

Carta Abierta al Colegio de Psicólogos de Chile, en respuesta al Comunicado “Salud Mental y aborto terapéutico”

Estimados Colegas Colegiados/as:

Mi nombre es Paz Fernández Kocksch, soy psicóloga titulada por una universidad reconocida por el Estado desde el año 2008. No estoy colegiada, porque discrepo de algunas de las directrices que plantea el colegio, y justamente la declaración que acaban de emitir en torno al aborto terapéutico y la salud mental reafirma mi postura de no colegiarme.

Les escribo en primer lugar para manifestar mi rechazo al comunicado que emitieron. En segundo lugar para contar mi experiencia personal trabajando en la temática de las secuelas psicológicas del aborto y realizar un humilde aporte a la reflexión de nuestro quehacer.

Soy voluntaria de Corporación Proyecto Esperanza desde el año 2009. Dicha institución se dedica precisamente a realizar acompañamiento a aquellas mujeres que han sido víctimas de un aborto, y que sufren en silencio, o incluso muchas veces no son conscientes de las repercusiones en el carácter y en sus relaciones sociales de la decisión que tomaron.

Cuando conocí esta institución, lo primero que me llamó la atención fue descubrir esta temática, y darme cuenta que en la Universidad nunca siquiera se abordó el dolor y sufrimiento que puede tener una mujer al realizarse un aborto ni el tiempo que esto puede conllevar, quizás porque es un dolor muy oculto y muy silenciado.

Me llama poderosamente la atención que pretendiendo realizar una declaración en base a revisión bibliográfica, dicha revisión tenga una clara tendencia sesgada y se pierda de vista y no se revise publicaciones o páginas que sí se han manifestado con estudios en torno a la existencia de las secuelas psicológicas que produce un aborto, y que no tiene que ver con la condición de clases sociales o de clandestinidad que ustedes refieren en su comunicado. El hecho de que el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-V no lo reconozca como tal, no significa que dichas secuelas no existan; es más, el DSM ha sufrido diversas modificaciones desde su primera publicación hasta la última. Ha habido patologías que actualmente no tienen tal categoría, y otras que en principio no estaban y que con el transcurso de los años se han ido agregando, por ende, la palabra del DSM no es una palabra definitiva, sino que transitoria y que debe estar sujeta a continuas modificaciones. De igual forma, el hecho de que un aborto se realice en una clínica con todas “las garantías de salud y de higiene” no evita que un gran número de mujeres no quede con secuelas psicológicas e incluso biológicas que les dificulten y hasta impidan embarazos posteriores.

Como prueba de ello quisiera referirme a la experiencia en Estados Unidos. En Estados Unidos el aborto es legal y de libre demanda desde hace más de 40 años; por tanto dentro de la cultura norteamericana el discurso del aborto como un derecho está inserto en la sociedad, se ve como algo normal y no se criminaliza o enjuicia a aquellas mujeres que deciden abortar. Sin embargo es interesante conocer que Norma Leah McCorvey, conocida bajo el pseudónimo Jane Roe, y quien fuera la mujer que presentó el caso, falso por lo demás, de violación que dio inicio al aborto por libre demanda, actualmente esté colaborando con instituciones a favor de la vida, dando cuenta del daño que ha causado el aborto en miles de mujeres norteamericanas. Desde el año 1984 surge Proyecto Raquel, que brinda un apoyo espiritual a mujeres que sufren con el dolor de su aborto, y desde el

año 2003 existe la campaña “Silent no more”. Desde el lanzamiento oficial de la Campaña en 2003, más de 4.500 mujeres y hombres han compartido sus testimonios en alrededor de 800 Reuniones ocurridas en 48 estados y 10 países. La fundadora refiere que la consigna de la campaña es “Me arrepiento de mi aborto”, “Me duele el corazón haber abortado”. Si en un país donde existen todas las libertades para abortar, existen también estas instituciones, quiere decir que el dolor y culpa que ocasiona un aborto, no se genera desde un locus de control externo como se quiere hacer creer, al decir que proviene de una sociedad que criminaliza; sino desde un locus de control interno, y es más, desde lo más interno y profundo de la persona. Tampoco se puede argumentar que se deba a una concepción religiosa previa, ya que el dolor de un aborto es transversal a las concepciones religiosas que pueda tener o no una persona.

Quisiera abordar ahora el punto relacionado directamente con la violación. Es cierto que es un tema sumamente complejo, y que se deben seguir realizando esfuerzos por potenciar terapias reparadoras, sin embargo el trauma de una violación no se va a superar con el trauma de un aborto. Todo lo contrario. Una joven o niña que ha sido violada está en una condición de vulnerabilidad extrema, su autoestima está destrozada y no está en condiciones de determinar por sí misma si abortar, o como se le quiere llamar eufemísticamente “interrumpir voluntariamente su embarazo” es la mejor alternativa, por tanto la mayor responsabilidad recae en su familia y en las figuras adultas significativas. Considerando que la gran mayoría de embarazos precoces productos de violación ocurren dentro de situaciones de abuso sostenidos en el tiempo, de relaciones de incesto, donde no solo está presente la penetración carnal, sino que ante todo el abuso psicológico, la seducción, la amenaza coercitiva, y en algunos casos incluso la complicidad por parte de la madre de la joven, no es de extrañar entonces que sea este entorno el principal interesado en que la joven aborte, y en no brindarle ningún tipo de contención y apoyo emocional ante la develación de un embarazo.

Por otra parte, muchas de las mujeres que instan a sus hijas a abortar, lo hacen debido a que ellas a su vez se vieron forzadas a la misma decisión, viendo en el aborto la única solución plausible, y no teniendo un repertorio conductual alternativo que les permita brindar el apoyo que las jóvenes necesitan, lo que conlleva a perpetuar un patrón transgeneracional de trauma y dolor.

Si bien es cierto que llevar un embarazo a término en estas condiciones es complejo, y requiere de un apoyo psicológico importante, no es menor que este mismo embarazo puede presentarse como la oportunidad que tiene la joven de desarrollar una capacidad de resiliencia, desconocida por ella hasta ese minuto; he tenido la oportunidad de compartir con jóvenes abusadas, y la mayor queja que he escuchado es “*Cómo mi mamá no se dio cuenta, cómo no hizo nada para que no pasara*”. Frente a esta queja, la maternidad les permite descubrir que pueden defender a alguien más indefenso que ellas, como les hubiera gustado ser defendidas. Es común encontrar en estos relatos frases tales como “*Este bebé va a ser mío y de nadie más, al principio no lo quería tener, al principio me causaba rechazo darle pecho, pero poco a poco ha ido creciendo y su sonrisita me ha robado el corazón*”. La posibilidad de la maternidad se convierte entonces en la gran posibilidad de reparar sus propias historias, siempre y cuando tengan dentro de su entorno figuras significativas que les infundan confianza sobre todo hacia ellas mismas, y es ahí donde nuestro quehacer profesional cobra un valor sumamente relevante. Demás está decir que con el aborto, todo este potencial se ve anulado, limitando a la joven a ser una víctima de sus circunstancias.

Con relación al diagnóstico de inviabilidad fetal, es importante mencionar que prácticamente todas las enfermedades consistentes en malformaciones graves se detectan a partir del 2° trimestre del embarazo, cuando ya el feto está formado, tiene terminaciones nerviosas y por consiguiente siente dolor. El aborto entonces se constituye como una práctica de tortura, un tratamiento cruel y degradante hacia ese individuo de la especie humana, incompatible con un ejercicio ético de la profesión, según el mismo código de ética del psicólogo lo plantea, en su artículo 17, punto 3. El tratamiento que recibe el cadáver del niño/a en gestación atenta contra todo principio de dignidad humana, al ser tratado como desecho orgánico, terminando literalmente en el tarro de la basura.

Por otro lado, quienes hemos trabajado con la temática de la elaboración del duelo, sabemos que es necesario poder realizar ciertos rituales para poder significar adecuadamente la experiencia dolorosa. En este sentido el duelo se hace mucho más llevadero cuando ha habido un acompañamiento, una preparación a la despedida, un ritual fúnebre, a que cuando se realiza un aborto, donde no se tiene acceso al cuerpo del bebé, ni menos donde poder recordarlo, y es más, la madre debe actuar como si ese hijo nunca hubiese existido dentro de su ser, ya que el aborto no elimina el sufrimiento de saber que ese hijo o hija va a fallecer, antes bien, intenta ocultarlo e ignorarlo.

Ante esta situación vuelvo a citar el mencionado punto 3 del artículo 17 del código de ética del psicólogo, que dice: *“El psicólogo/a no podrá promover técnicas, conocimientos ni entrenamiento, que faciliten la práctica de la tortura o de otras formas de tratamiento cruel, inhumano o degradante, ni tampoco tratar de modificar el comportamiento de la víctima para disminuir su capacidad o habilidad de resistir ese tratamiento”*

Al menos a mí se me hace evidente que se deben realizar todos los esfuerzos por acompañar tanto la situación de una violación, como la de un diagnóstico fetal letal, ya que la práctica del aborto constituye un atentado grave contra la ética de mi profesión, tanto en el conocimiento empírico que tengo de las secuelas psicológicas que sufre la madre, como en la degradación humana que sufre el feto.

Si el hecho de estar colegiados supone un espacio serio y reflexivo en torno a nuestro quehacer, los invito a generar espacios o seminarios donde se pueda dar a conocer testimonios de mujeres que han abortado, y que han hecho un camino de reconciliación con ellas mismas y con sus hijos abortados a través de Proyecto Esperanza, ya que es finalmente la riqueza del discurso y la singularidad de cada caso lo que más nos nutre como profesionales.

Finalmente anexo una serie de páginas y de investigaciones que pueden consultar en caso de querer ahondar más respecto de las secuelas psicológicas del aborto.

Esperando que esta carta les sirva para ampliar su mirada en torno a un tema tan delicado como es el dolor que ocasiona un aborto, me despido cordialmente.

Ps. Paz Fernández Kocksch
Voluntaria Proyecto Esperanza

Sitios de interés y publicaciones científicas

- <http://esperanzaposaborto.org/>
- <http://hopeafterabortion.com/>
- <http://melisainstitute.org>
- <http://www.menandabortion.info/>
- <http://www.operationrescue.org/>
- <http://proyectoesperanza.net>
- <http://www.silentnomoreawareness.org/>

Investigaciones

1. Appleby, L. (1991) Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 302: 137-40.
2. Bailey, P., Z. Bruno, M. Bezerra, J. Queiroz, C. Oliveira, M. Chen-Mok (2001) Adolescent pregnancy 1 year later: the effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. *J Adolesc Health* 29: 223-32.
3. Bankole, N., V. Rue (1998) Postabortion counselling. *British Journal of Sexual Medicine*. (January-February) 25-26.
4. Bradshaw, Z., P. Slade (2003) The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review* 23: 929-958.
5. Coleman, P. (2005) Induced abortion and increased risk of substance abuse: A review of the evidence. *Current Women's Health Reviews* 1: 21-34.
6. Coleman, P. (2011) Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry* 199: 180-86.
7. Coleman, P., C. Coyle, M. Shuping, V. Rue (2008) Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research* 43: 770-6.
8. Coleman, P., C. Maxey, V. Rue, C. Coyle (2005) Associations between voluntary and involuntary pregnancy forms of peri-natal loss and maltreatment among low-income mothers. *Acta Paediatrica* 94(10): 1476-83.
9. Coleman, P., D. Maxey, M. Spence, C. Nixon (2009) The choice to abort among mothers living under ecologically deprived conditions: predictors and consequences. *Int J Ment Health Addiction* 7: 405-22.
10. Coleman, P., D. Reardon, J. Cogle (2005) Substance abuse among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *Br J Health Psychol* 10:255-68.

11. Coleman, P., D. Reardon, T. Strahan, J. Cogle (2005) The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology and Health* 20: 237-71.
12. Coleman, P., D. Reardon, V. Rue (2001) State-funded abortions vs. deliveries: A comparison of outpatient mental health claims over six years. (Abstract) *Archives of Women's Mental Health* 3(4): 103.
13. Coleman, P., D. Reardon, V. Rue, J. Cogle (2002) Prior history of induced abortion and substance use during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 187(6): 1673-78.
14. Coleman, P., D. Reardon, V. Rue, J. Cogle (2002). State-funded abortions vs. deliveries: A comparison of outpatient mental health claims over four years. *American Journal of Orthopsychiatry* 72(1): 141-52.
15. Coleman, P., D. Reardon, V. Rue, J. Cogle (2003) Letter to the Editor. Prior history of induced abortion and substance use during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 189(2): 618.
16. Coleman, P., V. Rue, C. Coyle (2009) Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Public Health* 123(4): 331-8.
17. Coleman, P., V. Rue, C. Coyle, C. Maxey (2007) Induced abortion and child-directed aggression among mothers of maltreated children. *Internet Journal of Pediatrics and Neonatology* 6(2).
18. Coleman, P., V. Rue, M. Spence, C. Coyle (2008) Abortion and the sexual lives of men and women: Is casual sexual behavior more appealing and more common after abortion? *International Journal of Clinical and Health Psychology* 8: 77-91.
19. Coleman, P., V. Rue, M. Spence (2007) Intrapersonal processes and post-abortion relationship challenges: A review and consolidation of relevant literature. *Internet Journal of Mental Health* 4(2).
20. Cogle, J., D. Reardon, P. Coleman (2003) Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monitor* 9(4): CR105-12.
21. Cogle, J., D. Reardon, P. Coleman, V. Rue (2005) Generalized anxiety associated with unintended pregnancy: A cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *J Anxiety Disord* 19: 137-42.
22. Cogle, J., D. Reardon, V. Rue, P. Coleman, P. Ney (2001) Psychiatric admissions following abortion and childbirth: A record-based study of 107,883 low-income women. (Abstract) *Archives of Women's Mental Health*. 3(4): 47.
23. Coyle, C., V. Rue (2010) Men's experience of elective abortion: A mixed methods study of loss. *Journal of Pastoral Counseling* 45: 4-31.
24. Coyle, C., V. Rue, P. Coleman (2010) Inadequate pre-abortion counseling and decision conflict as predictors of subsequent relationship difficulties and psychological stress in men and women. *Traumatology: An International Journal* 16(1): 16-30.

25. De los Santos, M., Martínez, N., Perdomo, A., Sánchez, J J., Jasmin, H., Matar, R (2014) Comparación de Sintomatología Depresiva entre Mujeres Post-Aborto y Mujeres de la Consulta de Ginecología. *Anales de Medicina PUCMM* 4 (1): 59 – 65.
26. Fergusson, D. (2006) Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(1): 16-24.
27. Fergusson, D. (2008) Abortion and mental health. *Psychiatr Bull* 32: 321-24.
28. Fergusson, D., L. Horwood, J. Boden (2008) Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *Br J Psychiatry* 193: 444-51.
29. Gilchrist, A., P. Hannaford, P. Frank, C Kay (1995) Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 167: 243-48.
30. Gissler, M., E. Hemminki, J. Lonnqvist (1996) Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *BMJ* 313:1431-34.
31. Lindahl, V., J. Pearson, L. Colpe (2005) Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health* 8: 77-87.
32. Mota, N., M. Burnett, J. Sareen (2010) Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Can J Psychiatry* 55: 239-47.
33. Pedersen, W. (2008) Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scand J Public Health* 36: 424-8.
34. Reardon, D. (2003) The duty to screen: Clinical, legal and ethical implications of predictive risk factors of post-abortion maladjustment. *J of Contemporary Health Law & Policy* 20(1): 33-114.
35. Reardon, D. J. Cogle, V. Rue, F. Scheuren, P. Coleman, P. Ney (2003) Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth: A record based study of California Medicaid patients. *Canadian Medical Association Journal* 168(10): 1253-56.
36. Reardon, D., J. Cogle (2002) Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth; a cohort study. *BMJ* 324: 151-2.
37. Reardon, D., P. Coleman, J. Cogle (2004) Substance use associated with prior history of abortion and unintended birth: a national cross sectional cohort study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 26: 369–83.
38. Reardon, D., P. Ney, F. Scheuren, J. Cogle, P. Coleman, T. Strahan (2002) Deaths associated with pregnancy outcome: a record-linkage study of low income women. *Southern Medical Journal* 95(8): 834-41.
39. Reardon, D., T. Strahan, J. Thorp, M. Schuping (2004) Deaths associated with abortion compared to childbirth: a review of new and old data and the medical and legal implications. *J Contemporary Health Law & Policy* 20(2): 279-327.

40. Rue, V. (1981) Abortion and Family Relations. Hearing before the Subcommittee on the Constitution of the Senate Judiciary Committee, United States Senate, Ninety-Seventh Congress, Washington, D.C.
41. Rue, V. (1983) Relational Aspects of Induced Abortion. Testimony presented before the House Subcommittee on Health and the Environment, U.S. House of Representatives, Special Hearing. Los Angeles.
42. Rue, V. (1984) Abortion: A crisis to be shared. In D. Andrusko (ed.) To Rescue the Future. Washington, D.C.: Life Cycle Publishing.
43. Rue, V. (1985) Abortion in relationship context. *International Review of Natural Family Planning*. 9(2): 95-121.
44. Rue, V. (1985) Death by design of the handicapped newborn: The family's role & response. *Issues in Law & Medicine* 1(3): 201-227.
45. Rue, V. (1985) Postabortion: Response and reconciliation. In B. Kennedy, P. Hanley, R. Glasow (eds.) *Abortion Information for Classroom Teachers*. Washington, D.C. NRL Education Trust.
46. Rue, V. (1986) *Forgotten Fathers: Men & Abortion*. (pamphlet). Toronto: Life Cycle Books.
47. Rue, V. (1994). The psychological realities of induced abortion. In Mannion, M. (Ed.). *Postabortion Aftermath: A Comprehensive Consideration*. Kansas City, MO: Sheed & Ward, 3-43.
48. Rue, V. (1994). *Postabortion Trauma: Controversy, Diagnosis & Defense*. Lewisville, TX: Life Dynamics.
49. Rue, V. (1995) Abortion malpractice: When patient needs and abortion practice collide. *AIRVSC Research Bulletin* 9(1): 2-5.
50. Rue, V. (1995). Postabortion syndrome: A variant of posttraumatic stress disorder. In Cosmi, E. & Doherty, P. (Eds.). *Postabortion Syndrome: Its Wide Ramifications*. Dublin: Four Courts Press, 2-21.
51. Rue, V. (2004) Mental health and abortion. *Psychiatria Polska* 38(3): 225 (abstract).
52. Rue, V. et al. (1987) The psychological aftermath of abortion: A white paper. Office of the Surgeon General: U.S. Department of Health & Human Services, Washington, D.C.
53. Rue, V., A. Speckhard (1991) Informed consent & abortion: Issues in medicine & counseling. *Medicine & Mind* 6(1): 75-95.
54. Rue, V., A. Speckhard (1991) Postabortion trauma: Incidence & diagnostic considerations *Medicine & Mind* 6(1): 57-75.
55. Rue, V., C. Tellefsen (1996). The effects of abortion on men. *Ethics & Medics* 21: 3-4.
56. Rue, V., D. Johnson (1987) The bulimic dental patient: recognition and recommendations. *Dental Hygiene* 59(8): 372-77, Reprinted in (1987) *British Dental Health* 26(2): 3-5.

57. Rue, V., L. Shutova (2001) Posttraumatic stress symptoms and elective abortion: A comparison of U.S. and Russian women. (Abstract) *Archives of Women's Mental Health*. 3(4): 62.
58. Rue, V., P. Coleman, J. Cougle, D. Reardon (2004) Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor* 10(10): SR5-16.
59. Schiff, M., D. Grossman (2006) Adverse perinatal outcomes and risk of postpartum suicide attempt in Washington State, 1987-2001. *Pediatrics* 118: e669-75.
60. Soderberg, H., C. Anderson, L. Janzon, N. Slosberg (1997) Continued pregnancy among abortion applicants. A study of women having a change of mind. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 76: 942-947.
61. Soderberg, H., L. Janzon, N. Slosberg (1998) Emotional distress following induced abortion: A study of its incidence and determinants among adoptees in Malmo, Sweden. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 79: 173-178.
62. Speckhard, A., V. Rue (1992) Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues* 48: 95-120. Reprinted in Slife, B. (Ed.) (1993 & 1998). *Clashing Views on Controversial Psychological Issues*. 8th & 9th ed., Guilford, CT: Dushkin McGraw Hill; *Critical Thinking in Sociology*, Internet Book Series, Guilford, CT: Dushkin (1996).
63. Speckhard, A., V. Rue, (1993) Complicated mourning: Dynamics of impacted postabortion grief. *Journal of Pre & Peri-Natal Psychology* 8(1): 5-32.
64. Taft, A., L. Watson (2008) Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health* 8: 75.
65. Thorp, J., K. Hartmann, A. Shadigian (2003) Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: Review of the evidence. *Obstetrical and Gynecological Survey* 58: 67-79.
66. Zolse, G., C. Blacker (1992) The psychological complications of therapeutic abortion. *Br J of Psychiatry* 160: 742-49.