

ABORTO HABITUAL FACTOR PSICOGENO

Benjamín Benavente Lozada

La importancia de las perturbaciones psicosomáticas en la etiología del aborto habitual ha sido destacada por varios autores (1,3,6).

Tupper y Well (2,5), en un minucioso estudio de la personalidad y cuidadoso control de la paciente abortadora habitual, llegan a la conclusión de que los factores psicológicos desempeñan un papel decisivo en el desencadenamiento del aborto. La asistencia psicológica en este tipo de pacientes durante toda la gestación dio por resultado un éxito de 84% frente a un 26% del grupo de control no tratado.

Otros factores que inciden en el aborto habitual, aunque difíciles de reconocer en ocasiones, tienen una base objetiva. En cambio, resulta más difícil analizar sobre conceptos rigurosamente científicos la influencia de la esfera emocional en la reproducción humana. Este es un tema sobre el que se ha especulado en todos los tiempos y en todas las latitudes y con diferentes conclusiones.

En principio, debemos aducir una experiencia clínica tanto en nuestro medio como en otros lugares, que prueban que sí hay correlación entre psiquismo y aborto habitual.

Es interesante recordar que, hace muchos años, Stieve (2) demostró objetivamente las relaciones entre las emociones y la estructura de los genitales masculinos y femeninos y el producto de la concepción.

Trabajos de Gorski y Sawywe (6) demuestran que la regulación endocrina de la función sexual está determinado por el eje hipófiso-hipotalámico que, por sus especiales conexiones con el sistema límbico, es perfectamente comprensible que dependa estrechamente del mundo emocional.

Para una mejor comprensión del problema lo dividiremos en varias partes:

ANTECEDENTES:

Indudablemente son de importancia y los referimos vinculados a los factores de comunidad, núcleo familiar, personalidad, herencia y factores externos.

En lo que compete a la comunidad, se ha obser-

vado la incidencia de aborto habitual en gestantes sometidas a terror: guerras, cataclismos que se suceden con cierta frecuencia en determinadas regiones, ajusticiamientos etc., igualmente, en personas con trastornos de la personalidad y que han recibido una inadecuada instrucción y educación desde su nacimiento, niñez y adolescencia, teniendo principalmente influencia en los ocho primeros años de vida, período en el que se dilucida la resolución o no del complejo de Edipo.

Vinculado con el núcleo familiar, se ha tomado nota que un porcentaje de estas pacientes contaban con padres dominantes y sobreprotectores, que en oportunidades presentaban caracteres incompatibles con la vida afectivo-sentimental, situación que lleva a frecuentes conflictos de hogar que van a influenciar negativamente en el desarrollo de la niña.

El aspecto personalidad es de trascendental importancia en la concepción- desarrollo y educación ulterior de la niña, por cuanto la sobreprotección, agresividad, represión y los impulsos tanáticos excesivos van a determinar alteraciones de personalidad en la niña. Ya tempranamente, van a evidenciarse rasgos neuróticos y/o psicóticos, considerándose como edades más vulnerables la adolescencia y la menopausia. La sobreprotección de los padres y/o agresividad en diversos grados va a determinar inmadurez emocional y alteraciones de la personalidad: neuropatías, psicopatías etc.

La herencia va a influir en la niña al recibir de sus progenitores determinados rasgos psicopatológicos de conformidad con lo que establecen las Leyes de Mendel. Es decir, la niña va a heredar un terreno predispuesto a una determinada afección, en relación con el mayor o menor grado de madurez y sensibilidad de su sistema nervioso.

En el grupo de factores externos, tomados en cuenta como antecedentes, se encuentra los siguientes: traumatismos múltiples, infecciones, operaciones, intoxicaciones, toxicomanías, dependencia a drogas, etc., cualesquiera de ellos puede desencadenar el cuadro en pacientes ya predispuestos por los acápites anteriores.

Los antecedentes nos llevan a concluir, al igual

que Salerno (1), que: “el hecho de que una mujer posea la capacidad biológica para engendrar un hijo no significa que siempre lo desee o esté dispuesta psicológicamente, ya sea para concebirlo o bien para que la gestación llegue a feliz término”.

HECHOS CLINICOS

Los siguientes hechos clínicos hablan del aborto habitual psíquico: a) frigidez y esterilidad; b) infertilidad en sujetos psíquicamente afectados; c) amenorrea y ovulación psicógenas; d) metropatías hemorrágicas; e) influencia de la hipnosis en fertilidad; f) aborto habitual después de psicotraumas quirúrgicos y/o de otra índole; g) influencia de la adopción en fertilidad.

De estos aspectos tocaremos tan sólo los que importan directamente al tema que nos ocupa.

Infertilidad en pacientes psicópatas: El mayor porcentaje de aborto habitual psicossomático está dado en mujeres con alteraciones psíquicas motivadas por causas emocionales, temor subconsciente ante la maternidad, estado de angustia sexual. Ermitni, Snait y otros (2,3,6) han indicado con frecuencia que en el subconsciente hay una reacción contra la madre, siendo importante el papel de la “reversión funcional” en la génesis del aborto habitual psíquico.

En lo que respecta al tipo de biopsicológico, se suele encontrar dos tipos bien caracterizados: a) mujeres inmaduras dominadas y b) mujeres dominantes de carácter agresivo. Strassman (6) encuentra un coeficiente de inteligencia superior al normal en mujeres con este problema que comentamos.

Efectos de la psicoterapia sobre la fertilidad: tanto la psicoterapia como el psicoanálisis, cuando están indicados, tienen valor siempre y cuando se considere tanto a la mujer como al esposo, ya que en la mayoría de los casos se trata de problemas conyugales. En esta forma ha sido resuelto el problema en el departamento de psiquiatría del Hospital Militar.

En este acápite es importante tener en cuenta las proyecciones futuras de la psicoterapia en la relación madre-niño-padre, las que preconizan un trabajo en equipo del obstetra, pediatra y psiquiatra en la preparación de futuros padres. Esta preparación se traducirá, entre otras cosas, en una vida armónica de los conyuges. En esta forma se ha podido observar que la gestación ha llegado a feliz término. El apoyo y la buena relación de los padres ha sido, motivo de leyes especiales en países tales como Suecia, en el que se observa, por ejemplo, que el futuro padre tiene derecho a doble vacación: la correspondiente al año de trabajo y otra por la reciente paternidad, con el fin de dar apoyo al niño y al núcleo familiar.

En la República Federal de Alemania, a partir de julio de 1979, pese a las críticas de los patronos, las gestantes tendrán derecho a quedarse en casa seis me-

ses antes y seis meses después del parto. Otros países europeos ya han introducido disposiciones análogas, anteriormente.

Influencia de la hipnosis: Existen comunicaciones al respecto, sobre todo de Mandy y Viturbina (3). En nuestro medio no se ha reportado esta terapia.

Efectos de la adopción: Esta experiencia es muy frecuente en todos los medios; los resultados positivos se deberían a un cambio en el comportamiento sexual y familiar de la pareja que adopta. En principio se trataría de conyuges en los que la obsesión reproductiva desencadena subconscientes mecanismos abortadores.

Infertilidad postoperatoria: En este caso se trata de pacientes que tienen como antecedentes el haber sido sometidas a diferentes operaciones y, sobre todo, a una cesárea. Al gestar nuevamente, y no encontrándose comprometido ningún otro factor de fertilidad, el temor a la maternidad y/o a la operación desencadenan mecanismos psicossomáticos que impiden que la gestación llegue a término; por lo tanto, se produce el aborto. Si la paciente no es tratada debidamente, el episodio se repetirá más de una vez y tendremos el cuadro clínico de aborto habitual psicossomático.

Patogenia del Aborto habitual Psíquico: La patogenia de esta entidad, no es un hecho circunstancial o aislado en la vida de la paciente.

El aborto habitual psicossomático lo consideramos como una manifestación más de una serie de perturbaciones psíquicas grandes o pequeñas, que se inician desde la infancia, siendo las etapas más vulnerables la adolescencia, la juventud y el climaterio.

Los mecanismos estarían dados por:

a) Neuropatías y psicopatías; b) Modificaciones de la personalidad; c) Disfunción endocrina hipofisaria; d) Deficiente implantación ovular; e) Espasmos musculares e hipermotilidad uterina (que conllevan a trastornos de irrigación y nutrición).

De acuerdo con Botella Llusá, el diagnóstico es retrospectivo, es decir se pensará en aborto habitual psicossomático, cuando en una pareja con antecedentes de aborto habitual sin causa aparente, se le descubre un conflicto psíquico de importancia y cuando la psicoterapia conduce a culminación de una gestación.

TRATAMIENTO

a) Adecuada educación sexual comunitaria; b) Apoyo del ginecoobstetra a la pareja conyugal; c) Tratamiento por el psiquiatra cuando el caso clínico lo requiera y por el psicólogo cuando aquel lo determina; d) Apoyo psicológico familiar y comunitario, durante la gestación.

BIBLIOGRAFIA

- BOTELLA, J., "Esterilidad e Infertilidad Humanas" Capitulo XXIX. Pág. 743 - 754. Madrid. 1976.
- ALEXANDER, Fundamental concepts of psychosomatic research: psychogenesis conversion, specific. Psychosom Med. 5: 205, 1943.
- CURZEN P., Southcombe C. J. Obstet. Gynecol. Brit. Cwith. 77: 97, 1970.
- FOIX' "Amenaza de aborto" Ginecología Panamericana, 2: 89, 1971.
- COSGROVE S. A. Y CARTE, A consideration of therapeutic abortion. Am. J. Obstet. Gynecol, 48: 457, 1945.
- WENGRAF, Abordaje Psicossomático en Ginecología y Obstetricia. Edit. La Fragua. Buenos Aires, Argentina 1976. Pp. 32 - 35.
- SCHAFFER C. AND PINE F., Pregnancy, Abortion and the Developmental Tasks of Adolescence. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. Vol. 11, No. 3 - 1972.