

Precedentes del aborto provocado en mujeres con síndrome posaborto

Precedents of induced abortion in women with post-abortion syndrome

Carmen Gómez Lavín

Médica psiquiatra, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, Pamplona, España

Victoria Uroz Martínez, Doctora en Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Ricardo Zapata García, Psiquiatra, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

Comentario de actualización

En este artículo publicado en 2012 (<https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/122432>), se describen las características, las motivaciones y las circunstancias que indujeron al aborto de una muestra de mujeres diagnosticadas con síndrome posaborto, estudiadas durante el período comprendido entre 2005 y 2008, y se proponen –de acuerdo con los hallazgos– las directrices para su prevención.

Durante los 10 años transcurridos desde entonces, en España han cambiado algunos parámetros relacionados con el aborto. En 2009 se liberalizó el uso de la píldora del día después (compuesto abortivo hormonal), subvencionada por la seguridad social, y en 2010 se aprobó la llamada ley de plazos que liberalizó aún más el aborto y lo elevó a rango de derecho de la mujer (subvencionado también por el estado). Con tales factores facilitadores era de esperar que se produjera un aumento del número de abortos en España. Sin embargo, otros cambios sociodemográficos que hubo últimamente en España –menores tasas de mujeres en edad fértil (especialmente debido a la disminución de las tasas de inmigrantes) y menor índice de embarazos y partos (Instituto Nacional de Estadística, 2016), posiblemente condicionado por el mayor número de métodos anticonceptivos y abortivos hormonales– han podido contribuir a que las estadísticas del último año (2017) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad arrojen cifras de aborto en España algo inferiores a las de años anteriores.

Lo que sí es manifiesto es que durante este tiempo no hemos encontrado ningún estudio que investigue los factores psicosociales en mujeres con síndrome posaborto, y que las investigaciones realizadas sobre la población que ha practicado abortos no han ido precisamente dirigidos a organizar estrategias de prevención.

Por todo ello, consideramos que hasta que un nuevo estudio no los modifique, nuestros hallazgos y directrices siguen siendo actuales y válidos para la comprensión del tema y la intervención preventiva del aborto provocado y sus secuelas psicopatológicas; por esto mismo, seguimos ofreciendo este estudio como una aportación válida para orientar investigaciones futuras.

Carmen Gómez Lavín.

Acceda a este artículo en siicsalud

www.siicsalud.com/dato/experto.php/122432

Aprobación: 2/11/2011

Primera edición: 14/2/2012

Recepción de la actualización: 21/5/2018

Enviar correspondencia a: Carmen Gómez Lavín, Calle Sanguesa 6-2 izda, 31003, Pamplona, Navarra, España
carmen.lavin@terra.es



+Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.



www.dx.doi.org/10.21840/siic/122432

Abstract

Introduction: *The aims of the present work were to study the circumstances and motives preceding induced abortion in a sample of women with post-abortion syndrome (PAS), and based on these circumstances and motives, to establish the clues for a prevention strategy. Methodology:* Factors preceding abortion were retrospectively studied through a semi-structured, self-administered questionnaire in a series of 52 PAS patients. **Results:** *Most patients were Spanish (72.5%), single (74%), childless (79%), with post-compulsory and/or higher education levels (82%). Mean age of their first sexual intercourse was 18.2 years. Forty-two per cent of the patients were using contraceptives when they became pregnant. Patients' mean age when abortion was performed was 25.3 years. Depression had been suffered by 44% of women and 67% had a serious life event in the year prior to the abortion. The most frequent motives for having the abortion were: pressure from the partner (44%), changes in personal projects (38%), and lack of economic resources (35%). Half of the sample (49%) reported lack of freedom to decide and 56% said they had no real wish to have the abortion. Conclusions:* Previous psychopathology, life problems, the reported motives for the abortion and pressure from the partner were seen to be factors influencing the decision to have the abortion, as well as being key targets of intervention on preventing abortion and its psychopathological sequels.

Key words: induced abortion, contraceptive methods, prevention, post-abortion syndrome, unwanted pregnancy

Resumen

Introducción: El objetivo del presente trabajo es estudiar las circunstancias y los motivos que preceden al aborto provocado de mujeres con síndrome posaborto (SPA) y establecer, en función de dichos factores, las claves de la estrategia de prevención. **Metodología:** Se estudian retrospectivamente, mediante un cuestionario semiestructurado autoaplicado, las circunstancias y los motivos precedentes al aborto en una serie de 52 pacientes diagnosticadas de SPA. **Resultados:** La mayoría de las pacientes (72.5%) eran españolas, solteras (74%), sin hijos (79%), con estudios de bachillerato o superiores (82%). Iniciaron las relaciones sexuales a una edad promedio de 18.2 años y, cuando se produjo el embarazo, el 42% utilizaba anticonceptivos. Se practicaron el aborto a una edad promedio de 25.3 años. El 44% había padecido depresión y el 67% había tenido algún problema serio en el año anterior al aborto. Entre los motivos para recurrir al aborto, destacan: presión de la pareja (44%), alteración de planes personales (38%) y falta de dinero (35%). La mitad de las pacientes (49%) refieren falta de libertad para decidir, y un 56%, que no tuvo voluntad real de abortar. **Conclusiones:** La psicopatología previa, los problemas de la vida, los motivos para recurrir al aborto y la actitud de presión de la pareja se confirman como posibles factores mediadores de la decisión de abortar y también, por lo tanto, como objetivos claves de la intervención preventiva del aborto provocado y sus secuelas psicopatológicas.

Palabras clave: aborto provocado, métodos anticonceptivos, prevención, síndrome posaborto, embarazo no deseado

Introducción

El aborto provocado es un acontecimiento traumático que puede tener consecuencias psiquiátricas de diversa consideración para quienes lo sufren.¹⁻⁴ En concreto, en mujeres que se han provocado un aborto se ha descrito un cuadro psicopatológico caracterizado por una serie de síntomas depresivos y ansiosos, sentimientos de culpa y autodevaluación, reacciones de hiperactividad autonómica, alteraciones conductuales y tendencia a la cronificación, conocido como síndrome posaborto (SPA).^{5,6} Una dilatada experiencia⁷ en la atención clínica y psicosocial de pacientes con problemas psicopatológicos relacionados con el aborto provocado nos ha llevado a interesarnos por las características de las mujeres con dichos problemas y a estudiar los motivos y circunstancias que las llevan a recurrir al aborto.

Como es sabido, hasta 2010, para realizar un aborto en España la mujer debía acogerse obligatoriamente a tres supuestos legales que tienen que ver con la salud materna, el riesgo fetal y la violación. Pero es una experiencia común que, muchas veces, los motivos reales que las mujeres refieren como más importantes en su decisión de abortar suelen ser otros: la exigencia de la pareja, el simple rechazo a continuar un embarazo no previsto, el no querer tener más hijos, la falta de recursos económicos, la presión de los padres, etcétera.⁸

Teniendo en cuenta todo esto, los objetivos del presente trabajo fueron identificar los factores psicosociales que precedieron al aborto provocado en una serie de casos de pacientes con SPA y organizar desde el conocimiento de dichos factores las estrategias de prevención.

Metodología

En este estudio, que forma parte de un trabajo de investigación más amplio, se seleccionaron todas las pacientes que cumplían criterios diagnósticos de SPA⁷ de entre las mujeres que acudieron en forma consecutiva a las consultas (privada y pública) de una psiquiatra en Pamplona (CGL), con amplia experiencia especializada en atención a pacientes con secuelas psicológicas del aborto (25 pacientes) o al Servicio de Atención a la Mujer de la Asociación Víctimas del Aborto (AVA) en su sede de Madrid (36 pacientes).

Todas ellas, tras firmar su consentimiento informado, cumplimentaron de forma autoaplicada un cuestionario *ad hoc* para el estudio del SPA (CESP). El proceso diagnóstico y de cumplimentación de los cuestionarios se desarrolló durante un período comprendido entre los años 2005 y 2008.

El CESP es un cuestionario semiestructurado que recoge aquellos aspectos de la historia clínica más significativos para evaluar⁹ las circunstancias, las motivaciones y los factores en general, relacionados con el aborto. El cuestionario está constituido por 66 ítems, agrupados en 8 apartados; el último, sin estructurar, dedicado a "observaciones". En este trabajo solo hemos tenido en cuenta los datos de aquellos apartados relacionados con las circunstancias y motivaciones que precedieron al aborto. El resto de los datos será objeto de otros artículos. Antes de proceder al procesamiento de los datos se decidió excluir del estudio aquellos cuestionarios que tuvieran más de un 40% de ítems sin responder.

Los datos fueron recogidos y analizados mediante el programa SPSS versión 17. Se realizó un análisis de frecuencias de las variables recogidas y se realizaron comparaciones entre grupos organizados según variables.

También se compararon las variables del estudio (las que eran compatibles) con las correspondientes de la población general que se provocó aborto en España en 2008,¹⁰ así como con las de las muestras de mujeres con aborto provocado del estudio Elliot.¹¹ En todas ellas se utilizó el estadístico de chi al cuadrado de Pearson para la comparación de porcentajes.

Resultados

Tras excluir nueve casos que tenían más de un 40% de ítems sin responder, el número definitivo de pacientes incluidas en el estudio fue de 52. Dado que los cuestionarios de estas 52 pacientes tenían cierto número de ítems sin cumplimentar, los porcentajes de las diferentes variables se presentan en función del número de pacientes que contestaron.

La media de edad (\pm desviación estándar [DE]) de las pacientes en el momento de la entrevista fue de 32.7 \pm 10.9 años (límites, 16-56 años). La mayoría eran españolas, solteras, sin hijos, con estudios de bachillerato o superiores, con ingresos inferiores a 1800 euros (80%) y ocupadas laboralmente como empleadas (48.3%) o estudiantes (16.1%) (Tabla 1).

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales (Tabla 2) fue de 18.2 (\pm 2.4) años (límites 14-25); un 36% de las pacientes tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años. Cuando se produjo el embarazo, 19 (42.2%) utilizaban métodos anticonceptivos; de estas, siete utilizaban preservativo y ocho tomaban píldoras.

La edad promedio del grupo en el momento del aborto (Tabla 2) fue de 25.3 (\pm 6.7) años (límites, 15-49). Algo más de la mitad de las pacientes (62%) realizaron el aborto entre los 20 y los 29 años, mientras que un 10% abortó antes de los 18 años. Un 21% había recurrido al

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Variable	n	%
Procedencia (n = 40)		
España	29	72.5
Otro país	11	27.5
Estado civil (n = 39)		
Soltera	29	74.3
Casada	4	10.3
Viuda	1	2.6
Separada/divorciada	5	12.8
Estudios y formación (n = 40)		
Secundaria	8	20.0
Bachillerato	10	25.0
Diplomatura o superior	6	15.0
Licenciatura o doctorado	16	40.0
Salario actual (n = 40)		
Menos de 600 €	11	27.5
600 a menos de 1200 €	14	35.0
1200 a menos de 1800 €	7	17.5
2400 a 3000 €	1	2.5
No sabe / no procede	7	17.5
Ocupación laboral (n = 31)		
Ama de casa	2	6.4
Estudiante	5	16.1
Profesión liberal	3	9.6
Profesora	3	9.6
Administrativa	1	3.2
Empleada	15	48.3
Otros	2	6.4
Número de hijos (n = 48)		
Ninguno	38	79.1
1	4	8.3
2	2	4.1
3	1	2.0
4 o más	3	6.2

Tabla 2. Variables relacionadas con los antecedentes sexuales.

Variable	n	%
Edad de inicio de las relaciones sexuales, años (n = 39) (media \pm DT = 18.2 \pm 2.4; límites, 14-25)		
Antes de los 18	14	35.7
De 18 a 21	21	43.6
De 22 a 25	4	10.1
Uso de métodos anticonceptivos cuando se produjo el embarazo (n = 45)	19	42.2
Método anticonceptivo empleado (n = 16)		
Preservativo	7	43.7
Pastillas	8	50.0
<i>Coitus interruptus</i>	1	6.25
Edad de realización del aborto, años (n = 50)		
15	2	4.0
17	3	6.0
18	2	4.0
20 a 24	20	40.0
25 a 29	11	22.0
30 a 34	7	14.0
35 a 39	4	8.0
40 o más	1	2.0
Número de abortos provocados (incluido el actual; n = 52)		
1	41	78.8
2	3	5.7
3	7	13.4
6	1	1.9

aborto provocado en más de una ocasión; una de ellas hasta en seis ocasiones.

Entre los antecedentes personales (Tabla 3) se observa que el 29% eran fumadoras, el 39% eran consumidoras de alcohol y el 28%, consumidoras de drogas ilegales. Destacan los porcentajes de pacientes que han tenido depresión (44%), trastornos del sueño (28%), trastornos de ansiedad (17%) o trastornos de la conducta alimentaria (17%). Un 14% de los casos había padecido algún otro tipo de trastorno mental y un 8% un trastorno físico.

Igualmente, un 67% había presentado algún problema serio en el año anterior al aborto. Entre ellos, destacan el económico (35%) y el familiar (29%), seguidos por el laboral y el de conflicto/ruptura de pareja, ambos con la misma proporción (23.5%).

Entre los antecedentes de enfermedad entre familiares de primer grado destaca la enfermedad física, con un 46% de casos (cáncer en su mayoría) y algún trastorno mental sin especificar (42%). Un 33% de los casos tenían madres que habían padecido maltrato conyugal y un 25% refería antecedentes de depresión materna.

Los sentimientos que las pacientes tuvieron al enterarse de que estaban embarazadas (Tabla 4) fueron preocupación (69%), angustia (65%), alegría (31%) e indiferencia (15%).

Entre los principales motivos que las pacientes adujeron para recurrir al aborto (Tabla 4) se destacan, por orden de frecuencia: la presión de la pareja (44%), la alteración de planes personales (38%), la falta de dinero (35%), el no querer tener más hijos (25%) y el desconocimiento de otras opciones (19%).

En cuanto a la actitud de las personas significativas respecto al plan de abortar de las pacientes (Tabla 5), estuvieron de acuerdo, por orden de frecuencia: la pareja (86% de los casos), los amigos (77%), los padres (57%) y la empresa o el jefe (20%). Respecto de la voluntariedad del aborto (Tabla 5), el 49% de las pacientes refiere que no tuvo libertad para decidir, y un 56% considera que no tuvo voluntad real de abortar.

Tabla 3. Antecedentes personales y familiares.

Variable	n	%
Consumo previo de sustancias		
Tabaco	14/48	29.1
Alcohol	17/44	38.6
Drogas ilegales	13/46	28.2
Trastornos psiquiátricos previos (n = 36)		
Depresión	16	44.4
Trastornos de ansiedad	6	16.6
Trastornos del sueño	10	27.7
Trastornos de la conducta alimentaria	6	16.6
Otros	5	13.8
Trastornos físicos previos (n = 36)		
Tuberculosis	1	2.7
Mononucleosis	1	2.7
Sífilis	1	2.7
Ninguno	33	91.6
Antecedentes personales de maltrato (n = 36)		
Problema serio en el año anterior al aborto (n = 43)	29	67.4
Tipo de problemas año anterior aborto (n = 17)		
Económico	6	35.2
Laboral	4	23.5
Familiar	5	29.4
Salud marido	2	11.7
Salud propia	1	5.8
Conflicto/Ruptura de pareja	4	23.5
Maltrato	1	5.8
Antecedentes familiares (n = 24)		
Enfermedades mentales (familiares de primer grado)		
Maltrato conyugal a su madre	8	33.3
Depresión materna	6	25.0
Otro trastorno mental	10	41.6
Enfermedades físicas (familiares de primer grado)		
Cáncer	9	81.0
Diabetes	1	9.0
Fibromialgia	1	9.0

Tabla 4. Sentimientos ante el embarazo y principales motivos para abortar.

	n	%
Sentimientos ante el embarazo (n = 52)		
Alegría		
Un poco	9	17.3
Mucha	7	13.4
Muchísima	0	0.0
Indiferencia		
Un poco	5	9.6
Mucha	3	5.7
Muchísima	0	0.0
Preocupación		
Un poco	9	17.3
Mucha	27	51.9
Muchísima	0	0.0
Angustia		
Un poco	5	9.6
Mucha	29	55.7
Muchísima	0	0.0
Principales motivos para abortar (no mutuamente excluyentes) (n = 52)		
Salud física	4	7.6
Salud mental	6	11.5
Consejo ajeno	6	11.5
Rechazo a la maternidad	7	13.4
No querer más hijos	13	25.0
Presión de la pareja	23	44.2
Presión de los padres	7	13.4
Presión de otros familiares	5	9.6
Presión de las amigas	4	7.6
Presión en el trabajo	2	3.8
Desconocimiento de otras opciones	10	19.2
Alteración de planes	20	38.4
Falta de dinero	18	34.6
Malformación en el feto	4	7.6
Violación	2	3.8
Otros	6	11.5

Tabla 5. Acuerdo de las personas significativas sobre el aborto y opinión de la paciente sobre su libertad y voluntad real de abortar.

Variable	n	%	%
Acuerdo de las personas significativas sobre el aborto (Respecto a los que lo sabían)			
Padres (n = 47) (n = 21)			
Sí	12	25.5	57.1
No	9	19.14	42.8
No lo sabían	23	48.9	
Habían fallecido	3	6.3	
Pareja (n = 50) (n = 44)			
Sí	38	76.0	86.3
No	6	12.0	13.6
No lo sabía	2	4.0	
No tenía en ese momento	4	8.0	
Amigos/as (n = 44) (n = 26)			
Sí	20	45.4	76.9
No	6	13.6	23.0
No lo sabían	18	40.9	
No procede	0	0.0	
Empresa/jefe (n = 32)			
Sí	1	3.1	
No	4	12.5	
No lo sabía	21	65.6	
No procede	6	18.7	
Libertad para decidir (n = 49) (n = 5)			
Sí	24	48.9	20.0
No	24	48.9	80.0
No lo sé	1	2.0	
Voluntad real de abortar (n = 48)			
Sí	17	35.4	
No	27	56.2	
No lo sé	4	8.3	

Discusión

En primer lugar, se confirman^{12,13} las dificultades que conlleva la obtención de información en este tipo de problemas. A la pérdida de datos esperable en un cuestionario autoaplicado se suma la debida a las posibles defensas de las pacientes ante la evaluación de temas personales, y también las imputables al simple olvido, ya que por respeto a la intimidad no se revisaron con las pacientes las preguntas no contestadas.

Ante esto pensamos que la cumplimentación del cuestionario podría mejorarse si el proceso de obtención de información se realizara mediante un seguimiento asistencial posaborto continuado, ya que dicho seguimiento permitiría una atención clínica más respetuosa con los "tiempos" emocionales y la capacidad de autorrevelación de las pacientes, actuaciones estas imprescindibles, por otra parte, para garantizar la fiabilidad de las entrevistas.⁹

A pesar de todo ello, pensamos que las limitaciones que graban este tipo de estudios y que restringen la generalización de los resultados no son obstáculo para obtener datos fiables que nos permitan tener un mayor conocimiento de las características de pacientes con SPA y realizar una aportación orientadora de investigaciones futuras sobre la prevención del aborto provocado.

Perfil sociodemográfico

Según el perfil sociodemográfico de las pacientes con SPA que acudieron a pedir ayuda a los dos servicios asistenciales, las medidas preventivas deberían ir dirigidas a jóvenes españolas, solteras y con buen nivel de estudios. También en la población de mujeres españolas¹⁰ que se provocaron el aborto en 2008 son más altos los porcentajes de solteras (68%) y con buen nivel de instrucción

(74%), y no presentan diferencias significativas con los de nuestra serie de casos. Esto presta cierta representatividad a las mujeres del presente estudio respecto del aborto provocado, no así respecto de la predisposición a padecer SPA.

Variables relativas a la historia sexual

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales (18.2 años) es, probablemente, la edad habitual en que un sector más o menos extenso de la población juvenil de nuestro país las inicia. Con todo, la relación sexual a una edad todavía adolescente puede ser un factor más de riesgo de embarazo imprevisto y de aborto provocado, que ha de ser tenido en cuenta a la hora de la prevención.

Sorprende que más de la mitad de las pacientes (58%) no utilizara ningún método anticonceptivo cuando se produjo el embarazo y que al 42% que los utilizaban les fracasaron los dos métodos (preservativo o píldoras) utilizados prácticamente por todas ellas. Parece, por lo tanto, que las campañas de información sexual sobre los métodos anticonceptivos no tuvieron en cuenta el "riesgo" de embarazo con dichos métodos o no consiguieron que sus indicaciones fueran efectivas en más de la mitad de nuestra población.

Más de la mitad de las pacientes (62%) realizaron el aborto entre los 20 y los 29 años. Dicho grupo de edad es también el de mayor proporción (49%) en la población de mujeres que se provocó el aborto en España durante 2008.¹⁰ Tal vez sea esta la década de mayor riesgo de embarazo inesperado y aborto provocado, ya que, por una parte, son años de independencia familiar y de socialización intersexual (que en la coyuntura sociocultural actual no excluye el intercambio sexual "sin compromiso" en ciertos sectores de la población); y por otra, se considera una época de promoción y afianzamiento en el mercado de trabajo (mercado con poca flexibilidad para soportar "problemas" extralaborales como el embarazo) y una edad, sobre todo la de los primeros años de la década, que puede considerarse todavía temprana para asumir compromisos definitivos como la maternidad.¹⁴

Por otra parte, merecen especial atención las cinco adolescentes (10%) que abortaron antes de los 18 años. Aunque la decisión de abortar fuera compartida con los padres (como era lo obligado), hay que sospechar que la fragilidad psicológica en estas edades púbero-adolescentes, caja de resonancia del impacto emocional del trauma abortivo, puede suponer un factor de riesgo añadido de padecer SPA.¹⁵

Finalmente, es lamentable que casi una cuarta parte (21%) de las mujeres haya recurrido al aborto provocado en más de una ocasión (en la población de mujeres españolas que se practicaron el aborto en 2008, la proporción [34%] es semejante).¹⁰ Esto parece corroborar algo que ya se presumía: que con las actuales normativas jurídico-sanitarias, en algunos casos el aborto tiende a convertirse en un método anticonceptivo más, sin que la experiencia traumática sirva para que algunas mujeres modifiquen sus comportamientos de riesgo.

De acuerdo con estos datos sociodemográficos y sexuales, las campañas de prevención del aborto provocado deberían ir dirigidas especialmente a las jóvenes españolas, solteras, de entre 20 y 29 años, y también adolescentes (entre 15 y 19) y a sus familias; utilizar contenidos formativos de nivel medio alto, y hacer especial énfasis, por un lado, en los riesgos de embarazo inesperado que conlleva el inicio de las relaciones sexuales en edades

adolescentes, se usen o no métodos anticonceptivos y, por otro, en la potenciación del riesgo psicopatológico¹⁶ que supone el utilizar el aborto como "anticonceptivo".

Antecedentes

El alto porcentaje de pacientes (44%) que ha tenido depresión, trastorno de ansiedad (17%) y trastornos de conducta alimentaria (17%), en comparación con los de la población general (entre el 6% y el 8% para la depresión,¹⁷ 3.6% para los trastornos de ansiedad¹⁸ y entre el 3.7% y el 4.2% para los alimentarios)¹⁹ hace pensar que el ánimo deprimido, la ansiedad y las alteraciones alimentarias pueden haber tenido alguna relación con el embarazo inesperado y la "solución" abortiva, y probablemente también, como factores sensibilizantes, con la aparición de secuelas psicopatológicas tras el aborto provocado.²⁰

Igualmente, entre los antecedentes familiares llaman la atención los relativamente altos porcentajes de maltrato conyugal a sus madres (33%) y de trastorno mental de primer grado (42%) entre sus familiares directos.

Todos estos datos corroboran la necesidad de realizar una exploración psicopatológica de la mujer que solicita abortar, con el objetivo de evitar que tome una decisión en estado de ofuscación o sin la adecuada información sobre el probable mayor riesgo psicopatológico post-aborto al que está expuesta por sus antecedentes.

Finalmente, merece especial consideración el alto porcentaje de pacientes (67%) que ha sufrido algún problema serio (económico [35%], familiar [29%], laboral o de conflicto/ruptura de pareja [23.5%]) en el año anterior al aborto, en el sentido de que dicha sobrecarga haya podido influir en la resolución de abortar. Por ello, una de las medidas que se debe adoptar ante la mujer que solicita un aborto es la de evaluar los problemas que la sobrecargan y la intervención sobre ellos mediante el ofrecimiento de la oportuna ayuda económica, la mediación restauradora del apoyo familiar o de la pareja, y de la actuación, o al menos del consejo, sobre la problemática laboral.

Sentimientos y actitudes ante el embarazo

Los sentimientos de intensa preocupación y angustia que las pacientes tuvieron al enterarse de que estaban embarazadas parecen comprensibles, ya que, al menos en parte, como hemos visto por los antecedentes, el embarazo venía a complicar situaciones ya de por sí sobrecargadas. Por eso llama la atención que, a pesar de dichas situaciones, un 31% de las pacientes sintiera a la vez alegría, incluso 7 de ellas (13%) mucha alegría. Habría que pensar si, además de ventilar los sentimientos de preocupación y angustia de la paciente, no sería también importante para la prevención del trauma abortivo, que tanto el grupo de apoyo (pareja, familia, amigos, etc.) como el personal asistencial ayudaran a solventar la –al menos en algunos casos– evidente ambivalencia emocional de la embarazada, identificando y fomentando en ella este sentimiento de alegría vivencialmente contrario a la decisión de abortar (¿síntoma de la vivencia de "ganancia" que, como mínimo, implica siempre una nueva vida?).

Principales motivos para abortar

Identificar y tratar los motivos que las pacientes adujeron para recurrir al aborto nos parece esencial para la prevención. Así, de acuerdo con nuestros resultados (Tabla 4), la prevención debe orientarse, en primer lugar, hacia la psicoeducación específica del hombre, en cuanto pareja

que presiona para que la mujer aborte; en segundo lugar se deben fomentar actitudes de altruismo que hagan compatible el embarazo con los planes personales; ofrecer a la mujer la ayuda económica que precise durante el embarazo e insistir ante las instituciones y servicios de atención a la mujer para que se esmeren en su obligación de proporcionar información sobre alternativas al aborto.

Respecto de estos últimos datos, Rue⁸ señala que en una encuesta realizada en mujeres norteamericanas que habían abortado, el 79% (del 84% que no había recibido un asesoramiento adecuado) señaló que no se le había informado sobre la existencia de otras alternativas al aborto. Aunque en nuestro caso es bastante menor el porcentaje de pacientes (19%) que aduce como motivo para abortar el "desconocimiento de otras opciones", consideramos que no por ello deja de ser un toque de atención para nuestro sistema de salud, pues indica que no termina de ser efectivo en algo tan básico como la información y en algo tan vital como el embarazo inesperado.

No podemos terminar este apartado sin recalcar también la importancia que la presión del grupo social tiene sobre la decisión de abortar de la paciente. Nuestros porcentajes (79%) sobre dicha presión, son parecidos a los referidos por Rue y colaboradores⁸ cuando encuentran que alrededor del 64% de las mujeres que tienen problemas significativos en el postaborto declaran que se sintieron presionadas por los demás para elegir el aborto.

Acuerdo y voluntariedad del aborto

Las proporciones de las diferentes personas significativas que estuvieron de acuerdo con el aborto siguen un orden lógico según su grado de proximidad-intimidad con la paciente, de forma que algo más de tres cuartas partes de las parejas (86%), más de la mitad de los amigos (76%) y poco más de la mitad de los padres (27%) estuvieron de acuerdo con el aborto de la paciente. Esto implica que la intervención preventiva debe ocuparse también, de la identificación y pertinente asesoramiento de las personas más significativas para la paciente.

Finalmente, el hecho de que alrededor de la mitad (49%) de estas mujeres abortaran sin decidirlo libremente y sin quererlo realmente (56%), resalta la necesidad de un asesoramiento previo y supone una llamada a la responsabilidad de los profesionales en su obligada y demandada²¹ tarea de información, a la mujer en riesgo de aborto provocado.

Conclusiones

Los datos del presente trabajo permiten afirmar que en pacientes con SPA se dan una serie de factores preabortivos llamativos, cuya identificación y tratamiento podría contribuir a la reducción del SPA o incluso en algunas mujeres, a la del aborto provocado.

El perfil sociodemográfico y sexual de las mujeres del estudio es el que caracterizaría hipotéticamente a la población diana para la intervención preventiva del aborto provocado y de sus consecuencias psicopatológicas: mujer española, de entre 20 y 29 años, soltera, sin hijos, con buen nivel de estudios y bajo poder adquisitivo y que ha tenido una o más parejas. Inició las relaciones sexuales a los 18 años o incluso antes, las cuales fueron satisfactorias, y que utilizaba –o no– métodos anticonceptivos cuando se produjo el embarazo.

Los antecedentes personales y familiares de las mujeres del estudio sugieren la probable implicación de los

problemas de la vida y de la psicopatología previa, sobre todo depresiva y ansiosa, en la decisión de abortar; apoyan la evidencia²² de que las pacientes con antecedentes de trastorno mental tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones mentales posaborto, y se constituyen, por tanto, en factores a tratar y a tener en cuenta para el consejo pronóstico.

Los sentimientos ambivalentes de las mujeres ante el embarazo imprevisto, los principales motivos que adujeron para recurrir al aborto, la actitud de presión de la pareja y de los grupos de apoyo, y el sentimiento de falta de libertad y de voluntad real para abortar de muchas de ellas son también factores clave que deben ser evaluados y orientados desde el primer contacto asistencial, si realmente se quiere favorecer una libre y responsable toma de decisiones por parte de la mujer.

De acuerdo con los datos obtenidos en este estudio, la prevención del aborto provocado y sus secuelas psicopa-

tológicas debe tener en cuenta las siguientes directrices:

a) Facilitar la debida valoración del estado emocional de la mujer que solicita el aborto ofreciendo consejo y, en caso de trastorno mental, la atención psiquiátrica.

b) Evaluar los problemas que la embarazada plantee y facilitar su resolución mediante la oportuna ayuda económica, la mediación restauradora del apoyo familiar o de la pareja, y la atención de su problemática laboral.

c) Favorecer, con el apoyo de la pareja, familia, amigos, entre otros, la resolución de la posible ambivalencia afectiva de la mujer ante el embarazo imprevisto, fomentando los sentimientos positivos ante el embarazo y señalando los riesgos psicopatológicos que conlleva el aborto.

d) Sensibilizar al personal asistencial acerca de su obligación de proporcionar a la mujer información sobre alternativas al aborto y de asesorar a los grupos de apoyo de la paciente, para que respeten su personal y auténtica libertad de decisión.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2018
www.siic.salud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Reardon DC, Cogle JR, Rue VM, Shuping MW, Coleman PK, Ney PG. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *CMAJ* 168:1253-1256, 2003.
2. Reardon DC, Coleman P. Relative treatment rates for sleep disorders and sleep disturbances following abortion and childbirth: a prospective record based-study. *Sleep* 29(1):105-106, 2006.
3. Coleman PK, Coyle CT, Shuping M, Rue VM. Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *J Psychiatr Res* 43:770-776, 2009.
4. Steinberg JR, Russo NF. Abortion and anxiety: What's the relationship? *Soc Sci Med* 67:238-252, 2008.
5. Speckhard AC, Rue VM. Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *J Social Issues* 48(3):95-120, 1992.
6. Rankin A. Post abortion syndrome. *Health Matrix* 7(2):45-47, 1989.
7. Gómez Lavín C, Zapata R. Categorización diagnóstica del síndrome posaborto. *Actas Esp Psiquiatr* 33(4):267-272, 2005.
8. Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit* 10:SR5-16, 2004.
9. American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Evaluación psiquiátrica del adulto. Barcelona: Ars Medica, 2006.
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
11. Burke T, Reardon DC. Mujeres silenciadas. Madrid: Sekotia, 2009.
12. Jones EF, Forrest JD. Underreporting of abortion in surveys of

U. S. Women. *Demography* 29:113-126, 1992.

13. Reardon D. Psychological reactions reported after abortion. *The Post-Abortion Review* 2:4-8, 1994.

14. Zapata R, Cano A, Moyá Q. Tareas del desarrollo en la edad adulta. *Psiquis* 23(5):185-197, 2002.

15. Coleman PK. Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: individual and family predictors and psychological consequences. *Journal of Youth and Adolescence* 35:903-911, 2006.

16. Royal College of Psychiatrists. Position statement on women's mental health in relation to induced abortion, 2008. Disponible en: www.rcpsych.ac.uk/member/currentissues/mentalhealthandabortion.aspx [consultada 20 julio 2009].

17. Cassem EH. Depressive disorders in the medically ill: an overview. *Psychosomatics* 36:52-510, 1995.

18. Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, Kessler RC. One-year prevalence of subthreshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress Anxiety* 13:78-88, 2001.

19. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 34:383-396, 2003.

20. Miller WB. An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues* 48(3):67-93, 1992.

21. Coleman PK, Reardon DC, Lee MB. Women's preferences for information and complication seriousness ratings related to elective medical procedures. *Journal of Medical Ethics* 32:435-438, 2006.

22. Millar WB. An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues* 48(3):67-93, 1992.

Información relevante**Precedentes del aborto provocado en mujeres con síndrome posaborto****Respecto a la autora**

Carmen Gómez Lavín. Médica psiquiatra, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, Pamplona, España. Servicio Navarro de Salud Mental, Pamplona, España. Autora de artículos en revistas especializadas (3); colaboraciones en obras colectivas (2) y libros (3).

Respecto al artículo

La psicopatología previa, los problemas de la vida, los motivos para recurrir al aborto y la actitud de presión de la pareja se confirman como posibles factores mediadores de la decisión de abortar y también, por lo tanto, como objetivos claves de la intervención preventiva del aborto provocado y sus secuelas psicopatológicas.

La autora pregunta

El aborto provocado es un acontecimiento traumático que puede tener consecuencias psiquiátricas de diversa consideración para quienes lo sufren.

¿Cuáles de estas características forman parte del síndrome posaborto?

- A** Las alteraciones de la conducta.
- B** Los sentimientos de culpa.
- C** La depresión.
- D** La ansiedad.
- E** Todas son correctas.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/122432

Palabras clave

aborto provocado, métodos anticonceptivos, prevención, síndrome posaborto, embarazo no deseado

Key words

induced abortion, contraceptive methods, prevention, post-abortion syndrome, unwanted pregnancy

Lista de abreviaturas y siglas

SPA, síndrome posaborto; AVA, Asociación Víctimas del Aborto; CESP, Cuestionario para el estudio del Síndrome Posaborto; DE, desviación estándar.

Cómo citar

Gómez Lavín C, Uroz Martínez V, Zapata García R. Precedentes del aborto provocado en mujeres con síndrome posaborto. *Salud i Ciencia* 23(1):27-33, May-Jun 2018.

How to cite

Gómez Lavín C, Uroz Martínez V, Zapata García R. *Precedents of induced abortion in women with post-abortion syndrome. Salud i Ciencia* 23(1):27-33, May-Jun 2018.

Orientación

Epidemiología

Conexiones temáticas

Los informes de *Salud(i)Ciencia* se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.

