

Este artículo es parte del archivo de nexos

Desmintiendo supuestos sobre el aborto y la salud mental

Luciana Ramos Lira (<https://discapacidades.nexos.com.mx/author/luciana-ramos-lira/>)

Marzo 7, 2021

El primer estudio sobre las consecuencias del aborto en la salud mental de las mexicanas se suma a la evidencia internacional: la interrupción legal del embarazo no tiene efectos negativos en la salud mental salvo cuando se percibe un estigma en torno al aborto o se ha sido víctima de violencia sexual.

Los debates sobre el aborto están fuertemente influidos por creencias y convicciones que se entremezclan con ideas sobre la maternidad, lo que se considera como el inicio de la vida y sobre el papel que las mujeres deben de tener en la sociedad. No obstante, en el caso de las personas que ejercen una responsabilidad en el servicio público y cuyas posiciones implican una representación institucional, la apertura a escuchar perspectivas distintas a la propia, y sobre todo evidencias, es fundamental. A la hora de tomar decisiones de política pública en un tema que genera posturas pasionales e irreconciliables, el acceso a información sistemáticamente recolectada y analizada puede aportar datos vitales.



Ilustración: David e Izak Peón

Desde que el aborto se legalizó en los Estados Unidos en 1973, gracias a la decisión de la Corte Suprema en *Roe v. Wade*, se desató una intensa polémica acerca del impacto del aborto en la salud mental de las mujeres, con lo cual se empezaron a realizar investigaciones en torno al tema. Algunos estudios aseguraban que existía una relación directa entre el aborto voluntario y la presencia de problemas de salud mental tales como la ansiedad, el consumo de sustancias, la depresión y el suicidio; incluso señalaban la existencia de un “síndrome posaborto”. En 1987 Charles Everett Koop, entonces Administrador de Salud Pública (*Surgeon General*) de Estados Unidos país --un médico conservador y abierto opositor al aborto-- recibió una solicitud del presidente Ronald Reagan (<https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/qq/feature/abortion>) para emitir una opinión técnica sobre los efectos del aborto en la salud mental de las mujeres, pues la administración de Reagan consideraba que éstas no estaban siendo informadas cabalmente sobre dichos efectos. Muchos conservadores vieron este informe como una oportunidad para poner un sello oficial en el movimiento contra el aborto. Sin embargo, Koop sorprendió tanto a sus amigos como a sus enemigos al escribirle una carta al presidente (<https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1989/01/13/koop-upset-by-release-of-abortion-letter/4cea568b-0888-4bfe-9c82-1c70f6202e11/>) diciendo que no podía hacer dicho informe, por la sencilla razón de que no habían suficientes pruebas para concluir que el aborto causaba a las mujeres más trauma psicológico que dar a luz a bebés no deseados; esto en vista del fuerte sesgo que se observaba en las investigaciones dependiendo de la posición personal de los investigadores frente al tema. Koop mostró una admirable posición como funcionario al sostener que, aunque él seguía oponiéndose personalmente al

aborto, separaba sus creencias de sus responsabilidades públicas.¹

Casi veinte años después se publicó el *Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud mental y Aborto* (TFMHA por sus siglas en inglés) de la Asociación Psicológica Estadunidense (APA).² En este informe se evaluaron todos los estudios empíricos publicados en revistas arbitradas en inglés posteriores a 1989 que comparaban la salud mental de las mujeres que tuvieron un aborto inducido con aquella de otras mujeres. Se observó que la frecuencia de problemas de salud mental entre las mujeres en los Estados Unidos que habían tenido un aborto legal en el primer trimestre por razones no terapéuticas era similar a las tasas de problemas de salud mental de la población general de mujeres. No obstante, se reportó que efectivamente algunas mujeres experimentaban tristeza, dolor y sentimientos de pérdida después de la interrupción del embarazo, y que algunas incluso presentaban trastornos clínicamente significativos como depresión y ansiedad. Sin embargo, el TFMHA no encontró evidencia suficiente para respaldar que estos problemas de salud mental eran causados por el aborto *per se*.

Gracias a esta y otras revisiones sistemáticas se realizaron sugerencias metodológicas que hicieron posible seguir produciendo evidencia cada vez más precisa.³ Se realizaron estudios más rigurosos que no han encontrado una relación

directa entre la interrupción de un embarazo y la presencia de trastornos depresivos y ansiosos en mujeres adultas.⁴ En general, dichos estudios muestran que la prevalencia de trastornos entre las mujeres que interrumpen voluntariamente un embarazo es similar a la que presentan otros grupos de comparación, y que la mayoría de las mujeres informan estar satisfechas con su decisión lo mismo al mes que cinco años después del aborto.⁵

Los problemas de salud mental que se manifiestan después de un aborto, sobre todo la depresión, suelen presentarse en mujeres con antecedentes de violencia de género (como abuso sexual y violencia de pareja), problemas de salud mental preexistentes, específicamente de depresión, y una percepción más alta de estigma hacia el aborto.

En América Latina la investigación en esta línea es escasa debido a que, en la mayoría de los países, las restricciones legales sólo permiten el procedimiento por causales como la violación, el peligro de la vida de las mujeres o malformaciones genéticas incompatibles con la vida. Pese a ello, tanto en México como en otros países es frecuente que se argumente que las mujeres que abortan se ven gravemente afectadas en su salud mental, sin dar cuenta de los estudios de los que se derivan estas afirmaciones o, en su caso, citando referencias que no pueden ser consideradas investigaciones metodológicamente rigurosas.

En 2018, un equipo de investigadoras del Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollamos un estudio longitudinal financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. El estudio longitudinal prospectivo dio seguimiento a

mujeres embarazadas a partir de tres entrevistas: a las dos semanas, a las cinco semanas y a las 13 semanas de embarazo, respectivamente.⁶ Participaron mujeres mayores de 15 años, residentes de la Ciudad de México, que interrumpieron un embarazo con medicamentos en un Hospital General y que acudieron a su cita de alta. En total participaron 274 mujeres en la primera medición, que es a la que haré referencia con los datos siguientes.

Entre los motivos más importantes reportados para abortar destacaron el no poder sostener a otro hijo en ese momento (32.4%) y el tener otras personas dependientes a su cargo (24.8%). A las dos semanas de haber realizado la interrupción, un 15.8% de las mujeres reportaron un Probable Episodio Depresivo Mayor (PEDM), prevalencia que no es más elevada a la reportada por mujeres que continúan un embarazo, ya sea antes (del 7% al 25%) o después del parto (del 10% al 20%),⁷ aunque por supuesto habría que realizar estudios comparativos entre estos grupos que incluyan la intención o el deseo de embarazarse como variable a controlar.

Como contraste, el estudio analizó diversos factores reportados por la literatura internacional en un modelo de regresión ajustado por edad, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico. Dichos factores fueron: haber experimentado abuso sexual infantil, violación a partir de los 15 años, violencia de pareja en los últimos 12 meses, el estigma percibido por abortar, historia reproductiva (embarazos y abortos previos), contar con una pareja y haber padecido depresión en los 12 meses previos a la interrupción.

Los resultados mostraron que las mujeres que percibieron mayor estigma por abortar tenían 4.7 veces más probabilidad de presentar un episodio depresivo, mientras que aquellas que habían experimentado abuso sexual en la infancia tenían 1.6 veces más probabilidades. Sin embargo, la mayor parte de las mujeres reportó emociones positivas (alivio, satisfacción, tranquilidad) respecto a la interrupción y consideró que habían tomado la mejor decisión a las cinco y 13 semanas después de la interrupción legal del embarazo.

Estos primeros hallazgos nacionales se suman a la literatura internacional que plantea que el discurso que estigmatiza a las mujeres que abortan influye mayormente en las afectaciones a su salud mental, por lo que disminuir la estigmatización a nivel social y abordar el estigma a nivel individual podría disminuir la carga emocional asociada. En segundo lugar, el estudio sugiere que la violencia de género, y en particular el abuso sexual infantil, contribuye significativamente la depresión de la mujer, —independientemente de que se interrumpa o continúe un embarazo.⁸ Por ello, cualquier estrategia para reducir la carga de la depresión de la mujer debe incluir la prevención o reducción de estas manifestaciones de violencia y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva para garantizar que los embarazos sean planificados y deseados. Lo anterior lleva a considerar que despenalizar el aborto impactaría de manera importante en la desestigmatización del procedimiento y paralelamente en los posibles efectos negativos de este en la salud mental.

Para concluir, es necesario enfatizar que requerimos hacer más y mejores estudios sobre el tema, con diseños que incluyan la comparación con otros grupos, con un seguimiento más largo, y que enfatizen los factores que pueden proteger a las mujeres de los desenlaces negativos en la salud mental tras un aborto voluntario, como lo son, por ejemplo, el apoyo de la pareja y el apoyo social.

Luciana Ramos Lira

Investigadora titular de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

¹ Ver al respecto la nota: Martin Tolchin, “Koop’s Stand on Abortion’s Effect Surprises Friends and Foes Alike (<https://www.nytimes.com/1989/01/11/us/koop-s-stand-on-abortion-s-effect-surprises-friends-and-foes-alike.html>)”, *The New York Times*, Section A, page 20, Jan. 11, 1989.

² American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion (<https://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>). Washington, D. C.

³ G. E. Robinson *et al.* “Is there an “abortion trauma syndrome? Critiquing the evidence”. *Harvard review of psychiatry*, 17(4), 2009, pp. 268-290.

National Collaborating Centre for Mental Health. *Induced abortion and mental health: A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion including their prevalence and associating factors* (http://www.nccmh.org.uk/consultations_abortion.html) (Report). London, Academy of Medical Royal Colleges, 2011.

⁴ J. R. Steinberg *et al.*, “Abortion and mental health: findings from the national comorbidity survey-replication”, *Obstetrics and gynecology*, 123(201), 2014, p. 263.
M. A. Biggs *et al.*, “Mental health diagnoses 3 years after receiving or being denied an abortion in the United States”, *American journal of public health*, 105(12), 2015, pp. 2557-2563.

⁵ M. A. Biggs *et al.*, “Women’s mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA psychiatry*, 74(2), 169-178.

⁶ Proyecto: Interrupción Legal del Embarazo y factores psicosociales asociados con problemas de salud mental. Financiamiento Conacyt, Ciencia Básica (CB-2015-01-0254877). Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Colaboradoras principales: Karla Flores, Midiam Moreno y María Teresa Saltijeral.

⁷ C. Alvarado-Esquivel *et al.*, “Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México”. *Gaceta Médica de México*, 146(1), 2010, pp. 1-9.

B. Gelaye *et al.*, “Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries”. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 2016, pp. 973-982.

⁸ J. Taft *et al.*, “Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women’s experience of violence”. *BMC Public Health*, 8(1), 2008, pp. 1-8.