

# **Consideraciones psicopatológicas acerca del aborto**

**(Lección inaugural del curso 1983-84.  
Estudio Teológico Agustiniano. Valladolid)**

El aborto no es solamente un problema biológico y obstétrico. Desde que la medicina inició su propia identidad, fue contemplado con una adecuada atención como algo que puede y debe ser evitado; así consta en los primeros documentos médicos, y como ejemplo, las 10 citas que de él se hacen en los Aforismos hipocráticos. Consecuentemente fue objeto de interés deontológico (y entiendo que en un principio lo fue, por considerarlo fuera de la salud como una actividad espontánea o provocada contraria a la misma), y lo sigue siendo como queda bien establecido desde el juramento hipocrático hasta la Declaración de Génova de 1948 y nuestro Código de Deontología Médica de 1979 en su artículo 114. Decía que no es solamente de interés obstétrico —y no es mi intención salirme del terreno de la medicina— puesto que independientemente de las complicaciones que de él pueden derivarse y de las que tendrían que hablar los obstetras y ginecólogos principalmente, con más frecuencia de lo que se conoce, surgen otras que: o pasan sin ser apenas evidenciadas, lo que no indica su levedad, o lo son por los psiquiatras, pero no siempre en el momento en el que se producen o muy poco tiempo después, sino bastante más tarde, cuando se han transformado en trastornos subcrónicos o subagudos, o cuando después de haber aparentemente terminado como reacciones inmediatas, se conforman en cuadros clínicos posteriores más organizados. Los datos que se ocultan detrás de mis últimas palabras, y que muy pronto voy a exponer, se refieren a lo que puede contemplarse en el campo propio de la psiquiatría clínica, pero si los ampliamos desde otros enfoques doctrinales, con intenciones antropológicas, se nos ofrece una realidad más amplia y profunda, puesto que no solamente se ocupa de la enfermedad, que es una entidad nosológica, un concepto, sino del ser que, sufriendo, existe en una situación dada como momento de su existencia total.

Si el hecho con las consecuencias psicopatológicas justifica el estudio del aborto desde fuera de la patología obstétrica, concretamente desde la psiquiatría la riqueza de aspectos que dichas consecuencias o trastornos ofrece, nos lleva a considerarlas desde actitudes que rebasan la mera clínica.

De acuerdo con lo anterior, me propongo desarrollar esta lección sobre el siguiente guión: en primer lugar exponiendo las alteraciones psicológicas y trastornos psiquiátricos que se observan en relación temporal con el aborto, por lo que no es aventurado establecer una relación de causalidad entre ambos, aunque esta última no quede completamente explicada con dos elementos. En segundo lugar me ocuparé de la interpretación que el psicoanálisis ofrece como consecuencia de su consideración de las capas más profundas de la personalidad y de sus dinanismos. Seguidamente haré referencia a la posible explicación que surge del análisis cultural y, finalmente, intentaré una visión antropológica del hecho. Pero antes de iniciarlo debo aclarar que, salvo en los momentos en los que me refiera específicamente al aborto provocado, debe entenderse que me ocupo del aborto en general, pues entiendo que la intencionalidad del hecho matiza y caracteriza un fenómeno más amplio que cualitativamente es el mismo.

Aunque la bibliografía psiquiátrica sobre este tema no alcanza un volumen semejante al que corresponde a otros problemas psiquiátricos, son ya numerosos los autores que coinciden en señalar la importancia de las alteraciones psicopatológicas relacionadas temporalmente con el aborto y, como a cualquiera podrá parecerle justificado, su frecuencia está aumentando durante los últimos años, siendo Estados Unidos, los Países Escandinavos, Francia, Gran Bretaña y Japón, los lugares de mayor producción de literatura médica sobre el tema.

En un intento de ordenación, puede aceptarse su exposición según su cronología con relación al aborto. De esta manera señalaré sucesivamente los trastornos preaborto, los efectos psicopatológicos inmediatos y las consecuencias a largo plazo.

En los abortos provocados, las modificaciones femeninas del psiquismo comienzan, con una frecuencia no conocida, a partir del momento en que se plantea como posibilidad, aun antes de la decisión, evolucionando de variada manera hasta el aborto si es que llega a realizarse. En algunas ocasiones se producen durante este tiempo estados agudos de ansiedad de muy variada sintomatología en los que fácilmente se descubren sentimientos de inseguridad y culpa mezclados con abundantes racionalizaciones, con apariencia de razonamientos, y proyecciones, así como actitudes regresivas en el comportamiento general, siendo a veces muy llamativo el contraste que se observa entre el aparente carácter adulto al racionalizar y los rasgos infantiles del comportamien-

to de base. Cuando se trata de mujeres neuróticas o con trastornos de la personalidad, los síntomas pueden entenderse como agudizaciones de su enfermedad y clínicamente sobresale en ellos lo correspondiente a la peculiaridad de su estructura neurótica (obsesiones, fobias, hipocondría, néurastenia, etc.) o a los rasgos de su psicopatía. Al lado de los síntomas psíquicos suelen aparecer en estos casos manifestaciones de disfunción somática preferentemente, y según observaciones personales, circulatorias. Pocas veces aparecen en este período claros estados depresivos, y los observados por mí se han dado en mujeres neuróticas que ya en otras ocasiones habían tenido trastornos depresivos desencadenados por otro tipo de acontecimientos. No obstante lo dicho, sobre estos aspectos apenas hay comunicaciones escritas; lo expuesto es resultado de observaciones personales y comunicaciones verbales y privadas de otros colegas.

En lo que se refiere a la presentación de trastornos psiquiátricos con posterioridad al aborto y en el tiempo inmediato, sí abundan las comunicaciones escritas y las referencias a ellos en los tratados y manuales de Psiquiatría. El tiempo en el que aparecen, según los distintos autores consultados, oscila entre el segundo y el veinteaño días siguientes al aborto y son más frecuentes entre las mujeres solteras que entre las casadas. Pero antes de exponer los aspectos clínicos e importancia de los trastornos debo hacer constar que al lado de los trabajos (que son los más numerosos) que los señalan verdaderamente graves, existen otros que consideran tales trastornos como mitos inexistentes, constituyendo a veces ambas posturas una situación de puntos de vista diametralmente opuestos que parecen deberse a que quienes los mantienen no han sabido liberarse durante sus observaciones científicas, como es necesario y preceptivo, de prejuicios de toda clase y de excesivos componentes afectivos en sus actitudes, mucho más, como es obvio, cuando se trata de los abortos provocados.

Las consecuencias más graves desde el punto de vista clínico que siguen a los abortos, son un grupo de psicosis, esto es: formas de enfermar en las que las pacientes pierden el contacto con la realidad y en las que aparecen alteraciones cualitativas de los procesos psicológicos, además de las cuantitativas, tales como alucinaciones y delirios; unas psicosis muy semejantes a las que se producen tras el parto, pero que son veinte veces más frecuentes tras el aborto que después del parto, apareciendo, según una media de las cifras aportadas por distintas estadísticas, en un tres por ciento de los abortos. Tales enfermedades son mucho más frecuentes tras los abortos provocados que tras los espontáneos, y dentro de los primeros, más entre los clandestinos que en los terapéuticos. La clandestinidad, la falta de higiene tan frecuente en tales casos, la ausencia de relación médico-paciente en muchos, las complicaciones somá-

ticas, etc., son circunstancias de casi segura influencia en su mayor frecuencia, pero no causas necesarias sino ocasionales. Una diferencia entre ellas y las psicosis post-partum es la intensa angustia de las enfermas en las que siguen a los abortos, y creo que merece la pena decir que un factor positivo en el tratamiento de las psicosis post-partum es la proximidad física del hijo a la enferma, elemento terapéutico imposible en el tratamiento de las psicosis post-abortum. El comienzo de estas enfermedades es intenso, brusco, en muchos casos brutal, y lo más frecuentes es un estado confusional que puede llegar al estupor con un tipo especial de disolución de la conciencia. Las pacientes se encuentran desorientadas en el tiempo y en el espacio y sufren alucinaciones visuales casi siempre de contenido terrorífico. Como han perdido la relación con la realidad, su conducta sólo se comprende a partir de las alucinaciones. Se trata de un estado en el que las imágenes visuales se suceden de una manera que recuerda al pensamiento de los sueños por lo que se denomina onirismo.

Más frecuentes que las psicosis confusooníricas son los trastornos depresivos graves, cuya frecuencia según estadísticas americanas oscila entre el 6 y el 10 por 100 y cuya importancia varía. Las más graves, y en las que debe tenerse seriamente en cuenta la posibilidad de un suicidio, son verdaderas psicosis en las que lo más llamativo es la profunda tristeza patológica con una gran disminución de la actividad de un pensamiento que se encuentra dominado por delirios de persecución y a veces se niega el hecho abortivo. Se ha dicho, y esto es algo de gran importancia, que tras ellas suele haber recaídas entre el 15 y el 35 por 100 de los casos. Más frecuentes y menos graves, son cuadros de depresión en mujeres neuróticas y reacciones depresivas, bastante inmediatas, que aparecen en mujeres de mayor inmadurez psicológica anterior.

Dentro también del grupo de trastornos inmediatos, se han descrito otros con el nombre de distimias endorreactivas, que al parecer son mucho más frecuentes en mujeres asténicas de constitución, y consisten en estados de presentación y cambio brusco de irritabilidad fácil y frecuente, agresividad manifiesta, gran excitabilidad, hipersensibilidad y explosiones emocionales incontrolables. Se acompañan de una profunda hipocondría que determina que las pacientes se consideren gravemente enfermas y de numerosos síntomas digestivos y circulatorios principalmente. Una de sus características más importantes es su larga evolución, puesto que en más de la mitad de los casos, concretamente se ha comunicado la cifra del 56 por 100 de ellos, duran más de un año. Y llama la atención en estos estados que, cuando aparecen los síntomas, lo que sucede no tan bruscamente como en el caso de las psicosis, desaparecen los sentimientos de culpabilidad, inseguridad y desamparo que antes, y en relación con el aborto, se habían presentado.

El hallazgo psiquiátrico más frecuente y consistente, como dice Freed-

man, tras el aborto, es el sentimiento de culpa, y tal referencia corresponde al aborto provocado. Recurriendo a procedimientos objetivos de medida se pudo comprobar en 1970 que la mayoría de las pacientes alcanzaban puntuaciones elevadas al serles aplicada la escala de Hamilton. Como parece natural, las mujeres de mayor madurez asumían y neutralizaban más los sentimientos de culpa, mientras que las de personalidad más inestable evolucionaban con una mayor y más seria dificultad. El mismo Freedman señala la importancia de este hecho cierto y lo paradójico que resulta el que haya quienes son partidarios del aborto terapéutico precisamente en esas mujeres más enfermas. Estudios realizados en Suecia señalan la importancia de los sentimientos de culpa y su repercusión sobre la salud en unos porcentajes que oscilan entre el 35 y el 40. Trabajos realizados en Japón con una amplia muestra concluyen que el 80 por 100 de las mujeres que abortan no espontáneamente presentan con posterioridad sentimientos de culpa patológicos, añadiendo dos detalles que creo interesante resaltar: los temores irracionales que acompañan al sentimiento de culpa acerca de una futura esterilidad, de importancia psicoanalítica, y la elevada frecuencia (35 por 100 de los casos) con la que apareció un sentimiento de pena por el feto, de indudable significación antropológica puesto que reconoce palpablemente el sentimiento del «tú». Autores escandinavos han aportado otro hecho digno de ser tenido en cuenta: que una primera interrupción del embarazo favorece la aparición de cambios mentales en el curso de un nuevo aborto o de un parto.

Estudios recientes en Estados Unidos señalan la menor frecuencia de trastornos psiquiátricos en los casos en los que el aborto ha ido precedido de una indicación médica, siendo más numerosos cuando había una intención de eliminar el feto por otros motivos. Y también, como decía hace poco, que la frecuencia era tanto menor cuanto el grado de salud mental de las mujeres. Quizás sea éste un hecho que constituye una de las más frecuentes conclusiones alcanzadas en la mayoría de los trabajos.

La mayoría de los autores anglosajones, según señala Colin-Protheroe, concuerdan en decir que más o menos el 25 por 100 de las mujeres en las que fue practicado el aborto terapéutico por razones psiquiátricas, padecen trastornos emocionales en las dos semanas siguientes a la intervención, y el 10 por 100 trastornos psiquiátricos menores.

Las consecuencias psicopatológicas a largo plazo son menos claras aunque indudables. También son menores en número los trabajos que se ocupan de ellas e indudablemente es mucho más comprometido establecer relaciones causales. No obstante se aceptan. Sin que nadie haya establecido un límite de tiempo que las separe de las inmediatas, pudiera considerarse como inferior el de tres meses. Los cuadros clínicos no son tan graves, no se han descrito entre

ellos psicosis, y a mi entender constituyen dos apartados: Uno formado por los casos en los que, con variaciones durante unos cuantos meses, se mantiene el sentimiento de culpa sin que la conducta sea perturbada de manera que pueda hablarse de una verdadera enfermedad organizada como entidad nosológica, pudiendo incluso estar ausentes los sentimientos mencionados durante días y semanas para reaparecer más tarde. Pasado algún tiempo aparecen nuevas manifestaciones psicopatológicas y se conforma la enfermedad. El otro está formado por casos en los que no se descubren alteraciones iniciales y, pasados bastantes meses, aparece una sintomatología claramente relacionada con el aborto.

Refiriéndome al primero de los casos, lo que con más frecuencia se ha descrito es que el aborto, más el provocado que el espontáneo, sobre todo cuando se decide entre grandes dudas y conflictos éticos y familiares, en medio de una confusión de afectos generadores de angustia, y con temor del daño físico que puede suponer el acto, deja como secuelas con bastante frecuencia los sentimientos de culpa apuntados, más, o incluso con ausencia de los primeros, una serie de síntomas de depresión no intensa que muchas veces no se valora como enfermedad, pero que al cabo de cierto tiempo se intensifica, dura mucho tiempo y es muy rebelde al tratamiento. Estas depresiones de larga duración y difícil tratamiento han llevado a dos autores franceses, Rancurel y Marmie, a decir que «ante un cuadro de depresión prolongada, inexplicable, en una mujer joven, hay que pensar en el aborto como causa».

El segundo grupo es discutible desde posturas médicas científico-naturalistas, pero a mi entender, importante cuando se considera la enfermedad como un hecho profundamente enraizado en una biografía y no solamente se estudia sincrónicamente, sino que en un intento de comprensión se descubren las conexiones que ligan los distintos acontecimientos que se suceden en el tiempo descubriendo una compleja causalidad. Tampoco con relación a lo que voy a exponer conozco literatura profesional, por lo tanto se debe a observaciones personales y comunicaciones verbales privadas. En estos casos se trata de mujeres psiconeuróticas jóvenes, principalmente solteras, en las que en un cierto momento aparece el cuadro clínico de su neurosis. Al investigar los antecedentes personales se descubre la existencia de un aborto anterior, generalmente provocado, que en su momento no se relacionó con perturbaciones psicológicas. Naturalmente, si el médico psiquiatra se limita a prescribir un psicofármaco es difícil descubrir posibles conexiones entre aborto anterior y enfermedad actual, y el aborto quedará como un hecho más en la historia clínica. En cambio, si se desarrolla una psicoterapia, o se profundiza más en el estudio del problema, no es difícil encontrar relaciones entre los dos acontecimientos; en la neurosis clínica del momento toma una especial importancia el

aborto anterior. En ocasiones se ha podido aceptar que la decisión de abortar no fuera completamente libre y resultara consecuencia de la personalidad psiconeurótica en conflicto ante la futura realidad de un nacimiento no deseado o ante la realidad actual de un embarazo temido, ocasionándose una situación angustiosa de emergencia, resuelta por la vía fácil y racionalizada, quizás por otros directa o indirectamente decidida, del aborto como mal menor. Calmada aparentemente la angustia real, posteriormente una circunstancia que puede ser superficialmente distinta, pero con un significado concreto para la personalidad de la paciente, moviliza la estructura psiconeurótica en cuyo material verbal siempre figuran el aborto y sus fantasías. Por mi parte, y refiriéndome a mi experiencia profesional, puedo asegurar que todo aborto anterior, cuando ha existido, forma parte del material de trabajo y se encuentra en relación con sentimientos e ideas depresivas, con claros sentimientos de culpabilidad cuando se ha tratado de abortos provocados, en el estudio de neurosis y enfermedades psicosomáticas. Y es curioso que tales sentimientos se presentan con independencia de las actitudes y comportamientos religiosos de los pacientes. Todos los autores que han comunicado alteraciones psicopatológicas a largo plazo del aborto, señalan que se trata de neurosis y coinciden en la observación de sentimientos depresivos ligados a temores de haber comprometido las posibilidades futuras de maternidad, siendo esta pérdida de posibilidades la fantasía de castigo ligada a los sentimientos de culpa.

Como el título de la lección se refiere a la psicopatología, pero no a la de quién, no quedaría completa esta somera exposición si hiciese una abstracción de quienes, aunque sea de manera indirecta, en ocasiones también padecen alteraciones psicopatológicas con relación al hecho real del aborto o al aborto pensado-deseado y no llevado a efecto. En primer lugar tengo que referirme a que siendo el feto no solamente un efecto o producto de la embarazada, puesto que también lo es de quien lo ha engendrado, de alguna manera, y al margen de los matices que correspondan a las dos funciones complementarias, resulta objeto significativo para ambos. Pues bien, aunque tampoco en este aspecto dispongamos de estudios estadísticos, todos los que nos dedicamos al estudio de los enfermos mentales conocemos los trastornos psicopatológicos que se dan en posibles padres que mantienen su personalidad en falso equilibrio, en los que el aborto, o la decisión del mismo, actúa como causa desencadenante de síntomas. Se trata generalmente de estados depresivos y de angustia con claros sentimientos de culpabilidad, la mayoría de las veces conscientes. Excuso decir la diversidad de posibilidades que pueden darse en la dinámica de la pareja; para comprender la situación y poder manejarla con fines terapéuticos es necesario conocer la personalidad de los dos causantes del embarazo, el tipo de relación, la formalización de la misma, las actitudes ante el

embarazo, etc.; y conocer, en caso de aborto provocado, de quién partió la idea, cuáles fueron sus razones, de quién la decisión, el acuerdo o desacuerdo entre ambos y un largo etcétera. Es claro que la riqueza de posibilidades, al ser tantas las variables, es considerable; como ejemplo, y sin entrar en un análisis del caso, refiero la reacción depresiva resistente a la medicación oportuna, de un hombre, que solamente se resolvió cuando se aclaró el conflicto que se escondía tras la situación real siguiente: se trataba de un matrimonio que tras un corto período de indecisión decidió el aborto. Poco tiempo después la esposa padeció un cuadro ansioso-depresivo con abundantes síntomas somáticos, principalmente digestivos, y cefaleas intensas; remitió tras ser tratado con tranquilizantes y medicación sintomática y durante su final clínico, el marido inició un insomnio al que poco tiempo después se sumaron la tristeza patológica, el desinterés, sentimientos de inferioridad, impotencia y culpa y otras expresiones de su reacción depresiva. Ante tal complejidad de problemas que pueden relacionarse con el aborto, sobre todo cuando no es espontáneo, cabe preguntarse al margen de casos especiales. ¿Es válida la afirmación de que la decisión y el acto del aborto son de la exclusiva incumbencia de la mujer por referirse únicamente a ella? Y también: Cuando tal juicio se mantiene ¿en qué se fundamenta?

Creo que lo dicho hasta ahora nos permite aceptar que el aborto puede ser causa desencadenante, como acontecimiento vital cargado de significación y por los cambios bioquímicos y fisiológicos que conlleva, de trastornos psicopatológicos diversos en la pareja que procrea, tanto si se consideran ambos miembros desde su individualidad como desde la unidad social, del tipo que sea, en el caso de que exista como tal. Y también que la aparición de tales trastornos guarda una relación de concomitancia con el grado de madurez, o si se prefiere de salud mental, de quienes los padecen. Esta última realidad es la que determinó la siguiente afirmación de la Organización Mundial de la Salud: «Las mujeres para las que se justifica el aborto por razones psiquiátricas son las mismas que corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el aborto».

Y brevemente, con la única intención de completar la exposición anunciada, voy a referirme al no-aborto. ¿Qué sucede con los hijos en cuyo embarazo hubo una decisión de abortar sin que se llegase a la realización del acto? Dos autores suecos, Forssman y Thuwe, estudiaron un grupo de 120 muchachos, mayores de 21 años, hijos no deseados, nacidos tras el rechazo del aborto. Los autores estudiaron tres parámetros en ellos: salud mental, ajuste social y nivel educacional, y compararon los resultados del estudio con los obtenidos en un amplio grupo control. Las diferencias entre ambos grupos resultaron estadísticamente significativas: los hijos nacidos de mujeres que desearon abortar,



habían recibido más asistencia por parte de psiquiatras y trabajadores sociales, tenían un menor nivel educacional y presentaron más conductas antisociales y criminales que los del grupo control. Y soy consciente, al aportar este dato, de las interpretaciones tan diferentes que puede suscitar, entendiéndolo que, si se pretende alcanzar alguna conclusión que fundamente una norma, sólo deberá hacerse si se han tenido en cuenta todas las variables de las que debe ser función. Además su conocimiento nos sirve para insistir en que una verdadera toma de conciencia con relación a los problemas del aborto exige un análisis de sus múltiples e interdisciplinarios aspectos.

Las enfermedades y trastornos a las que me acabo de referir, y muy especialmente las psicosis post-aborto y las depresiones graves, son actualmente objeto de estudio mediante rigurosos métodos científicos, sin que hasta el momento se haya podido llegar a explicar, de una manera completa y definitiva, su naturaleza y leyes. Así, se estudian las consecuencias que sobre el cerebro de la mujer tiene la variación hormonal tras la cesación del embarazo, y término y prematuramente; la relación con medicamentos administrados durante el embarazo y suprimidos al interrumpirse en los abortos espontáneos; la acción de los estrógenos (substancias hormonales femeninas) en el metabolismo de las catecolaminas (substancias éstas que participan en la fisiología de la afectividad); la acción depresiva de la progesterona y la de la prolactina sobre el cerebro. No voy a entrar en detalles, aunque me parece oportuna la mención, acerca de estas investigaciones, por su aridez para el profano, porque como decía no han alcanzado conclusiones definitivas y porque como he anunciado en el guión de la lección, mi intención es referirme a otros aspectos que muy bien pueden permitirnos un acercamiento por otros caminos al conocimiento etiológico de los trastornos o, por lo menos, al de algunos de ellos. Sin embargo las líneas de investigación mencionadas han alcanzado resultados de gran interés, son prometedoras, y por ello es de esperar que algún día nos permitan saber con certeza lo que determina las enfermedades y trastornos apuntados más arriba. Mientras tanto, y yo me atrevo a decir que también después, aunque se alcancen los objetivos actuales de la ciencia, algunos de nosotros nos sentimos atraídos por otros métodos que nos acercan al saber: me refiero ahora a la comprensión y a la interpretación, que si bien no son científico-positivos, no cabe acusarlos de racionalistas y especulativos ya que se fundan en la observación empírica.

Una actitud comprensiva en el profesional de la medicina le permite captar en el hecho del aborto como acto, una serie de relaciones con otros momentos de la historia de la persona en la que se produce espontánea y provocadamente. Lo que en traducción de Dilthey, serían las conexiones que posibilitan la comprensión del todo que, en el momento de la enfermedad, se encuen-

tra alterado o, si se prefiere, desviado de su historia. La comprensión de un caso de alteración psicopatológica puede mostrar que el aborto ha modificado la vivencia que de una unidad como totalidad, tiene la persona en la que se ha producido. En algunos casos se ha podido entender el trastorno como una desestructuración temporal del todo que es la personalidad, al no poder establecerse relaciones entre el hecho y la totalidad del individuo por un lado, y sus finalidades o expectativas de futuro por otro; la vivencia es un cambio en el que se ha perdido en parte la organización interna rompiéndose la unidad de realidad y hasta creándose una realidad separada que, como decía en el caso de las psicosis, puede negarse; y al mismo tiempo una desorientación al no poderse encajar la situación en la misma dirección que une al momento con la finalidad de la persona.

También se ha estudiado el aborto desde el punto de vista del psicoanálisis. Desde él, independientemente de que sea provocado o espontáneo, la significación profunda es la misma, ya que se vive como un duelo por el objeto perdido y la culpa que ello implica: parece muy claro que la intensidad de los sentimientos de culpa y depresivos, como indica el ya citado Freedman, depende de la vinculación de la embarazada con el feto. Las mujeres que han desarrollado un vínculo mínimo con él, aquellas que lo consideran como un «coágulo» o un «tejido», son las que experimentan los menores sentimientos de culpa y una clínica más benigna; son las que han vivido su embarazo como una perturbación. Mientras que las que han llegado a cargar, catectizar, el fruto de la gestación con su libido, aunque no sean conscientes plenamente de ello, sufren una verdadera pérdida de objeto amoroso y experimentan los diferentes grados de depresión y de culpa, más, cuando hubo intencionalidad. A niveles más profundos, inconscientes, las diferencias se borran y el feto siempre es objeto amoroso, con lo que el aborto es «maternidad frustrada». Conviene recordar que lo que se pretende ganar tras el aborto, generalmente pertenece a la esfera de las necesidades secundarias o sociales, mientras que lo que se pierde con él se refiere a una necesidad primaria y natural, puesto que la maternidad es instintiva. La experiencia actual del aborto incide en la problemática inconsciente de los viejos conflictos infantiles no resueltos, que van a ser movilizados determinando síntomas y consecuencias posteriores como las frecuentemente observadas, consistentes en el temor, a veces típicamente obsesivo, que tienen en nuevos embarazos las mujeres que en uno anterior han abortado, de que se produzca un aborto espontáneo. La combinación de variables que puede llegar a descubrirse al analizar en profundidad el aborto es grande y este método también es aplicable en el conocimiento de los trastornos, ya apuntados, que se dan, con más frecuencia de la conocida, en el otro miembro de la pareja.

Deutsch y Langer han sido dos psicoanalistas femeninos que, entre otros freudianos, han subrayado la importancia y peculiaridades del narcisismo femenino, que constituye uno de los puntos de partida para la interpretación psicoanalítica del aborto, y ofrece unas connotaciones de interés para la antropología. Independientemente de otros aspectos del narcisismo que en estos momentos no interesan, sí merece la pena recordar la mayor frecuencia con que en la mujer, si la comparamos con el hombre en un estudio longitudinal, puede observarse un mayor peso específico del esquema corporal (representación psíquica del propio cuerpo) en el conjunto de la organización dinámica de su personalidad. Este dato se ha aportado para explicar ciertas diferencias intersexuales en el padecimiento de algunas enfermedades psicosomáticas y también para justificar la exhuberancia de ciertos comportamientos de la mujer que parten del, y vuelven al cuerpo; la vieja coquetería es un simple ejemplo de estas ideas. Si somos capaces de evitar los prejuicios que estos comentarios pueden movilizar, es posible que veamos que la realidad a la que se refieren tiene un origen biológico, que lo psíquico y lo social es su expresión y, por lo tanto, muy bien puede relacionarse profundamente con la función específica y básica de la mujer que es la maternidad. Desde este punto de vista biológico cuantitativo, el feto es más prolongación de la mujer que del hombre, aunque no sea exclusiva, y las relaciones de interdependencia madre-hijo, salvo alteraciones, son mayores y más duraderas. Parece imposible establecer la separación madre-hijo, de la misma manera que el aislamiento hombre-naturaleza. La continuidad que en la maternidad se manifiesta y que justifica el instinto maternal es garantía de la conservación de la especie. Si vemos este hecho universal y natural desde una mujer concreta a la que así hacemos yo-sujeto, puede aceptarse la vivencia subjetiva del feto-hijo como continuación del yo (también el hijo, hasta los seis meses del nacimiento, experimenta la unión inseparable con la madre), y siendo el feto la continuación de la totalidad de la madre, el aborto es una amputación de sí misma y, según el psicoanálisis, puede reactivar antiguos conflictos de castración movilizados de angustia. Esta hipótesis viene apoyada por los sueños de mujeres que piensan en el aborto, que lo han decidido o han abortado, con contenidos recordados de corte de pelo, caída o extracción de dientes u otras formas de mutilación. Y hay observaciones que permiten una visión del dinamismo en sentido contrario: me refiero a los sueños de abortos en mujeres no embarazadas, y hasta sin posibilidades de estarlo o muy pocas, que sufren las consecuencias de lo que en lenguaje psicoanalítico se ha denominado complejo de castración.

Si aceptamos que el embarazo-parto es un mecanismo natural y fisiológico que cumple una función necesaria en la naturaleza al permitir la conservación de la especie, el aborto es contrario a ella y surge por dos órdenes de cau-

sas: uno es la patología determinante de los abortos espontáneos, otro es de orden cultural en relación con los provocados, aunque tal división es artificiosa puesto que también las causas culturales intervienen en la constelación etiológica de algunas enfermedades. Si entendemos que la cultura es el conjunto de soluciones que los grupos humanos desarrollan y mantienen para resolver sus problemas siendo compartidas por una mayoría significativa, hay que aceptar que el aborto provocado es un fenómeno cultural. Los 163.172 abortos terapéuticos que ya hace diez años reconocía el Ministerio de la Salud inglés; el 88 a 95 por 100 de abortos en los embarazos prematrimoniales que encontró Kinsey en Estados Unidos; los 2.200.000 abortos que se practican actualmente en Japón; los 10.000.000 anuales que se practican en Rusia, incluso el hecho de que Stalin lo prohibiera en 1936, lo legalizase Kruschchev en 1955, y el gobierno intentara prohibirlo de nuevo en 1970, apoyan lo anterior. Pero decir que se trata de un fenómeno cultural no implica su calidad, ya que las soluciones son adaptativas o desadaptativas, convenientes o inconvenientes, higiénicas o nocivas, adecuadas o inadecuadas, y siempre buenas o malas independientemente de los preceptos morales de cada grupo. Precisamente ese reconocimiento me interesa para establecer conexión con otro de los aspectos que había anunciado en el plan general de la lección, puesto que tiene referencia con el problema de los trastornos psicopatológicos relacionados con el aborto. Trato únicamente de señalarlo a modo de comunicación, no de inducir un conocimiento y consiste en una observación que no solamente puede hacerse al estudiar los problemas psiquiátricos del aborto, sino también en otros que tienen que ver con la enfermedad y los enfermos. En una ocasión anterior he propuesto la denominación «asinalaxia cultural» como término de referencia a un fenómeno consistente en desajuste evolutivo o desarrollo no armónico entre los distintos elementos de la cultura. Entiendo que una condición de bienestar sociocultural se caracterizaría, entre otras cosas, por una conducta consecuente con las normas, valores y creencias que las sustentan. Lo contrario, que podría subyacer tras las declaraciones de la Unesco referente a que el cambio social debe ser lento para que la sociedad sea sana, ha sido interpretado por mí en los problemas de trastorno psicopatológico de aparente relación con el aborto que he tenido ocasión de estudiar con la suficiente profundidad. Eran mujeres típicas representantes de ese gran grupo de la sociedad actual que actúan según pautas de comportamiento «avanzadas». En paráfrasis de cierto ministro francés de Transportes, podría decirse que se aborta hoy con creencias, normas y valores de ayer. Si esto se puede aceptar, el comportamiento asinaláctico es un comportamiento inseguro, sin base, y quien así se comporta debe experimentar la inseguridad en alguna de sus variadas formas e intensidades de expresión. Más que un elemento nuevo, esta idea es un enfo-

que, desde un distinto punto de vista, del fenómeno al que se acerca el psicoanálisis. Las normas, valores y creencias, que son elementos implícitos de la cultura o, si se prefiere, la cultura implícita, psicoanalítica hablando son el super-yo de la personalidad que se opone con más o menos exigencias, según el desarrollo individual, a los impulsos del ello y a la realidad que estimula, y también, que amenaza con castigos y que castiga. La fantasía de futura esterilidad de algunas mujeres que abortan sería ejemplo de lo primero, y algunos aspectos de los trastornos descritos, muy especialmente los sentimientos de culpabilidad, expresión de lo segundo. También al principio de la lección hice una referencia de pasada a lo que en estos momentos me ocupa, cuando hablé de «abundantes racionalizaciones con apariencia de razonamientos» mezclados con sentimientos de inseguridad y culpa. El razonamiento, razonamiento reflexivo, es una actividad noética, superior, que en parte se apoya en la seguridad y por otro lado la aumenta. La racionalización es un mecanismo de defensa del yo contra la angustia, un procedimiento mediante el cual el sujeto intenta dar una explicación coherente, desde el punto de vista lógico, o aceptable desde el punto de vista moral, o una actitud, un acto, una idea, un sentimiento, etc., cuyos motivos verdaderos no percibe porque son inconscientes. Algunas de las mujeres que padecen trastornos psicopatológicos tras un aborto provocado o antes de realizarlo, verbalizan claramente un conflicto, porque en parte es consciente, al informar sobre la tensión que experimentan como consecuencia del choque entre lo que han hecho o van a hacer, y su actitud profunda de que no deber hacerlo. Pero otras no solamente no lo dicen por no tener conciencia de ello, sino que invocan razones, en medio de síntomas e inseguridad, con las que pretenden justificar el acto, y en ocasiones son, además, una crítica negativa de las creencias, normas y valores que todavía se mantienen en la sociedad a la que pertenecen, lo que puede entenderse como manifestación del esfuerzo que se realiza para actuar en contra del super-yo rígido, constituido por normas internalizadas. En varios momentos he subrayado el hecho, señalado por casi todos los autores, consistente en que las mujeres que más se trastornan psicológicamente tras un aborto son las que menos salud mental tienen, y que se observa menos patología mental en las más sanas, entendiendo por salud mental no el hecho de padecer síntomas sino el grado de maduración psicológica o de equilibrio mental.

Si ahora hacemos un intento de aproximación desde la antropología, nos encontramos con una visión, como es de esperar, aparentemente opuesta a la presentada desde el lado del psicoanálisis, y anticipo que la conciliación entre ambas está en el largo y difícil camino del hombre desde su dependencia, egoísmo, inmadurez e irracionalidad, hasta su liberación de lo anterior e independencia, y el logro por su parte de la actitud profunda de máxima libertad

posible unida a su plena conciencia del sentido de la realidad de la que él mismo forma parte.

En un reciente artículo, Marías hace, según sus propias palabras, uso de la lengua, y recuerda que todos los hombres, en la suya, saben distinguir entre *qué* y *quién*, entre *algo* y *alguien*, entre *nada* y *nadie*, y lo hace interesado por la realidad del aborto. El nacimiento de un niño «es una radical innovación de la realidad». Por un lado, el nuevo ser no es tan nuevo, puesto que prolonga lo humano (padres, abuelos, todos sus antepasados), lo social, lo cultural, lo psicológico (que es función de su cerebro) y, además, está constituido por el hidrógeno, oxígeno, carbono, fósforo, etc. que ya existían. Cuerpo y psiquismo se van a individualizar pero no son novedad. Lo *que* el hijo es puede reducirse a su composición, a sus antepasados, a la naturaleza. Pero el hijo no es solamente «lo *que* es. Es *alguien*. No un *qué*, sino un *quién*, *alguien* a quien se dice *tú*, que dirá en su momento, dentro de algún tiempo, *yo*». El yo es totalmente distinto de todo lo demás, es totalmente distinto del universo que es el no-yo. Y ese *yo*, que es *quién* y *alguien*, ya no se puede reducir, es «irreducible a todo y a todos», por lo tanto sí es nuevo; es un tercero completamente distinto de lo *que* es. El feto, o niño no nacido aún, es una realidad viniente, un alguien que se va haciendo y no está terminado, que va a llegar y no ha llegado, es un proyecto. Para algunos, que aceptan las últimas palabras, quedaría con ello bien marcada la diferencia con el nacido. Antropológicamente es insostenible tal diferencia, puesto que también después del nacimiento, el hombre, en cualquier momento de su infancia, adolescencia, adultez e incluso vejez, es siempre una realidad viniente. Como dijo Jaspers, el hombre no es un *factum* sino un *faciendum*, siempre es un proyecto sin terminar, y de esta manera la interrupción del embarazo es lo mismo que la interrupción de la vida en cualquier momento posterior al parto y anterior a la muerte de cualquier *alguien*. El reconocimiento del *alguien*, del *quién*, de esa «realidad corporal implantada en la realidad corporal de la madre» inicia el establecimiento de una relación interpersonal adecuada entre el yo y el tú, que es otro yo, y que son *personales*. Es el principio del diálogo y de la complementación que son crecimiento y desarrollo del proyecto que son ambos. El igualar el feto con un *qué* o con un *algo* es despersonalizarlo, negarle su realidad ontológica. Y si el hombre es un ser relacional y dialógico, al despersonalizar al tú, al otro en el sentido de Laín Entralgo, ¿no se despersonaliza también el yo? La despersonalización llevada a su máxima expresión la concemos los psiquiatras al observarla en los psicóticos, quienes más alejados se encuentran de la realidad; la entrevemos, y en menor grado, en los neuróticos; pero aún hay más, ¿podemos negarla rotundamente en los que aceptamos como normales? Si de lo individual pasamos a lo social, como han denunciado numerosos sociólogos y

humanistas es su más estricta acepción, también podemos encontrar la enfermedad, enfermedad social que se individualiza de distintas maneras en los seres humanos. En el ejemplo que puse antes, muchos optarían por reconocer dos enfermedades que casualmente se sucedieron en ambos cónyuges; algunos aceptarían incluso una contagiosidad psíquica; y otros pensamos que muy bien puede tratarse de una enfermedad social; en el ejemplo, del grupo social que es la pareja. ¿Podría decirse entonces que el aborto es una enfermedad social? Hoy, en la sugestiva línea que veo dentro de la hipótesis, entiendo que solamente se trata de un síntoma; la enfermedad es algo más amplio, importante y grave; es la ruptura del diálogo y la despersonalización. Rof Carballo ha superado hace algunos años el concepto de medicina psicosomática al alcanzar el más antropológico de medicina dialógica. Quizás no sea descabellado aceptar la posibilidad de que el aborto, hoy, que interviene en la constelación etiológica de las enfermedades individuales reseñadas antes, sea por otro lado uno de los síntomas de la enfermedad de una sociedad que ha perdido la alegría y por eso exagera la diversión, que rechaza las actitudes serias, huye de los problemas en lugar de resolverlos, que teme la intimidad y hasta la profana, discute y disputa en lugar de dialogar, se hace competitiva porque no es competente, fuerza la brusquedad de los cambios, rompe con la tradición y rechaza proyectos a largo plazo con lo que pierde su identidad, y al hacer de los distintos aspectos de su presente compartimentos estancos, pierde también su unidad.

José Luis RUBIO SÁNCHEZ