se cobran sumas de dinero bastante altas a cambio de lo que se ofrece

como “ayuda” a las mujeres y aún cuando ellas no tengan los recursos económicos se les condiciona el servicio al pago de ese monto.

Finalmente, los tipos de abuso sexual se presentan en aquellos casos en que los proveedores del servicio condicionan el mismo a algún tipo de contacto sexual entre la mujer y el proveedor. En Costa Rica un medio de comunicación realizó un reportaje con cámara oculta documentando el caso de un médico del Gran Área Metropolitana que cobraba a las mujeres una alta suma de dinero pero ofrecía como “medio de pago alternativo” un contacto sexual.

Este caso, así como muchos otros, demuestran en el transitar por la ruta crítica, que las mujeres pueden enfrentar dos o más tipos de abuso. La afectación provocada por cada uno de ellos puede ser muy diferente, tanto por los recursos emocionales con que cuente la mujer, como por el impacto que en sí mismo pueda tener el evento. Por ejemplo, emocionalmente quizá tenga un impacto menor en la salud emocional de una mujer el tener que endeudarse para pagar el servicio, que tener que acceder a una relación sexual.

- e. **Temor a ser denunciadas.** Si presenta alguna complicación una vez realizado el procedimiento, las mujeres enfrentan el temor de recurrir a un servicio de salud ya que pueden ser denunciadas. En este caso la mujer se enfrenta a un gran dilema: si asisten a una clínica u hospital podría ser denunciada y terminar su visita en el centro de salud con custodia policial y una posible condena por un delito tipificado en el código penal. Por otro lado, si no asiste, siente que su integridad o incluso su vida está en riesgo.

Nuevamente la mujer se encuentra en una situación realmente compleja y no cuenta con la información ni con el apoyo de otras personas que le puedan ayudar.

El siguiente testimonio muestra a lo que se exponen las mujeres por el temor a ser denunciadas:

No le quise decir a mis papás que estaba embarazada porque sentía mucho miedo”. Una tarde la muchachita se vio a escondidas con el

novio, quien decía que la amaba, este le llevó unas pastillas. “No se como las consiguió ni se lo que tomé”. Esas pastillas le provocaron fuertes hemorragias. La menor pasó días de dolores fuertísimos, tanto que no podía dormir. “El último día empujé muy fuerte y los dolores se complicaron. Mi papá tuvo que llevarme de emergencia con un médico y luego a una clínica. (...) Es un tema del que no se habla en mi casa. Creo que a todos nos da vergüenza” (...) (Marrero, 2008)

- f. **El estigma y la sanción moral en la vida cotidiana.** Día a día las mujeres deberán enfrentar en los diferentes espacios (familia, trabajo, estudio, iglesia, etc.) una severa sanción moral hacia las mujeres que abortan. Debido al contexto de clandestinidad no tendrán la oportunidad de hablar sobre su experiencia y tal y como se analizó anteriormente, pueden terminar internalizando este estigma, lo cual tendría un alto costo emocional.

Para algunas de las mujeres, las culpas creadas socialmente, el discurso sobrevalorado de la maternidad, los mandatos de las religiones o el secreto en el que tienen que mantener el aborto que se realizaron, son factores que prolongan el tiempo de procesamiento emocional de la experiencia. Mantener en secreto su decisión y su vivencia (tanto del embarazo como del aborto) es uno de los factores que tiene un mayor costo emocional. (Lomonte, 2001)

Toda esta combinación de factores asociados a la ilegalidad y la clandestinidad son elementos que suscitan ansiedad, angustia y temor en las mujeres, pero que no las disuaden de la decisión de interrumpir el embarazo. No obstante, son factores que pueden configurar el aborto como una experiencia traumática, pero justamente por las condiciones en que deben tomar la decisión y que se realiza, no por el procedimiento en sí mismo.

6. El derecho a decidir de las mujeres

La APA (2008) señala que los diferentes patrones de experiencias psicológicas observadas entre mujeres que terminaron un embarazo no deseado versus aquellas que terminaron un embarazo planeado y deseado,

subrayan la importancia de tomar en cuenta la deseabilidad cuando se busque entender las reacciones psicológicas al aborto.

La posibilidad de las mujeres de decidir respecto a realizarse o no un aborto es un factor determinante en cómo se va a significar ese evento. Independientemente de si es legal o no, si el procedimiento se realiza en contra de la decisión de la mujer, el aborto se puede convertir en una experiencia traumática. Máxime que es usual que se conjuguen otros factores como la falta de información, el abuso, el estigma social y la falta de redes sociales de apoyo. Este testimonio es un ejemplo de esta situación:

(...) se dieron cuenta que el bebé sufría síndrome de down. Cuando le comunicaron el resultado pensó en continuar con su embarazo. “Pero ocurrió algo que no me esperaba: el médico nos ofreció la posibilidad de que abortara y mi esposo me presionó para hacerlo”. La joven decidió abortar a su hijo. (...) “Ahora lo pienso en forma permanente. Es una idea fija: no entiendo por qué no me planté. Yo era la que tenía que decidir. Era mi bebé... “Tengo nublado mis recuerdos desde que salí de la casa hasta cuando llegué al hospital. Estuve muy sedada. Luego me anestesiaron totalmente. (Diario Extra, 2008)

En este caso, a la mujer se le negó la posibilidad de dar su consentimiento informado y por ende, su derecho a decidir; derechos que también son violentados cuando se obliga a una mujer a continuar con un embarazo forzado.

Aunque las mujeres no reconozcan su derecho a decidir como tal, cuando toman la decisión de interrumpir un embarazo persistirán en su objetivo hasta lograrlo, aunque esto les pueda costar su propia vida. (Mejía, 2001)

En el marco del derecho a decidir, cabe preguntarse sobre el impacto emocional que tiene en las mujeres la maternidad forzada. Cohen (2006) plantea que si bien algunas mujeres pueden experimentar dolor y tristeza después de realizarse un aborto, no se puede afirmar que éstas son emociones que se presentan exclusivamente en estos casos, ya que también existen en mujeres que han dado un hijo o hija en adopción o criado a un hijo/a no deseado en condiciones adversas. (Cohen, 2006)

Desde hace un poco más de veinte años se ha discutido sobre el impacto del aborto en la salud mental, no obstante, apenas se está iniciando la discusión sobre los posibles efectos de la maternidad no deseada en la salud mental de las mujeres. Discusión que resulta altamente transgresora para la sociedad patriarcal.

Conclusiones

El “trauma” es un término que las personas utilizan cotidianamente y lejos de su implicación clínica y científica. Según Freud (1997), el trauma se configura cuando hay una fijación a un evento que se constituye en una amenaza. El evento se caracteriza porque en un breve instante se provoca un enorme incremento de energía que luego la persona no puede suprimir o asimilar por los medios normales. Se dice que hay una fijación porque la persona continúa viviendo el momento del trauma como presente, sin poder dejarlo en el pasado.

En el surgimiento del trauma, el factor sorpresa es definitorio ya que el susto constituye aquel estado que invade a la persona bruscamente cuando se le presenta un peligro que no espera y para el que no está preparada. (Freud, 1997) Entre más señale la fragilidad y la vulnerabilidad de la persona, más traumático va a ser el evento.

Partiendo de esta definición básica del trauma, además de las críticas planteadas anteriormente al concepto del Trauma Post Aborto en el sentido de que obvia una serie de circunstancias psicológicas, sociales y políticas aledañas al evento que se presume traumático, se cae fácilmente el mito del aborto como un evento en sí mismo traumático.

Como se ha analizado en este documento, la experiencia del aborto no puede verse aislada, ya que intervienen una serie de factores que van desde las circunstancias en que se da el embarazo, hasta la historia de salud mental de la mujer, la situación legal del aborto y las redes sociales de apoyo.

Por tanto, es muy censurable la manipulación que ciertos sectores realizan del lenguaje y la evidencia científica para perseguir objetivos y fines basados en convicciones muy respetables. El gran problema está en colocar posiciones basadas en criterios morales y religiosos como verdades absolutas que distorsionan la realidad y exponen la integridad física y emocional de las mujeres. Exponer el mito del trauma post aborto en los medios refuerza de igual manera la presión sobre las mujeres que han abortado, revictimizándolas tanto si se sienten mal como si no lo hacen.

En América Latina el aborto clandestino está ligado a condiciones de inseguridad que atentan directamente contra la vida de las mujeres, convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad materna. En Costa Rica esta situación es bastante diferente y se presume que el aborto clandestino está ligado a otros tipos de abusos y daños en la integridad de la mujer. Por lo tanto, es importante realizar una investigación cualitativa sobre la experiencia del aborto de las mujeres, para ahondar sobre el impacto que tiene en la salud emocional de las mujeres los diferentes tipos de abuso a que se exponen, el estigma social alrededor del aborto, así como la sanción moral y penal que existe sobre el mismo.

Referencias bibliográficas

- Adler, N., David, H., Major, B. Roth, S., Russo, N. & Wyatt, G. (1990, Abril). Psychological responses after abortion. *Science*, 248: 41-44.
- Adler, N., David, H., Major, B. Roth, S., Russo, N. & Wyatt, G. (1992). Psychological factors in abortion: a review. *American Psychologist*, 47(10): 1194-1204.
- Almeling, R. & Tews, L. (1999). Después del aborto. Consultado el 12 de junio de 2008, de <http://www.prochoice.org/es/datos/despues.html>

- American Psychological Association. (s.f.). Abortion. Position Statement. Approved by the Assembly, October 15, 1978. Approved by the Board of Trustees, December 10, 1977. APA Document Reference No. 770003. Washington: APA.
- American Psychological Association. (1989, Enero 18). APA research review finds no evidence of 'post-abortion syndrome' but research studies on psychological effects of abortion inconclusive. Comunicado de prensa. Consultado el 4 de agosto de 2008, de <http://www.prochoice.org/es/datos/despues.html>
- American Psychological Association. (2008). Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. Washington: APA.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Transtornos Mentales. Reimpresión. España: Masson S.A.
- Becker, D. (1994) Trauma, duelo e identidad. En Trauma psicosocial y adolescentes latinoamericanos. Santiago: ILAS.
- Boonstra, H.; Benson, R.; Richards, C. & Finer, L. (2006). Abortion in Women's Lives. New York: Guttmacher Institute. Consultado, el 21 de enero de 2009, de <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>
- Clay, R. (2008). Science vs. ideology. Psychologists fight back against the misuse of research. American Psychological Association: Monitor on Psychology. Volume 39, No. 6 June 2008. Consultado, el 30 de Julio de 2008, de <http://www.apa.org/monitor/2008/06/research.html>
- Cohen, Susan. (2006). Abortion and Mental Health: Myths and Realities. Guttmacher Policy Review, 9 (3). Consultado, el 21 de enero de 2009, de <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/09/3/gpr090308.html>

- Freud, S. (1997). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva. Fundación Servicios Integrales para la Mujer Sí Mujer. (2000). *Embarazo por violación. La crisis múltiple*. Cali: Impresora Feriva, S.A.
- GIRE. (2005). *Consecuencias psicológicas del aborto: mitos y realidades*. Hoja Informativa. México, D.F.: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.
- Gómez, C. (2008). *Estimación del aborto inducido en Costa Rica Informe de resultados del año 2007*. San José: Asociación Demográfica Costarricense.
- Lee, E. (2001). *The Context for the Development of 'Post-Abortion Syndrome'*. Trabajo preparado para el Symposium *The psychological sequelae of abortion - myths and facts*. Berne, Mayo, Switzerland. Consultado el 30 de julio de 2008, de http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun9.asp
- Lomonte, G. (2001). *Impacto de la penalización del aborto sobre la salud de las mujeres en Costa Rica. Una aproximación*. Documento no publicado.
- Maroto Vargas, A. & Brenes Hernández, P. (2008). *Despenalización del aborto en Costa Rica: argumentos para los supuestos de violencia sexual y malformación incompatible con la vida extrauterina*. San José: Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir.
- Marrero, A. (2008). *Confesión de una mujer que asesinó a dos hijos*. Diario Extra. Consultado el 16 de setiembre de 2008 de, www.diarioextra.com/2008/setiembre/09/espectaculos03.php
- Marrero, A. (2008). *Testimonios sobre el drama del aborto*. Diario Extra. Consultado el 16 de setiembre de 2008 de www.diarioextra.com/2008/setiembre/08/espectaculos06.php
- Marrero, A. (2008). *Bebé condenado a muerte por presentar un defecto*. Diario Extra. Consultado el 16 de setiembre de 2008 de www.diarioextra.com/2008/setiembre/10/espectaculos05.php



- Mejía, M. (2001). El aborto inducido: un dilema ético. En Figueroa, G. Elementos para el análisis ético de la reproducción. PUEG.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Buenos Aires: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Switzerland: Organización Mundial de la Salud.
- Sagot Rodríguez, M. & Carcedo Cabañas, A. (2002, Setiembre). Aborto inducido: ética y derechos humanos. Medicina Legal de Costa Rica. 19 (2). Consultado el 13 de marzo de 2008, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-001520020002000008&script=sci_arttext
- Stotland, N. (1992). The myth of the abortion trauma syndrome. Journal of the American Medical Association, 268(15): 2078-2079. Consultado el 13 de marzo de 2008, de <http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/42/14/28>