

Factores de riesgo psicológico en embarazos no planificados y abortos. Una mirada educativa

TASIO PÉREZ SALIDO

Se estima que, en todo el mundo, un 44% de los embarazos no fueron planeados. En las regiones desarrolladas la estimación es que el 59% de los embarazos no planeados termina en aborto y en Europa la estimación es que un 70% de los embarazos no planificados terminan en aborto (Bearak J, 2018). La tesis fundamental para proponer el aborto como una solución para el problema del embarazo imprevisto es que, seguir adelante con la gestación y tener al niño provocará malestar y problemas psicológicos a la mujer que no deseaba ese embarazo.

El objetivo de esta comunicación es verificar la veracidad de esa tesis en base a la evidencia científica. Y en base a esta realizar una propuesta psicoeducativa.

Existe muy poca evidencia científica que haya estudiado la relación entre un embarazo no planificado/planeado y su posible relación con problemas en el área psíquica de la mujer que lo tiene y decide continuar con el embarazo. En este trabajo se utiliza el término embarazo no planificado/imprevisto vs. embarazo planificado/previsto, y se entiende por embarazo no planificado/imprevisto aquel que no ha sido planificado y no se espera, independientemente de la respuesta afectiva al evento.

Aunque hay muy pocos estudios que evalúen el impacto de un embarazo no planificado llevado a término, sí que hay bastantes estudios que han analizado la relación entre embarazo imprevisto, aborto inducido y problemas en el área psíquica

En nuestro país, y teniendo en cuenta sólo los datos oficiales, durante el año 2017 se realizaron 94.123 interrupciones voluntarias del embarazo (Ministerio de Sanidad y Política social, 2017), y en los últimos 32 años, desde la primera ley que despenalizó el aborto hasta la actual ley (1985-2017), se han realizado 2.376.099 abortos. Teniendo en cuenta que algunas

mujeres abortan más de una vez (37,21% según los datos del Ministerio de Sanidad y Política social, 2017), podemos estimar que, desde que la ley despenalizó el aborto en nuestro país, el número de mujeres que se han sometido a un aborto inducido gira en torno al millón y medio. Si miramos los datos demográficos este dato supone el 11% de las mujeres de entre 18 y 60 años (13.600.154 según el Instituto Nacional de Estadística [INE], 2019)

Si hacemos caso a las estimaciones que dicen que en Europa el 70% de los embarazos no planificados terminan en abortos (Bearak J, 2018), podemos estimar que más de un millón de mujeres en España han seguido adelante con sus embarazos imprevistos, y no existe mucha evidencia de si ese evento les ha afectado en el área de la salud mental

Cada vez existe mayor controversia en la literatura científica sobre los potenciales efectos psicológicos perjudiciales para la mujer que se somete a un aborto provocado, y resulta curioso constatar que la mayor parte de Interrupciones Voluntarias de embarazos (IVE) que se han realizado en nuestro país se acojan al supuesto de riesgo para la salud (psíquica) de la madre. En el año 2009 (último año de la anterior ley de supuestos, Ley Orgánica 9/1985), este supuesto alcanzó al 96,74% de todos los abortos realizados (Ministerio de Sanidad y Política social, 2009), en el periodo del año 2010 en el que la anterior ley de supuestos estuvo vigente (Ley Orgánica 9/1985) el 96.77% de las mujeres se acogieron a este supuesto (Ministerio de Sanidad y Política social, 2010). En los datos correspondientes a 2017 (Ministerio de Sanidad y Política social, 2017) el número de abortos según el motivo de la interrupción es como sigue:

MOTIVO	%
1. Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada	6,38%
2. Riesgo de graves anomalías en el feto	3,56%
3. Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	0,3%
4. A petición de la mujer	89.75%

Tabla 1: Motivos para la interrupción voluntaria del embarazo en España 2017

Partiendo de la conceptualización antes descrita sobre a qué hace referencia un embarazo deseado o no, y viendo el porcentaje de motivos por los que consta se realiza una IVE, asumimos que los tres primeros motivos pudieran incluir aquellos casos en los que el embarazo pudo ser deseado pero por estos motivos se interrumpió, mientras que el restante 89,75% está reflejando los casos en los que el embarazo era no planificado/imprevisto

En ese sentido, resulta manifiesto que el argumento mayormente esgrimido para despenalizar el aborto y como ha sucedido, hacerlo libre, es que el embarazo imprevisto y/o el posterior nacimiento del niño/a, supondrán un riesgo para la salud psíquica de la madre. En las últimas dos décadas ha ido existiendo un interés cada vez mayor en investigar a cerca de las secuelas que el aborto inducido tiene sobre la salud mental. Los resultados de dichas investigaciones, a menudo, han resultado controvertidos y en algunas ocasiones inconsistentes como revelan revisiones sistemáticas como la de la American Psychological Association, (2008) y o la del Royal College of Psychiatrists (2008) En ellas aparecen un notable número de estudios que han encontrado efectos adversos asociados con el aborto y algunos otros que no lo han hecho. Y aunque reconociendo que en determinados casos un aborto puede suponer un factor de riesgo de cara a sufrir problemas en algunas mujeres, ambas revisiones concluyen que no hay evidencia creíble de que un único aborto de un embarazo no deseado cause de por sí problemas de salud mental a una mujer adulta... (American Psychological Association, 2008, p.92)

Sin embargo, existen otras revisiones sistemáticas de la literatura científica que coincidiendo en los resultados, difieren en las interpretaciones (Reardon DC., 2018 Fergusson D.M., 2013, Coleman, 2011). Estas revisiones concluyen con tres afirmaciones:

- No hay hallazgos de beneficios de salud mental asociados con el aborto.
- La asociación entre el aborto y las tasas más altas de ansiedad, depresión, consumo de sustancias, síntomas traumáticos, trastornos del sueño, y otros resultados negativos es estadísticamente significativa en la mayoría de los estudios.
- La minoría de los estudios que no muestran tasas significativas más altas de resultados negativos no contradicen a los que sí lo hacen.

La investigación sobre las secuelas psíquicas del aborto no ha sido todavía suficientemente concluyente en ninguna dirección, y lo único sobre lo que existe evidencia es que el aborto inducido es un factor de

riesgo (American Psychological Association, 2008; Major, 2009) de cara a desarrollar algún problema de salud mental, para:

- las mujeres con múltiples abortos (37.64% en el año 2015 en España) (Ministerio de Sanidad y Política social, 2015);
- las mujeres que no desean abortar y lo hacen por presión de terceros (En algún estudio se ha recogido que hasta el 64% de las mujeres sufren presiones para abortar (Rue, 2004));
- las menores que abortan (9.38% menores de 19 años en el año 2015 en España (Ministerio de Sanidad y Política social, 2015)); y
- las mujeres con problemas de salud mental previos, en las que el aborto precipita o agrava problemas preexistentes (según los estudios, entre un 22.93% y 56,5% (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006) de las mujeres experimenta en alguna ocasión en su vida un trastorno mental, y un 58.7% de personas lo hacen antes de los 29 años (National Comorbidity Survey (NCS) and National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), 2007)).

Si analizamos los datos del Ministerio de Sanidad veremos lo siguiente:

DATOS SOCIO-ECONÓMICOS	% SOBRE EL TOTAL
Embarazos en menores de 24 años	26.05%
Mujeres que no viven en pareja (sola, con padres/ familiares, con otras personas y no consta)	49.47%
Mujeres sin ingresos propios	40.02%
Nivel de estudios por debajo de 2º ciclo de 2º grado (analfabetas, sin estudios, primaria, ESO-FPI)	55.73%
Situación laboral (estudiantes, paradas o sin ingresos)	43.85%
Abortos anteriores	37.64%
Inmigrantes (no miembros de la UE)	27.29%
Abortos posteriores a la 14ª semana de gestación	6.18%

Tabla 2: Datos socioeconómicos de las mujeres que se sometieron a un aborto inducido en España en 2017

Los datos sociodemográficos mostrados y los estudios publicados dejan de manifiesto que el perfil de mujer que acude a abortar se encuentra en un porcentaje notable bajo la influencia de algunas de las variables que han demostrado ser predictoras de riesgo a la hora de desarrollar problemas en el área psicológica. La American Psychological Association (APA) en el informe APA Task Force on Mental Health and Abortion (2008), afirma que:

«Los estudios metodológicamente más fuertes en este campo concluyen que las preocupaciones interpersonales, incluyendo sentimientos de estigmatización, la percepción de necesidad de secreto, la exposición a los grupos pro-vida, una baja percepción de apoyo social frente a la decisión del aborto, afectan negativamente a las experiencias psicológicas de la mujer después del aborto. Otras características predictoras de experiencias psicológicas negativas en el primer trimestre después del aborto, incluyen: una historia previa de problemas de salud mental, factores de personalidad como baja autoestima y baja percepción de control sobre su la vida, y el uso de la evasión y la negación como estrategias de afrontamiento. Los sentimientos de compromiso con su embarazo, la ambivalencia acerca de la decisión del aborto, y la baja percepción de capacidad para hacer frente al aborto antes del mismo, también predicen respuestas psicológicas negativas después del aborto. Un elemento común en muchos estudios, presenta el estado de salud mental previa al aborto como el predictor más fuerte de la salud mental después del aborto» (p.92)

En esos datos socio-económicos no se valora el historial de abusos o malos tratos, ni el estado actual de sus relaciones de pareja, ni las creencias morales ni religiosas, ni la autoestima, ni si se han sentido presionadas para abortar, ni otros muchos factores de riesgo previos al embarazo imprevisto, (factores todos ellos que se ha demostrado que son predictores de riesgo) pero si miramos los datos, sabiendo que muchos de ellos son concomitantes, no sería descabellado pensar que no deben ser muchas las mujeres que interrumpen su embarazo de forma voluntaria sin algún factor de riesgo previo que aumenta la probabilidad de sufrir dificultades en el área psíquica.

Por otro lado, un dato que resulta especialmente revelador es que no existe ninguna investigación que haya encontrado que el aborto inducido se asocie a una mejor evolución de la salud mental. Aquellos estudios

y revisiones que niegan el vínculo entre aborto inducido y salud mental, mantienen que el aborto como tal, no es razón causal de los problemas psíquicos posteriores de las mujeres que se someten a él, y sostienen que en el caso de las mujeres que tienen problemas en el área psíquica, estos se justifican por otra serie de variables que son diferentes al aborto y que, en ese caso, daría igual abortar que tener el niño o darlo en adopción. Por lo tanto, se hace necesario investigar qué les sucede a las mujeres que con embarazos imprevistos no abortan.

La American Psychological Association propone generar investigaciones en este campo que sigan las siguientes premisas (2008 p 92-93):

¿Cómo debería ser la futura investigación en este área? En este tipo de investigación se deberían generar estudios prospectivos y longitudinales y emplear métodos rigurosos de muestreo [...] Debería prestarse especial atención a evaluar adecuadamente las condiciones preexistentes y los factores co-ocurrentes como el estado civil, la violencia doméstica, la edad, el nivel socioeconómico, paridad, la salud mental anterior y conductas problemáticas anteriores, así como otras situaciones que se sabe están asociadas tanto con los problemas de salud mental y como con los abortos. [...]

La evaluación repetida de las respuestas en el tiempo debe hacerse para evaluar los cambios relevantes, positivos y negativos, en la trayectoria de las respuestas después del embarazo/aborto. Las muestras han de ser suficientemente grandes para garantizar una relación estadísticamente significativa de cara a detectar los efectos que están presentes [...]

Las investigaciones que cumplieran con los estándares científicos anteriores ayudarían a desentrañar los factores de confusión y establecer los riesgos relativos de aborto en comparación con sus alternativas. [...] se hace necesario promover agendas para futuras investigaciones para comprender más y aliviar las condiciones que conducen a un embarazo no deseado y el aborto y entender las condiciones que dan forma a cómo las mujeres responden a estos acontecimientos de la vida, con el objetivo último de mejorar la vida de las mujeres y su bienestar.

Las revisiones más importantes en este área, han señalado algunas variables como factores concurrentes relevantes y que cualquier investigación debería controlar.

A modo de ejemplo en su estudio de revisión el APA, anima a que.

“...la investigación empírica pueda identificar aquellas mujeres que podrían ser más o menos propensas que otras a mostrar resultados psicológicos negativos o positivos después de un aborto.”

Y señala:

«Los estudios metodológicamente más fuertes en este campo concluyen que las preocupaciones interpersonales, incluyendo sentimientos de estigmatización, la percepción de necesidad de secreto, la exposición a los grupos pro-vida, una baja percepción de apoyo social frente a la decisión del aborto, afectan negativamente a las experiencias psicológicas de la mujer después del aborto. Otras características predictoras de experiencias psicológicas negativas en el primer trimestre después del aborto, incluyen: una historia previa de problemas de salud mental, factores de personalidad como baja autoestima y baja percepción de control sobre su vida, y el uso de la evasión y la negación como estrategias de afrontamiento. Los sentimientos de compromiso con su embarazo, la ambivalencia acerca de la decisión del aborto, y la baja percepción de capacidad para hacer frente al aborto antes del mismo, también predicen respuestas psicológicas negativas después del aborto. Un elemento común en muchos estudios, presenta el estado de salud mental previa al aborto como el predictor más fuerte de la salud mental después del aborto (Mayor et al., 2000)

Casi todos los estudios en esta área, al detectar que el aborto puede ser un factor de riesgo para ciertas mujeres recomiendan informar a las mujeres y prestar especial atención a aquellas que pueden estar en algunos de los grupos que se consideran de riesgo, por ejemplo, Reardon (2018) como conclusión de su revisión sistemática dice:

Existen en la literatura científica puntos en común sobre el hecho de que hay factores de riesgo que identifican a mujeres las mujeres con mayor riesgo, incluyendo, entre otros, el historial de enfermedad mental previa, y esta evidencia puede usarse para identificar aquellas mujeres que pueden beneficiarse de asesoramiento tanto antes del aborto como después del mismo.

Este tipo de conclusiones están presentes en la mayoría de los estudios en el área, donde todos concluyen que debería poder identificarse a las mujeres que son más vulnerables, para advertirlas y asesorarlas antes de plantearse el aborto y en el caso de que este acontezca, hacer un seguimiento adecuado para evitar posteriores problemas y dificultades en el área psíquica. Sin embargo, esta práctica no se realiza a pesar de la evidencia acumulada.

Por otra parte, parece que socialmente no se puede hablar de este potencial riesgo para algunas mujeres, a pesar de la evidencia, ya que hablar de este tema parece ser hablar de poner límites a las libertades de las mujeres. Se ha silenciado la realidad de que el aborto inducido supone

un factor de riesgo de cara a desarrollar problemas de salud mental. En la sociedad de lo políticamente correcto, revelar esta evidencia supone actuar en contra de la libertad de la mujer y de su derecho a decidir, cuando es lo contrario, dar información y conocimientos a la mujer para poder tomar decisiones de manera más libre y responsable.

De hecho, así se debe hacer y así lo recogen ciertas legislaciones y recomendaciones clínicas que atendiendo al cuerpo de la evidencia científica acumulado, han ido variando sus posiciones. Así, no deja de resultar significativo que el Royal College of Psychiatrists británico corrigiera en marzo de 2008 su consenso del año 1994, para recomendar a los profesionales de la salud, que las hojas informativas, que obligatoriamente han de proporcionarse a la mujer antes de someterse a un aborto inducido, incluyan detalles sobre los riesgos de depresión tras el aborto, para que el consentimiento se base en una información apropiada.

En la misma línea y a la luz de la cada vez mayor evidencia, ocho estados de EEUU requieren que se informe a las mujeres que se van a someter a un aborto inducido, de las consecuencias psicológicas negativas que se pueden derivar de tal hecho. Además, otros 5 estados han de informar a las mujeres de la posible relación entre aborto y cáncer de mama, y otros 13 estados han de informar a la madre sobre el dolor que se le va a infligir al niño durante el proceso de aborto (Gutmacher Institute 2018). Recientemente las legislaciones de varios estados de EEUU han sufrido cambios y se intenta limitar el acceso libre al aborto (Alabama, Luisiana y Utah).

La legislación española, en concreto la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, obliga al asesoramiento a la mujer embarazada en el artículo 17 de dicha ley. Allí se prevé que las mujeres que quieran interrumpir su embarazo deberán recibir información sobre los distintos métodos que existen para ello, las condiciones previstas en la ley, los centros sanitarios a los que pueden acudir, las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente. Deberán además, recibir un sobre cerrado que contenga información sobre las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto, los derechos laborales relacionados con el embarazo y la maternidad, los centros disponibles en que puede recibir información sobre la anticoncepción y sexo seguro, y datos sobre los centros que puede recibir asesoramiento antes y después del aborto. Como vemos no se hace referencia en ningún caso a las posibles secuelas psíquicas del aborto. A

pesar de que el propio Consejo de Estado (Dictamen del Consejo de Estado de 17 de septiembre de 2009 sobre el anteproyecto de la ley orgánica de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo) ha encontrado insuficiente el tipo de información. Afirma en su dictamen que, para que dicha información sea eficaz, “no puede ser estandarizada sino personalizada, no debe darse sólo por escrito, sino también verbalmente y, para servir de garantía al bien jurídico del feto [...] ha de orientarse a la protección de la maternidad y no al fomento de la interrupción voluntaria del embarazo, ofreciendo ayuda a la mujer gestante”. A pesar de ello, esta práctica no se realiza de manera adecuada y en ningún caso se hace referencia al asesoramiento sobre las potenciales secuelas psíquicas de un aborto inducido.