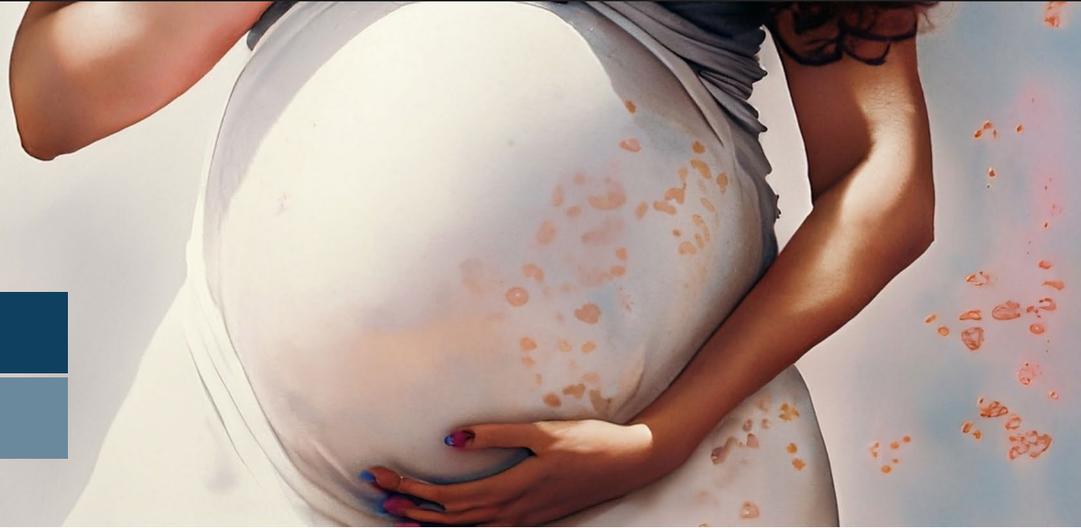




ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE



Recibido: 13/05/2023. Aceptado: 13/07/2023

IMPACTO PSICOLÓGICO INICIAL E INCIDENCIA DE TRASTORNO MENTAL EN TORNO A LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO (IVE): UN ESTUDIO PILOTO EN POBLACIÓN GENERAL

INITIAL PSYCHOLOGICAL IMPACT AND INCIDENCE OF MENTAL DISORDERS AROUND VOLUNTARY TERMINATIONS OF PREGNANCY (VTP): A PILOT STUDY IN THE GENERAL POPULATION

J. Grau¹⁻³, J. Cobo^{4,5}, F.X. Arrufat^{6,7}, P. Roura Poch⁸, J. Tarres Rovira¹

1. ASSIR Osona, Institut Català de la Salut. 2. Servicio de Ginecología, Consorci Hospitalari de Vic. 3. Grup de Recerca ASSIR (Grasir). 4. Salut Mental, Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí – Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT - CIBERSAM (08208, Sabadell, Spain). 5. Department de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona (08193, Bellaterra, Spain). 6. Servicio de Psiquiatria, Consorci Hospitalari de Vic. 7. SaMIS, Grupo de investigación en Salud Mental e Innovación Social, Universidad de Vic. 8. Servei d'Epidemiologia clínica. Consorci Hospitalari de Vic y Facultat de Medicina, Universitat de Vic.

Correspondencia: Dr. Jesus Cobo. Servicio de Salud Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí
C/ Parc Taulí, 1 08208 Sabadell (Barcelona, Spain)
jcobo@tauli.cat



RESUMEN

Introducción/Antecedentes: Existe todavía una insuficiente evidencia científica sobre los efectos psicológicos/psicopatológicos y emocionales de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), especialmente en nuestro entorno. Los estudios previos sobre el tema se caracterizan por 1) ofrecer resultados dispares, 2) estudiar depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático y abuso de sustancias, pero al mismo tiempo 3) existen cuestiones metodológicas que limitan la generalización de los resultados.

Objetivos: Describir una muestra de mujeres de población general que realizaron una IVE en un servicio público de Atención a la Sexual y Reproductiva (ASSIR) de Catalunya.

Métodos: Estudio piloto de pacientes provenientes de población general y atendidas en nuestras consultas de Ginecología del Servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de Osona a Vic (Barcelona). Las pacientes fueron evaluadas siguiendo escalas estandarizadas, incluyendo la MINI (Mini Psychiatric Interview) y la Escala de Depresión de Hamilton. El seguimiento fue durante cuatro meses. Se realizó una estadística descriptiva.

Resultados: Hasta 23 mujeres fueron incluidas en la muestra piloto. La edad media era joven (31.4 años). La mayoría (62.5%) estaban activas laboralmente y tenían estudios equivalentes al bachillerato o superiores (52.2%). El 26.1% habían tenido IVE previas. La IVE actual fue mayoritariamente farmacológica (73.9%). El principal motivo fue su voluntad (86.9%). Tres mujeres puntuaron más de 7 puntos en la Escala de Depresión de Hamilton. La entrevista diagnóstica MINI identificó diez mujeres con criterios para enfermedad mental en ese momento. De estas diez mujeres, seis no tenían antecedentes familiares ni personales de enfermedad mental, mientras que cuatro ya tenían antecedentes personales de alguna patología mental y ya habían consultado anteriormente en alguna ocasión al Servicio de Psiquiatría. Tras la IVE, durante los siguientes cuatro meses, solo una paciente consultó al Servicio de Psicología y fue dada de alta posteriormente. En el resto la sintomatología se autolimitó sin ninguna intervención específica.

Conclusiones: En torno a las IVE se produce un impacto psicológico que, en ocasiones, puede presentarse con síntomas de un trastorno mental similar a los que suceden en otros periodos. Sin embargo, en nuestra muestra, los síntomas se autolimitan en las semanas posteriores al IVE.

Palabras clave: Interrupción Voluntaria del Embarazo; Aborto; Evolución; Psicopatología; Salud Mental.

ABSTRACT

Introduction/Background: There is still insufficient scientific evidence on the psychological/psychopathological and emotional effects of voluntary terminations of pregnancy (V.T.P.), especially in our setting. Previous studies on the subject are characterized by 1) mixed results, 2) studying depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and substance abuse, but at the same time 3) there are methodological issues that limit the generalizability of the results.

Objectives: To describe a sample of women from the general population who underwent an abortion in a public center of the Sexual and Reproductive Assistance Network (ASSIR) of Catalonia.

Methodology: Pilot study of patients from the general population attended in our Sexual and Reproductive Health outpatient clinics at the ASSIR of Osona (Vic, Barcelona). Patients were assessed using standardized scales, including the MINI (Mini Psychiatric Interview) and the Hamilton Depression Scale. Follow-up was for four months. Descriptive statistics were performed.

Results: Up to 23 women were included in the pilot sample. The average age was young (31.4 years). The majority (62.5%) were active in the labour market and had a high school education or higher (52.2%). 26.1% had had a previous VTP. The current abortion was mostly pharmacological (73.9%). The main reason was willingness (86.9%). Three women scored more than 7 points on the Hamilton Depression Scale. The MINI diagnostic interview identified ten women with criteria for mental illness at that time. Of these ten women, six had no family or personal history of mental illness, while four had a personal history of mental illness and had previously consulted the psychiatric service. After the abortion, during the following four months, only one patient consulted the psychology service and was subsequently discharged. In the rest, the symptomatology self-limited without any specific intervention.

Conclusions: There is a psychological impact around the VTP, which can sometimes present with symptoms of a mental disorder similar to those that occur in other periods. However, in our sample, the symptoms are self-limiting in the weeks following the abortion.

Keywords: Voluntary Termination of Pregnancy; Abortion; Abortion; Outcomes; Psychopathology; Mental Health.



INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva de la mujer a lo largo de la vida abarca, entre otras, la salud sexual en la adolescencia, el momento de la pubertad, la sexualidad, la educación sexual, el ciclo menstrual, el embarazo no deseado y el aborto, la anticoncepción, la imagen corporal, el embarazo, el parto, el aborto espontáneo, las tecnologías de reproducción asistida, la menopausia y el envejecimiento reproductivo (Steinberg & Rubin, 2014).

Existe todavía una insuficiente evidencia científica sobre lo que acontece en la esfera psicológica entre las mujeres que voluntariamente interrumpen el embarazo y, especialmente, sobre el impacto del aborto en la aparición de síntomas o trastornos mentales y sobre el tipo de alteraciones que podrían aparecer *de novo* en todo el proceso (Coleman, 2011; Munk-Olsen et al., 2011; Reardon, 2018).

Los estudios previos sobre el tema se caracterizan por 1) ofrecer resultados dispares, 2) estudiar depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático y abuso de sustancias, pero al mismo tiempo 3) existen cuestiones metodológicas que limitan la generalización de los resultados como son la ausencia de grupo control, la no inclusión de mujeres que no abortan en un embarazo no deseado y los abandonos en el seguimiento de la muestra (Reardon, 2018), entre otros aspectos. Las limitaciones metodológicas incluyen muestras de estudio pequeñas y autoseleccionadas, bajas tasas de respuesta y altas tasas de abandono durante el período de seguimiento, falta de control de posibles factores desencadenantes y medidas inadecuadas de las variables de exposición y resultado (Munk-Olsen et al., 2011). Además, las circunstancias que hacen que un embarazo no sea deseado pueden ser estresantes en sí mismas y podrían estar asociadas con un riesgo elevado de problemas de salud mental, lo que resulta ya en un sesgo (Munk-Olsen et al., 2011). Si una mujer tiene un embarazo no deseado, el aborto inducido puede ser una alternativa a un embarazo, parto y postparto no deseados (Munk-Olsen et al., 2011), y, recordemos, el período perinatal en sí mismo se asocia a un riesgo no despreciable de depresión o incluso psicosis.

El estudio citado de Munk-Olsen y colaboradores publicado al *The New England Journal of Medicine* en el 2011 sobre el riesgo de presentar un trastorno mental después de una interrupción voluntaria del embarazo inducida en el primer trimestre, mostró que la tasa de incidencia de consulta psiquiátrica era similar antes y después del aborto (Munk-Olsen et al., 2011). Diferentes estudios y revisiones muestran igual-

mente estos resultados (Major et al., 2009), con seguimientos a largo plazo, como luego desarrollaremos un poco más en extenso (Fergusson et al., 2008).

Como destacan Julia R. Steinberg y Lisa R. Rubin (2014), cada vez se conocen más los factores biopsicosociales importantes que vinculan la salud reproductiva y la salud mental de las mujeres. Al examinar las posibles consecuencias para la salud mental de las mujeres, la mayoría de las investigaciones sólidas no concluyen que el aborto o el uso de anticonceptivos causen problemas de salud mental (Steinberg & Rubin, 2014). Por lo tanto, las evidencias no respaldarían políticas basadas en la noción de que el aborto perjudica necesariamente la salud mental de las mujeres.

En un estudio italiano (Di Febo et al., 2018) también se demostró que, después de un aborto inducido, las mujeres experimentaron una mejora significativa en el estado de ánimo en comparación con el período anterior al evento, y además se podían identificar determinados factores de riesgo para un resultado psicológico significativamente peor (Di Febo et al., 2018). Las mujeres que tenían apoyo de su pareja mejoraron más, y, en este sentido, las mujeres con dificultades de pareja como causa participativa de la decisión de abortar mejoraron menos. También se vio que las mujeres que decidieron abortar por malformaciones graves incompatibles con la vida o por trisomía 21 del feto tuvieron una recuperación mejor, con pequeñas diferencias según el grupo (Di Febo et al., 2018).

En Catalunya, durante el año 2021 se realizaron un total de 19.559 IVE (IDESCAT, 2023a) de las cuales 393 en nuestra propia comarca (Osona). El principal motivo de realización de las IVE en el global de Cataluña fue a petición de la mujer (91.32%) y se realizó a nivel extrahospitalario en el 89% de los casos (IDESCAT, 2023b). La mayoría de las mujeres era solteras (72.8%) y de edades jóvenes (IDESCAT, 2023b). Sin embargo, nos faltan todavía muchos datos sobre el impacto psicológico/psicopatológico de todo este proceso y concretamente de esta intervención en nuestro medio.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

En nuestro medio, no existen suficientes estudios que investiguen el impacto que estas pérdidas pueden tener en nuestra población atendida. Por eso mismo, nos planteamos primordialmente un estudio piloto longitudinal, con un equipo multidisciplinar de profesionales que atienden estos casos en nuestro medio.



Por lo tanto, nuestro objetivo principal fue estudiar el impacto en la salud mental de las mujeres que optan por una IVE en nuestro entorno. Como objetivos secundarios, analizaremos los factores clínicos y psicológicos que presentan las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo.

MÉTODOS

DISEÑO Y ÁMBITO

Estudio piloto prospectivo. Se reclutaron pacientes atendidas en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de Osona (Vic, Barcelona). Se trata de un Servicio que en el 2022 atiende a una población de 66.866 mujeres mayores de 18 años y también a las menores de edad que lo precisen, de la Comarca de Osona en la Cataluña Central (Barcelona).

PARTICIPANTES, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Se incluyeron mujeres mayores de 18 años que solicitaron realizar una interrupción voluntaria del embarazo por diferentes motivos. No hubo criterios de exclusión relacionados con la edad de gestación o las características previas de las pacientes.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki de Buenas Prácticas en la Investigación. El Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario de Vic aprobó el protocolo (Código PR 65). Se proporcionó información por escrito a las candidatas. Todas las participantes dieron su autorización por escrito para participar en el estudio. La confidencialidad fue asegurada y los datos definitivos disociados para poder realizar los análisis.

PROCEDIMIENTO

En la visita ginecológica de valoración de la IVE, las participantes que cumplían los criterios de inclusión fueron invitadas a participar en el estudio. Los investigadores informaron de las características del estudio y resolvieron las dudas de las participantes. Tras firmar el consentimiento informado, fueron evaluadas por el Equipo de Psicología del ASSIR de Osona. Se administraron el cuestionario MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) y el cuestionario HDRS (Escala de Depresión de Hamilton). Se recogieron también variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas (ginecológicas u obstétricas).

Al cabo de cuatro meses se realizó una evaluación de su evolución por el mismo Equipo.

Datos sociodemográficos y clínicos

Los datos sociodemográficos básicos fueron tomados mediante un cuestionario que incluyó información clínica sobre antecedentes psiquiátricos y ginecológicos.

INSTRUMENTOS

Tras recoger los datos sociodemográficos, las participantes fueron evaluadas según la entrevista diagnóstica MINI (Sheehan et al., 1998; Ferrando et al., 1998) y la HDRS (Ramos-Brieva & Cordero, 1986).

La MINI, Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini-International Neuropsychiatric Interview) (Ferrando et al., 1998) es una breve entrevista clínica estructurada desarrollada conjuntamente por psiquiatras y clínicos de Estados Unidos y Europa, que permite a los investigadores realizar diagnósticos de trastornos psiquiátricos según el DSM-IV o la CIE-10. La duración aproximada es de 15 minutos.

La HDRS (Hamilton Depresión Rating Scale) es una escala de valoración de la depresión, heteroaplicada, diseñada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. La versión original constaba de 21 ítems, pero posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada habitualmente. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva y Cordero (Ramos-Brieva & Cordero, 1986). Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorias. Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo, pero la más habitual considera el punto de corte de 7 para definir depresión.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo simple de la muestra. Los análisis fueron realizados utilizando el paquete estadístico SPSS v.21.0 para Windows.

RESULTADOS

Se incluyeron finalmente 23 mujeres cuya edad media fue de 31.4 años (IC 0.95: 28.3 - 34.5). De ellas 15 (62.5%) tenían



Tabla 1. Características de los Diagnósticos MINI (*Mini Psychiatric Interview*) de las participantes previas a realizar la IVE.

	MINI (n=23)
Sin patología mental	13 (56.5%)
Trastorno Depresivo Mayor	6 (26.1%)
Consumo de tóxicos	2 (8.7%)
Trastorno de Ansiedad Generalizada	1 (4.3%)
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	1 (4.3%)

trabajo, 7 estaban en el paro y 1 tiene sus estudios como única actividad. Hasta 12 de ellas (52.2%) declararon tener estudios equivalentes al bachillerato o superiores. Si bien 19 mujeres (82.6%) expresaron problemas económicos, sólo 3 mujeres (13%) manifestaron una percepción insuficiente de apoyo social. Hasta 6 mujeres manifestaron problemas de pareja (26%).

Hasta 9 mujeres (39.1%) tenían antecedentes familiares psiquiátricos de primer grado (8 con tratamientos actuales farmacológicos o psicológicos). En la muestra, 3 mujeres declararon consumir alcohol y dos declararon consumir diferentes tipos de drogas ilegales.

En cuanto a sus antecedentes ginecológicos y obstétricos, ninguna de estas mujeres tenía antecedentes de cirugía ginecológica ni antecedentes de esterilidad. Hasta 6 mujeres habían tenido interrupciones del embarazo previas (26.1%). Hasta 20 mujeres manifestaban como motivo su voluntad (86.9%). Hasta 17 de las 23 IVE fueron farmacológicas (73.9%).

La entrevista diagnóstica MINI identificó 10 mujeres que manifestaban síntomas que cumplían criterios diagnósticos para alguna enfermedad mental en el momento de la solicitud de IVE (Tabla 1).

De estas 10 mujeres, 6 no tenían antecedentes familiares ni personales de enfermedad mental, mientras que cuatro ya tenían antecedentes personales de patología mental y ya habían consultado anteriormente en alguna ocasión al Servicio de Psiquiatría. Es decir, en estas 6 mujeres se tratarían de trastornos "de novo" y en el resto se podrían considerar como exacerbación o persistencia según los casos. Hasta 3 mujeres puntuaron inicialmente más de 7 puntos en la escala de depresión de Hamilton HAD (criterios de depresión).

Tras la IVE, durante el seguimiento a los cuatro meses, solo una paciente consultó al Servicio de Psicología y fue dada de alta posteriormente. En el resto, la sintomatología se autolimitó hasta desaparecer sin ninguna intervención específica.

DISCUSIÓN

En resumen, en nuestra muestra piloto se observó un impacto inicial considerable de las vivencias en torno a la IVE en las mujeres. Por otra parte, tras la realización de la IVE, se observó una rápida desaparición de la psicopatología relacionada. Por lo tanto, nuestros resultados preliminares orientan hacia un efecto general positivo de la IVE sobre la salud mental y el bienestar psicológico de nuestras pacientes, aunque, como destacamos después, nuestro estudio piloto tiene determinadas limitaciones relevantes.

Las características sociodemográficas de nuestra muestra piloto estarían en la línea de la general en España para las IVE (García Senso et al., 2022). Los resultados de nuestro estudio piloto están en la línea de los diferentes estudios citados (Munk-Olsen et al., 2011; Major et al., 2009; Fergusson et al., 2008) y valorarían un posible resultado positivo de las IVE, o en todo caso no claramente negativo para la salud mental de las afectadas.

En el estudio de poblacional de cohortes de Munk-Olsen et al. (2011) se incluyeron datos vinculados desde el sistema de Registro Civil danés con el Registro Central Psiquiátrico Danés y el Registro Nacional Danés de Pacientes. El riesgo relativo de un contacto psiquiátrico no difirió significativamente después del aborto en comparación con antes del aborto ($p = 0.19$), mientras que sí aumentó después del parto en comparación con antes del parto ($p < 0.001$). Por lo tanto, lo que parece aumentar el riesgo es el parto en sí (y suponemos todo el periparto) y no tanto los abortos a nivel de contacto psiquiátrico posterior.

En el estudio de David M. Fergusson y colaboradores (2008) en Nueva Zelanda, se realizó un diseño conducente a examinar los vínculos entre los resultados del embarazo y la salud mental. Se recopilaron datos sobre el embarazo y la salud mental de 534 mujeres durante 30 años. Tras ajustar por factores de confusión, el aborto se asoció con un pequeño aumento del riesgo de trastornos mentales. Las estimaciones del riesgo atribuible indicaron que la exposición al aborto representaba entre el 1.5% y el 5.5% de la tasa global de trastornos mentales en esta muestra (Fergusson et al., 2008).



En otro estudio a cinco años (Broen et al., 2005), las mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo presentaban más angustia mental a los diez días y a los seis meses después que las mujeres que habían realizado un aborto voluntario. Sin embargo, las mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo mostraron una mejora significativamente más rápida en las puntuaciones de evitación, pena, pérdida, culpa e ira a lo largo del periodo de observación que el grupo de aborto inducido. Igualmente, en comparación con la población general, las mujeres que se habían sometido a un aborto inducido tenían puntuaciones significativamente más altas de ansiedad en las cuatro entrevistas, mientras que las mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo sólo tenían puntuaciones de ansiedad significativamente más altas en la primera visita. Según las Autoras, la diferencia en el curso de las respuestas puede deberse en parte a las diferentes características propias de los dos tipos de interrupciones del embarazo (aborto espontáneo vs aborto voluntario) (Broen et al., 2005).

En el estudio de Sarah Horvath y Courtney A. Schreiber (2017) del estudio Turnaway estadounidense, se reclutaron prospectivamente 956 mujeres que solicitaron un aborto en EE.UU. y siguieron sus resultados de su salud mental durante 5 años. El grupo de control estaba formado por mujeres a las que se denegó el aborto en función de los límites de edad gestacional, con lo que, según las Autoras, se eludió el principal defecto metodológico que había afectado a estudios anteriores sobre el tema. Las tasas de depresión no difirieron significativamente entre las mujeres que abortaron y las que no lo hicieron. Las tasas de ansiedad fueron inicialmente más altas en las mujeres a las que se les deniega el aborto (Horvath & Schreiber, 2017).

Igualmente, las mujeres que sufren un aborto voluntario por causas médicas pueden experimentar una pérdida significativa similar a otros tipos de pérdida del embarazo que también se asocia a un estigma real y percibido (Maguirea et al. 2015). En un estudio longitudinal a un año en Turquía, el diagnóstico de una anomalía fetal y, sobre todo, la propia interrupción del embarazo, se mostraron como traumáticos y perturbadores, con un duelo que se redujo progresivamente pero pudo persistir después de los primeros seis meses, con ansiedad y signos de hiperactivación tras la interrupción del embarazo (Güçlü et al., 2021). Las mujeres que eligen la interrupción del embarazo por anomalías fetales deberían beneficiarse de un asesoramiento personalizado que incluya

disipar ideas erróneas sobre la causa de la anomalía. Además, los esfuerzos para disminuir el estigma del aborto y aumentar el apoyo social pueden mejorar las experiencias de las mujeres y disminuir su respuesta de duelo (Maguirea et al. 2015). En cualquier caso, las pérdidas fetales (naturales o inducidas) pueden constituir un factor de riesgo importante para una futura necesidad de abordaje psiquiátrico, especialmente cuando se tienen en cuenta los antecedentes previos de problemas de salud mental que actuarían como predisponentes para una descompensación (Reardon & Craver, 2021). El duelo perinatal es una experiencia de duelo única; deben realizarse intervenciones específicas para detectar y tratar el duelo perinatal grave (Güçlü et al., 2021; Cuenca, 2023), incluyendo los padres (Cuenca, 2023; Delgado et al., 2023).

Sin embargo, David C. Reardon (2018) destaca cómo existe todavía un debate sobre el impacto de los abortos en la salud mental. Según al autor, la controversia sobre el aborto y su impacto en la salud mental obedece a dos perspectivas diferentes sobre la mejor manera de interpretar los mismos hechos aceptados. Al interpretar los datos, los partidarios de una relación entre el aborto y los problemas de salud mental se inclinan por hacer hincapié en los riesgos asociados al aborto, mientras que los minimalistas del aborto y su impacto en la salud mental hacen hincapié en los factores de riesgo preexistentes como explicación principal de los resultados más negativos. No obstante, destaca Reardon (2018), ambos "bandos" coincidirían en que (a) el aborto se asocia sistemáticamente con una mayor afectación mental o psicológica en comparación con las mujeres que no han abortado; (b) la experiencia del aborto contribuye directamente a los problemas de salud mental al menos en algunas mujeres; (c) existen factores de riesgo, como las enfermedades mentales preexistentes, que identificarían a las mujeres con mayor riesgo de padecer problemas de salud mental tras un aborto. Igualmente, según Reardon (2018), es imposible llevar a cabo investigaciones en este ámbito que permitan determinar de forma definitiva en qué medida las enfermedades mentales que se producen tras un aborto pueden atribuirse de forma fiable al aborto en sí y a la enfermedad. Por lo tanto, para Reardon (2018), ambas posiciones se encontrarían de momento "en tablas".

Por nuestra parte, consideramos que, aunque existen datos una mayor afectación del aborto en las mujeres con determinados factores de riesgo pre-existentes, como una enfermedad mental (Reardon, 2018; Reardon & Craver, 2021),

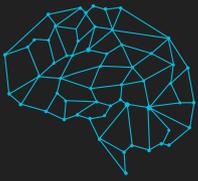


Tabla 2. Resumen de factores de riesgo de problemas de salud mental después de un aborto, modificados de los identificados por la American Psychological Association Task Force sobre Salud Mental y Aborto (APA, 2008; Reardon, 2018).

Factores de riesgo identificados por la APA Task Force sobre Salud Mental y Aborto (2008)	Porcentaje de mujeres en riesgo de padecer problemas de salud mental
Percepción de presión por parte de otros/as para interrumpir un embarazo	20 - 64%
Interrupción de un embarazo que fue deseado o con un sentido para la mujer, en su momento	11 - 63%
Consideración sobre el feto como "un ser humano" y del aborto como "quitarle la vida a alguien"	25%
Consideración del aborto como moralmente incorrecto	50,7%
Percepción de oposición al aborto por parte de la pareja, la familia y/o los/las amigos/as	10 - 20%
Falta de apoyo social percibido por parte de otras personas	44%
Escaso apoyo social percibido o previsto específicamente para la decisión de abortar	No especificado
Sensación de estigma; necesidad percibida de secreto	47%-56%
Exposición a piquetes antiaborto	87%
Antecedentes de problemas de salud mental	31 -51%
Factores de personalidad como baja autoestima y baja percepción de control sobre su vida	53%
Uso de estrategias de afrontamiento concretas como evitación y negación	17 - 75%
Sentimiento de compromiso con el embarazo	15 - 30%
Ambivalencia sobre la decisión de abortar	11 - 65%
Baja capacidad percibida para afrontar el aborto antes aún de que se produzca	36 - 40%
Antecedentes de aborto previo	48 - 52%
Aborto después del primer trimestre	9%

está la asociación no es sistemática sino que se ha de evaluar de una manera más precisa. Así, entre las mujeres con antecedentes de problemas de salud mental (como en cualquier mujer), se pueden dar también diferentes factores protectores que minimizasen un posible efecto negativo de las IVE sobre su salud mental. Se ha de considerar también en estas poblaciones (como en cualquier mujer), los posibles efectos positivos de las IVE.

Hemos resumido los principales factores de riesgo detectados en la American Psychological Association's Task Force on Mental Health and Abortion (APA, 2008) en la Tabla 2.

Para David C. Reardon (2018), los obstáculos en el camino de la investigación y de un mayor consenso en el área incluyen (a) las múltiples vías para relacionar el aborto y los riesgos para la salud mental, (b) la coexistencia de reacciones

positivas y negativas concurrentes, (c) los marcos temporales y los grados de reacción indeterminados de múltiples estudios, (d) los términos mal definidos en los estudios, (e) la existencia de múltiples factores de riesgo / causalidad, y (f) los prejuicios inherentes basados en la ideología y la exposición desproporcionada a diferentes tipos de mujeres según las muestras (Reardon, 2018).

En la revisión de 2008 de la American Psychological Association's Task Force on Mental Health and Abortion (APA, 2008) también se destaca cómo las mujeres en general no muestran una mayor incidencia de problemas de salud mental tras un aborto, pero se ha de tener en cuenta, como ocurre en nuestra muestra, esto no significa que ninguna mujer experimente tales problemas. Se destaca cómo el aborto es una experiencia a menudo marcada por la ambivalencia, y es de



esperar una mezcla de emociones positivas y negativas. Algunas mujeres experimentan resultados beneficiosos, mientras que otras experimentan tristeza, dolor y sentimientos de pérdida tras la interrupción electiva del embarazo. Algunas mujeres experimentan resultados clínicamente significativos, como depresión o ansiedad, pero la mayoría no. En la Task Force on Mental Health and Abortion de la American Psychological Association (APA, 2008), no se detectó ya ninguna evidencia suficiente sobre la relación de causalidad entre problemas de salud mental y los antecedentes de aborto en contraposición a otros factores. Por lo tanto, se considera más bien que tanto el aborto como el embarazo no deseado estarían relacionados con factores vitales de la mujer (por ejemplo, exposición a la violencia, abusos sexuales), a comportamientos problemáticos (por ejemplo, el consumo de drogas) y a características de la personalidad (por ejemplo, estilo de evitación de las emociones negativas) que pueden tener profundas repercusiones negativas y duraderos en la salud mental. Por lo tanto, según la Task Force (APA, 2008), las diferencias en la prevalencia de problemas de salud mental o conductas problemáticas observadas entre las mujeres que han abortado y las que no lo han hecho pueden deberse principalmente a estas diferencias preexistentes y continuas entre los grupos a comparar (APA, 2008).

Además, y concretamente en nuestro entorno mediterráneo, existen relativamente pocos estudios. En el estudio italiano ya citado de Di Febo y colaboradores (2018), se identificaron determinados predictores de riesgo de un resultado psicológico negativo entre las características de las mujeres que decidieron interrumpir su embarazo por razones electivas (por ejemplo, no sentirse preparadas para dar a luz) o terapéuticas (por ejemplo, anomalías fetales). Ambos grupos mostraron una mejoría en las escalas utilizadas respecto al período anterior al evento, especialmente en el grupo de abortos por razones electivas. Además, en este grupo de IVE por razones electivas, se pudo detectar que la presencia de apoyo de la pareja y la ausencia de problemas relacionales resultaron factores protectores, o dicho al revés, en este grupo de mujeres romanas, el escaso apoyo de la pareja y los problemas relacionales relacionados con el aborto surgieron como factores de riesgo para un resultado psicológico significativamente peor (Di Febo et al., 2018). Estos aspectos no se han podido analizar suficientemente en nuestro estudio piloto, por lo que en futuros estudios sí se deberían desarrollar estos aspectos. Sería interesante incluir grupos control,

por ejemplo, de mujeres que no abortan en un embarazo no deseado, analizar los abandonos en el seguimiento de la muestra (Reardon, 2018), o, entre otros aspectos, estudiar los diferentes motivos para realizar una IVE.

En el estudio prospectivo de Paula Barraza Illanes y Fernando Calvo-Francés (2018) en 338 mujeres adultas en Las Palmas se observó una gran proporción de mujeres que experimentó un crecimiento personal de moderado a muy alto en todos los momentos de medición (de 64.79% a 76.36%), con incrementos estadísticamente significativos. La percepción de apoyo social explicó la mayor parte de la varianza en la predicción transversal del crecimiento personal, tanto en el momento del aborto como en el seguimiento un mes después. Las variables que predijeron el crecimiento longitudinalmente fueron: una mayor percepción del aborto como un punto de inflexión en sus vidas, un menor nivel de formación académica, una mayor frecuencia de pensamientos sobre el aborto un mes después, la menor frecuencia de pensamientos sobre el aborto seis meses después y mayor percepción de apoyo social un mes después (Barraza Illanes & Calvo-Francés, 2018). Por lo tanto, como destacan las autoras, la percepción de crecimiento personal forma parte de la experiencia psicológica del aborto y sus hallazgos nos invitan a ampliar el enfoque tradicional sobre los efectos psicológicos del aborto inducido, para incluir también el análisis de los resultados positivos en nuestras futuras muestras.

Igualmente, estos aspectos culturales han de explorarse más en profundidad, ya que diferentes estudios previos nos orientan hacia una participación cultural y social en la vivencia del impacto de las IVE. De hecho, se ha demostrado que puede haber diferencias significativas en las experiencias de las mujeres en relación con las distintas culturas y nacionalidades (Reardon, 2018). En un estudio comparativo (Rue et al., 2004), en general, los resultados indican que las mujeres estadounidenses se vieron más negativamente influidas por sus experiencias de aborto que las rusas. Mientras que el 65% de las estadounidenses y el 13,1% de las rusas experimentaron diferentes síntomas en relación al aborto, sólo el 14,3% de las mujeres estadounidenses y el 0,9% de las rusas cumplían todos los criterios diagnósticos del TEPT. Las mujeres estadounidenses mostraron también una mayor alteración de los esquemas cognitivos. Por contra, en esta muestra, las mujeres estadounidenses tenían muchas más probabilidades de haber sufrido experiencias traumáticas en la infancia y en la edad adulta que las rusas (Rue et al., 2004),



lo cual nos indica que los predictores de resultados positivos y negativos asociados al aborto diferían en las dos culturas.

En un estudio transversal contemporáneo en China (Zhang et al., 2022) participaron un total de 253 mujeres. La prevalencia de estrés percibido alto y síntomas depresivos fue del 25.3% y 22.5%, respectivamente. Las mujeres tenían más probabilidades de sufrir estrés elevado si declaraban una baja resiliencia, no utilizaban anticonceptivos, tenían un bajo apoyo social, no eran residentes locales, estaban insatisfechas con su relación íntima o tenían actitudes provida hacia el aborto. Las probabilidades de sufrir depresión eran mayores entre las mujeres que también declaraban un alto nivel de estrés percibido, habían cursado estudios superiores y no eran residentes locales (Zhang et al., 2022).

Finalmente, considerar que los términos de embarazo no planeado, no intencional, imprevisto, o no deseado, se utilizan muchas veces de manera intercambiable en la literatura (Muskens, et. al. 2022), pero no son exactamente iguales, ni sus implicaciones las mismas para la madre y la familia.

Cualquier embarazo no planeado, en sí mismo, tiene un potencial conocido de contribuir al desarrollo de depresión perinatal. En un estudio longitudinal de cohortes con una muestra muy extensa de 1.928 mujeres en los Países Bajos, Lotte Muskens y colaboradores siguieron a las mujeres desde el primer trimestre hasta 12 meses después del parto (Muskens, et. al. 2022). Los síntomas depresivos se evaluaron durante cada trimestre del embarazo y cinco veces después del parto mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) hasta 12 meses después del parto. Las mujeres con un embarazo no planificado ($n=111$, el 5.8%) presentaron niveles persistentemente más altos de síntomas depresivos durante todo el periodo perinatal en comparación con las mujeres con un embarazo planificado, tras el ajuste por factores de confusión ($p<0.001$). Sin embargo, la evolución de las puntuaciones de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo en las mujeres con un embarazo no planificado fue similar a la de las mujeres con un embarazo planificado. Una menor edad, estar en desempleo y los antecedentes personales de depresión se asociaron significativamente con niveles más altos de síntomas depresivos perinatales. De hecho, había también una diferencia en la frecuencia de antecedentes de depresión entre las mujeres con un embarazo planificado (14.2%) y las mujeres con un embarazo no planificado (30.9%). Por lo tanto, las autoras concluyen que un embarazo no planificado puede tener un impacto negativo duradero en

la salud mental perinatal de la mujer y, por tanto, las mujeres con un embarazo no planificado pueden beneficiarse de un seguimiento sistemático con apoyo de salud mental durante el periodo perinatal (Muskens, et. al. 2022).

Como destacan también Julia R. Steinberg y Lisa R. Rubin (2014), el entorno de la atención al aborto puede ser un lugar donde integrar también los servicios de salud mental para la mujer (Steinberg & Rubin, 2014). Además, las mujeres que tienen partos resultantes de embarazos no deseados pueden tener un mayor riesgo de depresión posparto. Las políticas sociales (por ejemplo, permisos de maternidad remunerados, guarderías subvencionadas) deben además proteger a las mujeres de los problemas de salud mental perinatal y del estrés sobreañadido que supone el hecho de que los hijos no planificados interrumpen su acceso al empleo, la educación y las responsabilidades preexistentes del cuidado familiar (Steinberg & Rubin, 2014).

LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES

El estudio tiene diversas limitaciones, incluidas el tamaño muestral, las características del diseño piloto, las limitaciones de un análisis puramente descriptivo y la relativamente escasa duración del seguimiento. Como principales puntos fuertes, el tratarse de una muestra no seleccionada de población general y el hecho de incluir población no habitualmente estudiada en nuestro medio.

CONCLUSIONES

En torno a las IVE se produce un impacto psicológico que, en ocasiones, puede presentarse con síntomas de un trastorno mental similar a los que pueden suceder en otros períodos de la vida de la mujer. Sin embargo, en nuestra muestra y con las limitaciones metodológicas citadas, los síntomas se autolimitan en las semanas posteriores a la IVE. Por lo tanto, nuestra hipótesis es que estos síntomas se deberían más bien al efecto psicológico de un embarazo no deseado y el estrés que conlleva la práctica de las IVE en nuestra sociedad y no tanto a un efecto consistente sobre la salud mental.

Son necesarios estudios longitudinales, más complejos y de mayor duración, incluyendo grupos de riesgo y comparativos adecuados, incluyendo aspectos culturales y biológicos (estrés), para evidenciar efectos duraderos en nuestra población en concreto. Es por ello que, después de esta fase piloto, los investigadores continúan con el proyecto para alcanzar un tamaño muestral representativo.



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos encarecidamente la participación de todas las mujeres de la muestra su apoyo en esos difíciles momentos, así como a todo el staff del Equipo de Obstetricia y Ginecología del ASSIR de Osona.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno relacionado con el estudio presente.

FINANCIACIÓN

Ninguna relacionada con el estudio presente.

BIBLIografía

1. APA American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion, Brenda, M., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., West, C. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Author. Recuperado de: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
2. Barraza Illanes, P., & Calvo-Francés, F. (2018). Predictors of personal growth in induced abortion. *Psicothema* 30(4), 370-375. doi: 10.7334/psicothema2018.65.
3. Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ø. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 3:18. doi:10.1186/1741-7015-3-18
4. Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *British Journal of Psychiatry* 199(3), 180-186. doi: 10.1192/bjp.bp.110.077230.
5. Cuenca, D. (2023). Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Frontiers in Global Womens Health* 3, 1032212. doi: 10.3389/fgwh.2022.1032212. eCollection 2022.
6. Delgado, L., Cobo, J., Giménez, C., Fucho-Rius, G. F., Sammut, S., Martí, L., Lesmes, C., Puig, S., Obregón, N., Canet, Y., & Palao, D. J. (2023). Initial Impact of Perinatal Loss on Mothers and Their Partners. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20(2), 1304. doi: 10.3390/ijerph20021304.
7. Di Febo, R., D'Aloise, A., Anselmi, N., Leone, C., & Pezzuti, L. (2018). Psychological implications of abortion: a longitudinal study on two cohorts of women who recur to elective and therapeutic abortion. *Rivista di Psichiatria* 53, 324-330.
8. Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 193(6), 444-451. doi: 10.1192/bjp.bp.108.056499.
9. Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0, DSM-IV*. Disponible en: <https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=MINI.pdf>
10. García Senso, S., Rodríguez, M. C., & Rodríguez-Arenas, M. A. (2022). Factors related to the voluntary interruption of pregnancy in Spain. *Journal of Preventive Medicine & Hygiene* 63(1), E69-E75. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.1.2299.
11. Güçlü, O., Şenormanci, G., Tüten, A., Gök, K., & Şenormanci, Ö. (2021). Perinatal Grief and Related Factors After Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly: One-Year Follow-up Study. *Noro Psikiyatrisi / Arch Neuropsychiatry* 58:221-227. doi: 10.29399/npa.25110. eCollection 2021.
12. Horvath, S., & Schreiber, C. A. (2017). Unintended Pregnancy, Induced Abortion, and Mental Health. *Current Psychiatry Reports* 19(11), 77. doi: 10.1007/s11920-017-0832-4.
13. IDESCAT - Instituto de Estadística de Cataluña (2023a). *Interrupción voluntaria del embarazo. Comarcas y Aran*. Recuperada el 06/04/23 de: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15802&lang=es>
14. IDESCAT - Instituto de Estadística de Cataluña (2023b). *Interrupción voluntaria del embarazo. Por motivos, tipo de centro, estado civil y edad de la mujer*. Recuperada el 06/04/23 de: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15801&lang=es>
15. Maguirea, M., Lightb, A., Kuppermann, M., Daltond, V. K., Steinauer, J. E., & Kernsc, J. F. (2015). Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study. *Contraception* 91(3), 234-239. doi:10.1016/j.contraception.2014.11.015.
16. Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist* 64(9), 863-890. doi: 10.1037/a0017497.
17. Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Lidegaard, Ø., & Mortensen, P. B. (2011). Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *New England Journal of Medicine* 364(4), 332-339. doi: 10.1056/NEJMoa0905882.
18. Ramos-Brieva, J. A., & Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 14, 324-34.
19. Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine* 6, 2050312118807624. doi: 10.1177/2050312118807624. eCollection 2018.
20. Reardon, D. C., & Craver, C. (2021). Effects of Pregnancy Loss on Subsequent Postpartum Mental Health: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(4), 2179. doi: 10.3390/ijerph18042179.
21. Rue, V.M., Coleman, P. K., Rue, J. J., & Reardon D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor* 10, SR5-16.
22. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 59(Suppl 20), 22-33.
23. Steinberg, J. R., & Rubin, L. R. (2014). Psychological Aspects of Contraception, Unintended Pregnancy, and Abortion. *Policy Insights in Behavioural and Brain Sciences* 1, 239-247. doi: 10.1177/2372732214549328.
24. Zhang, Q., Wang, N., Hu, Y., & Creedy, D.K. (2022). Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study. *Reproductive Health* 19(1), 64. doi: 10.1186/s12978-022-01366-1