

ABORTO ESPONTÁNEO

MISCARRIAGE

Romina Izzedin Bouquet de Durán*
Universidad Los Libertadores, Colombia.

Recibido: 25 de mayo de 2011

Aceptado: 03 de noviembre de 2011

RESUMEN

Este artículo propone repensar el aborto espontáneo en sus dimensiones biológica, psicológica y social con el fin de reivindicar las problemáticas psicosociales que el mismo desencadena. Además invita a reflexionar acerca de la necesidad de no desconocer o ignorar las últimas dos dimensiones.

Palabras clave: Aborto espontáneo, salud mental, apoyo social.

ABSTRACT

This article suggests rethinking the spontaneous abortion in its biological, psychological and social dimensions in order to claim the psychosocial problem that it triggers. It also allows to think about why not to know or ignore the last two dimensions.

Key words: Miscarriage, Mental Health, Social Support.

Introducción

El aborto espontáneo (AE) es la pérdida del producto de la concepción, sin inducción, antes de las 20 semanas de gestación (WHO, 1992; Ruiz & Robles, 2004) o cuando el feto pesa 500 gramos o menos (Mulens, 2009). La incidencia de abortos espontáneos se sitúa entre el 10 y 18 % de los embarazos (Díaz, García, Marín & Campo, 2008). Se asocia con defectos cromosómicos (Quiroga de Michelena, 2007; Inagaki, 2001), enfermedades maternas de tipo endocrinas, inmunológicas, infecciosas y malformaciones del aparato genital o disfunción placentaria (Aleman, Althabe, Belizán & Bergel, 2006). Según Palacio, Rubio, Nicolas y López (1997) un tercio de todas las mujeres tienen un AE alguna vez en sus años reproductivos. No obstante, este tema es uno de los menos indagados por la literatura científica en general y la psicológica en particular a diferencia del aborto provocado o inducido el cual, por su carácter controversial, ha sido mucho más discutido.

El presente artículo enfatiza la conveniencia de abordar esta problemática ya que cuando sucede un AE existen respuestas a nivel biológico, psicológico y social que pueden tener cierta influencia tanto en la recuperación física y psicológica de la mujer como en la aceptación de la pérdida del hijo. Esto implica que el AE es un acontecimiento vital cuyas secuelas psicológicas suelen ser importantes, afectando en ocasiones embarazos posteriores.

Dimensión biológica del aborto espontáneo

Las respuestas biológicas características de un aborto espontáneo son la hemorragia y el dolor.

Gómez-Gutiérrez y Larrañaga (2009) afirman que:

«La hemorragia es una de las causas más frecuentes y potencialmente más graves en la consulta de urgencias durante la gestación» (p.81). «La paciente que presenta sangrado profuso debe ser clasificada como prioritaria. Se debe evaluar correctamente la cantidad

* izzedinbouquet@yahoo.fr

y el ritmo de la pérdida sanguínea. Los sangrados en las gestantes pueden ser catastróficos (...)» (p. 82).

En todo aborto, la mujer debe pasar por un trabajo de parto (aunque en menor medida) en el cual el sangrado y el dolor físico serán protagonistas con todo lo que ello implica a nivel corporal y emocional. Celesia (2003) dice acerca del dolor: «(...) podemos afirmar que se trata de la impresión desagradable, siempre subjetiva, que se convierte en experiencia emocional» (p. 23). Según Mulens Ramos (2009) «En la valoración del dolor es necesario tener en cuenta la subjetividad del mismo como expresión unidimensional que difiere de acuerdo al umbral de resistencia de cada persona» (p. 4).

El aborto es un evento devastador (Swanson, Connor & Jolley, 2007) ya que la madre debe parir un hijo no desarrollado desde lo biológico y muerto desde lo simbólico lo cual es un hecho extremadamente doloroso tanto física como afectivamente (Mariutti, Almeida & Panobianco, 2007).

Dimensión psicológica del aborto espontáneo

Por otra parte, los hijos suelen ser objeto de deseo desde que la mujer es una niña y ocupan un lugar en su inconsciente. Esto es lo que determina y hace posible el embarazo según Castoriadis-Aulagnier (1978). De acuerdo con Oviedo-Soto, Urdaneta-Carruyo, Parra-Falcón y Marquina-Volcanes (2009) y Solís (2002) por un lado la gestación completa a la mujer y por el otro eleva su autoestima llenando el *agujero de la castración*. Cuando se hace referencia a la castración en psicoanálisis se trata de una castración simbólica que implica la necesidad constante de algo que falta en oposición al *falo* que lo da todo, representando el poder y la autoridad.

«(...) la gestación llena las ambiciones narcisistas más relevantes (...) entre las que se encuentran la sensación de *omnipotencia* derivada del hecho de dar vida a un nuevo ser, la afirmación de la *feminidad* y la ilusión de la *inmortalidad*, al contribuir a la perpetuación de las próximas generaciones de seres humanos, a través de su hijo» (Oviedo-Soto, et al., 2009, p.215).

Por ello, frente al AE la mujer revive la castración primordial la cual acentúa su dolor ante la pérdida perinatal y baja su autoestima al mínimo. A raíz de esto, en la clínica es común ver que la mujer trate de llenar ese vacío de alguna

manera y sobre todo de manera compulsiva (comiendo de más, comprando de más, trabajando de más, etc.).

Según Swanson, Connor y Jolley (2007), luego de la experiencia del AE se pueden apreciar en la mujer estados de culpa, desconcierto y miedo con respecto a una futura gestación, creencias de que ésta tampoco llegará a término, sensación de vacío, incapacidad para darle significado a la pérdida del hijo y necesidad de ser escuchada y apoyada por su entorno médico y familiar. Asimismo, existe una necesidad urgente de darle sentido a lo sucedido, de conocer cuáles fueron las causas (físicas o psicológicas) que desencadenaron la pérdida del hijo. White y Bouvier (2005) comenta: «La paciente, y su pareja pueden sentirse culpables pensando erróneamente que de alguna manera ellos provocaron la pérdida» (p. 5). Esto se debe al advenimiento de un acontecimiento tan estresante que además genera un profundo sentimiento de pérdida, mucha tristeza, abatimiento, irritabilidad y en ocasiones falta de ilusión e interés por cosas que antes brindaban entusiasmo. A ello puede sumarse un estado de depresión postaborto y una muy baja autoestima por no haber podido continuar con la gestación (Carrieri-Colman, Lindsey & West, 2003).

Por lo tanto, lo físico y lo psicológico se entrelazan. En esta ocasión, como en muchas otras de vivencias traumáticas, el dolor físico se mezcla con el dolor moral o sufrimiento (Gala, Lupiani, Guillén, Gómez & Lupiani, 2003). Según Izzedin y Cuervo (2009) dolor y sufrimiento se utilizan como sinónimos sin embargo el dolor concierne al cuerpo y el sufrimiento al *espíritu*. Para Torralba (2007) «La tristeza se refiere más propiamente a un dolor interno» (p. 29) y «Este dolor interior que es la tristeza afecta a cualquier sujeto globalmente considerado y produce en él unos efectos mucho más graves y problemáticos que el dolor externo» (p. 29).

El sufrimiento es, en el fondo, una cuestión de percepción. Una imperfección de la naturaleza, un determinado desorden o privación de bien que se puede percibir de forma muy distinta según el sujeto que lo esté observando o sufriendo (Torralba, 2007, p. 26).

Es necesario destacar lo dicho anteriormente ya que tanto las sociedades como los estados no siempre le han otorgado a las consecuencias psicológicas del AE, ocurrido al inicio del embarazo, la importancia que se merecían sobre

* izzedinbouquet@yahoo.fr

todo por respeto a la mujer víctima de esta situación traumática y a su sufrimiento. Díaz, et al. (2008) afirman: «Era supuesto que no existía relación emocional con el feto antes de que la madre pudiera sentir los movimientos fetales» (p. 8). Sin embargo, no sólo la mujer comienza una relación con su hijo desde el día en que sabe de su estado de gravidez sino que también existe el sufrimiento y la tristeza posterior al aborto, esta última, en ocasiones, puede volverse patológica. Estudios de López García (2001) muestran que entre el 7 y el 33% de las mujeres presentan tristeza patológica después de la pérdida.

El hecho de negar la importancia de los sentimientos de la mujer a raíz del aborto implica la posibilidad de que la misma quede presa de un duelo no resuelto, de esa tristeza patológica con consecuencias psicológicas que pueden llegar a permanecer por muchos años (Marshall & Avroy, 2003; López, 2001; Gondim & Ferreira, 2010). La tristeza siempre implica sufrimiento y puede ser adaptativa o no; suele desencadenarse por razones de índole personal como la vivencia de un acontecimiento que genera aflicción, la pérdida de afectos o la baja de la autoestima entre otros (Bowlby, 1969; Bowlby, 1980; Corbella, 1994; Lazarus & Lazarus, 2000). Para García y Siverio (2005) dependiendo de la frecuencia e intensidad con que se sienta puede dejar de ser adaptativa produciendo depresión.

Estudios sobre aborto *inducido* (Gómez & Zapata García, 2005; Gurpegui & Jurado, 2009) muestran que el mismo puede desencadenar trastornos psicopatológicos severos en mujeres que se someten a este procedimiento. Se hace referencia principalmente al *Síndrome postaborto* (SPA) (Sderberger, 2000), el *trastorno por estrés agudo* (TEA), el *trastorno por estrés postraumático* (TEPT) y el *trastorno adaptativo* (TA) (APA, 2002); muchas veces, debido a la alta comorbilidad psicológica que relacionada al aborto suelen darse al tiempo (Valdivia, 2002; Carvajal, 2002; Corzo & Bohórquez, 2009). Es necesario aclarar que la morbilidad psicológica causada por el aborto generalmente es transitoria. En lo que respecta al AE, son escasos los estudios que destacan la huella emocional que éste deja en la psiquis de la mujer (Callister, 2006) y tampoco se han encontrado muchos estudios (Gómez & Zapata, 2005) que muestren la presencia de algunos de estos trastornos anteriormente mencionados en los AE aunque ésta sea una realidad que se observa en la clínica.

Dimensión social del aborto espontáneo

En lo que a la pareja respecta, la muerte del hijo nonato es percibida como el intento frustrado de creación de una nueva familia sobretodo en el caso del primer embarazo (Callister, 2006).

El medio social o la red social de la persona (amigos, familia, compañeros de trabajo o estudio y comunidad en la cual está inserta) se torna un mecanismo inductor y/o reductor de estrés ante la pérdida del hijo; «el *sistema social* es entendido como poseedor de elementos estresantes y/o amortiguadores del estrés» (Díaz, et al., 2008, p. 6). El apoyo social disminuye o aumenta el estrés y el riesgo de padecer trastornos psicológicos ya que hace referencia a los recursos que el ambiente le brinda a la persona enferma (Castro & Erviti, 2003).

Por ello, lo social desempeña un papel clave en la recuperación física y psicológica de la mujer que experimenta un aborto. Cuando el apoyo social es deficiente se dificulta la superación del trauma.

Tres dimensiones de una problemática

Es importante resaltar que hay una influencia mutua de lo biológico, lo psicológico y lo social cuando acontece un aborto espontáneo teniendo en cuenta que el sujeto es un ser biopsicosocial. Es decir que lo físico, entendido como el aborto propiamente dicho, influirá en lo psíquico dejando una huella debido al trauma, generando en mayor o menor medida trastornos psicológicos o psiquiátricos agudos o crónicos, emociones y sentimientos negativos y lo psíquico (las respuestas de tristeza, irritabilidad, euforia etc.) a su vez determinará las acciones de las redes sociales (apoyo social) de la persona. Éstas últimas influirán de manera positiva o negativa en la salud de la mujer: integrándola o aislándola del núcleo familiar y/o social.

De la misma manera se puede presentar la problemática en forma de espiral. Se representa una onda expansiva que va desde el aborto, problema biológico principal e inicial, el cual generará algún tipo de trastorno psicológico o psiquiátrico, cambios en el estado de ánimo (tristeza, irritabilidad etc.) provocando un vacío existencial y sufrimiento y finalmente expandiéndose hacia las redes de apoyo en carácter de *conflicto*, haciendo que la mujer se aisle o se refugie y/o que el mismo ambiente la rechace o la proteja.

* izzedinbouquet@yahoo.fr

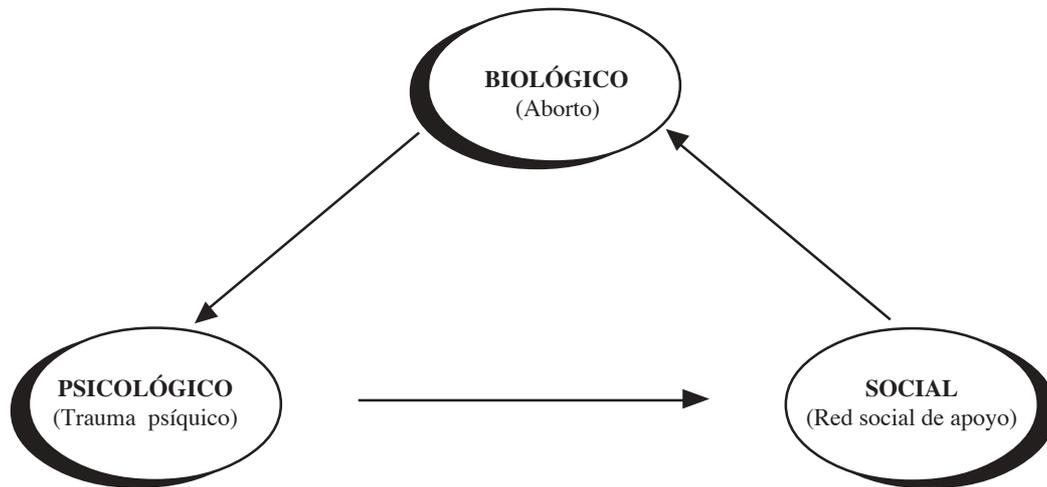


Figura 1: Lo biológico, lo psicológico y lo social en el AE



Figura 2: Onda expansiva del AE

Conclusiones

Este artículo invita a reflexionar acerca de una complicación obstétrica que en la mayoría de los casos desencadena trastornos mentales con sus respectivas

consecuencias en el ámbito social de la persona. Además, se pretende dejar la inquietud sobre la necesidad de un acompañamiento psicológico para la mujer durante la hospitalización y luego del alta médica.

Referencias

- Aleman, A., Althabe, F., Belizán, J. & Bergel, E. (2006). *Reposo en cama durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo*. Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com> (traducida de Cochrane Library, issue 2. Chichester, UK; Jhon Wiley & Sons, Ltd).
- APA. (2002). *DSM - IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Bowlby, J. (1969). *El apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Callister, L. (2006). Perinatal loss. A family perspective. *J perinat neonatal nurs*, 20 (3), 227-234.
- Carrieri-Colman, V., Lindsey, A. & West, C. (2003). *Pathophysiological Phenomena in Nursing: Human responses to illness*. Philadelphia: Sander.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev chil neuro-psiquiatr*, 40 (supl. 2), 20-34.
- Castoriadis-Aulagnier, P. (1978). Observaciones sobre la estructura psicótica. En: *Carpetas de psicoanálisis 1*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Castro, R. & Erviti, J. (2003). Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres de Cuernavaca (México). *Estudios Sociológicos*, 21 (63), 585-611.
- Celesia, C. (2003). Mitos y realidades de la analgesia para partos. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*, 22 (1), 22-27.
- Corbella, J. (1994). *Tristezas y depresión*. Barcelona: Folio.
- Corzo, P. & Bohórquez, A. (2009). Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. *Rev Fac Med*, 17 (1), 14-19.
- Díaz, V., García, M., Marín, M. & Campo, C. (2008). *Los intercambios de apoyo en el cuidado de un aborto espontáneo*. Biblioteca Lascasas: 4(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0306.php>
- Gala, F., Lupiani, M., Guillén, C., Gómez, A. & Lupiani, S. (2003). Aspectos psicosociales del dolor. *C Med Psicossom*, 66, 46-55.
- García, M. & Siverio, M. (2005). La tristeza en niños, adolescentes y adultos: un análisis comparativo. *Infancia y aprendizaje*, 28 (4), 453-469.
- Gómez-Gutiérrez, S. & Larrañaga, C. (2009). Hemorragia en la gestación. *An Sist Sanit Navar*, 32(Supl.1), 81-90.
- Gómez, C. & Zapata, R. (2005). Categorización diagnóstica del síndrome postaborto. *Actas esp Psiquiatr*, 33 (4), 267-272.
- Gondim, M. & Ferreira, A. (2010). Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Rev bras Enferm*, 63 (2), 183-189.
- Gurpegui, M. & Jurado, D. (2009). Complicaciones psiquiátricas del aborto. *Cuad bioét*, 20 (70), 381-392.
- Inagaki, J. (2001). IgG anti-laminin-1 autoantibody and recurrent miscarriages. *Am J Reprod Immunol*, 45 (4), 232-238.
- Izzedín-Bouquet, R. & Cuervo, A. (2009). Conceptualización, factores asociados y estrategias de autorregulación de la tristeza en niños y niñas de 10 años. *Tesis Psicológica*, 4, 52-71.
- Lazarus, R. & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- López, S. (2001). Aspectos psicológicos de la atención a la demanda de interrupción voluntaria del embarazo. *Matronas profesión*, 5, 10-16.
- Maritti, M., Almeida, A. & Panobianco, M. (2007). El cuidado de enfermería según la mujer en situación de aborto. *Rev Latino - am Enfermagem*, 15 (1), 1-8.
- Marshall, H. & Avroy, A. (2003). *Cuidados del recién nacido*. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Mulens, I. (2009). Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el aborto espontáneo. *Rev Haban cienc méd*, 8 (3), 1-6.
- Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. & Marquina-Volcanes, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Rev mex pediatr*, 76 (5), 215-219.
- Palacio, R., Rubio, J., Nicolás, M. & López, N. (1997). Morbilidad psicológica después de un aborto espontáneo. *Psiquis*, 18 (10), 405-413.
- Quiroga de Michelena, M., Díaz, A., Paredes, D., Rodríguez, O., Quispe, E. & Klein de Zigelboim, E. (2007). Estudio cromosómico en el aborto espontáneo y su aplicación clínica. *Rev Per Ginecol Obstet.*, 53 (2), 124-129.
- Ruiz, E. & Robles, V. (2004). *Niños de riesgo. Programas de atención temprana*. Barcelona: Editorial Norma-Capitel.
- Solís, L. (2002). La construction de la parentalité. En Solís L. *La parentalité, défi pour le troisième millénaire. Un hommage a Serge Lebovici*. Paris: Press Universitaires de France.
- Sderberger, H. (2000). *500 mil víctimas del síndrome postaborto en EE:UU*. Archives of General Psychiatry.
- Swanson, K., Connor, S. & Jolley, S. (2007). Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in nursing and health*, 30, 2-16.
- Torralba, E. (2007). Aproximación a la esencia del sufrimiento. *An Sist Sanit Navar*, 30 (supl. 3), 23-37.
- Valdivia, M. (2002). Trastorno por estrés postraumático en la niñez. *Rev chil neuro-psiquiatr*, 40 (supl. 2), 76-85.
- White, H. & Bouvier, D. (2005). Caring for a patient having miscarriage. *Nursing*, 35 (7), 18-19.
- WHO. World Health Organisation. (1992). *Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality in unsafe abortion*. Geneva: WHO.

* izzedinbouquet@yahoo.fr