

Título: La investigación científica como discurso aliado de los argumentos a favor de la despenalización del aborto

Dra. Luciana Ramos Lira Y Mtra. Karla Flores Celis

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRMF)

Antecedentes

El aborto es uno de los procedimientos médicos más antiguos y frecuentes, pero es también uno de los más controvertidos. La disputa sobre su “aceptabilidad” se mueve en múltiples terrenos y podría ser dogmática e interminable en la medida en que muchos de los argumentos cuestionan la calidad moral de este acto. Por ello, es necesario buscar alternativas que vayan más allá del debate “del estatus moral del feto y el posible conflicto de derechos” (Salles 2006:69). En ese sentido, para superar las prescripciones generales y no favorecer los dogmatismos, es necesario tomar en cuenta el contexto y las circunstancias que motivan un aborto, incluyendo las relaciones entre las personas involucradas.

En esta línea, la investigación empírica ofrece un espacio para focalizar en las problemáticas e intereses de las mujeres, y en las condiciones y circunstancias asociadas tanto con un embarazo no intencional como con la decisión de interrumpirlo; asimismo permite abordar los posibles efectos de haber llevado a cabo esta decisión. Esta información sistemáticamente recolectada y analizada puede aportar datos para tomar decisiones sobre política pública en un tema que genera profundas e irreconciliables posturas.

En particular nos interesa el abordaje de esta problemática desde el debate que ha transcurrido en el ámbito de la salud mental. Desde que el aborto se legalizó en los Estados Unidos, gracias a la decisión de la Corte Suprema de 1973 en *Roe v. Wade* se motivó una intensa polémica acerca del impacto del aborto en la salud mental de las mujeres. Esto derivó en el desarrollo de una larga y prolífica tradición de líneas de investigación sobre el tema en Estados Unidos y países europeos, donde las legislaciones dejaron de ser restrictivas desde mediados del siglo XX. Los resultados de estas investigaciones han guiado en gran medida las políticas públicas internacionales al respecto.

Al revisar la literatura sobre el tema, se puede ubicar una arqueología de la producción científica en al menos tres etapas. La primera, es una producción de estudios con conclusiones que aseguraban una relación directa entre el aborto inducido y problemas de salud mental, entre ellos el llamado “síndrome post aborto”, ansiedad, depresión, consumo de sustancias y hasta suicidio. Luego, en una segunda etapa de revisiones sistemáticas, se señalaron una serie de sesgos metodológicos y problemáticas de comparación y de generalización de las conclusiones anteriores, por lo que se desarrolló una discusión académica importante sobre los estudios que podían considerarse científicos vs los que no, antes que dar por sentada dicha relación causal.

Finalmente, en la última década se puede ubicar la tercera etapa, en la que se han realizado estudios más rigurosos que no reportan una asociación directa entre el aborto inducido seguro y en condiciones legales y la presencia de síntomas o trastornos depresivos y/o ansiosos (Major et al., 2008; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011). La evidencia apunta a que el aborto voluntario no es una

experiencia traumática *per se*, sino que es un evento de vida estresante de tipo agudo que bajo ciertas condiciones podría configurarse como un estresor crónico con efectos de larga duración.

No obstante, las condiciones en Latinoamérica han sido distintas: por un lado las legislaciones restrictivas, la falta de estado laico, las desigualdades en el acceso, la exposición a la violencia y por el otro, las dificultades propias de desarrollar y financiar este tipo de investigación, han impedido explorar este campo desde una perspectiva de salud pública. En la Ciudad de México la despenalización ofrece un campo de estudio que permite tener información situada sobre lo que se ha descrito en otros entornos.

Finalmente, ante un contexto de opiniones altamente conservadoras en la comunidad académica y profesional y frente a la falta de conocimiento sobre la calidad metodológica de la investigación sobre el tema, reconocemos la imposibilidad de ser neutrales. Por ello la propuesta del equipo del INPRFMF es utilizar la investigación empírica como herramienta de respuesta y resistencia, buscando cumplir con los mínimos criterios de rigor científico sugeridos los equipos internacionales.

Metodología

Con el objetivo de conocer qué impacto tiene la interrupción legal del embarazo en la salud mental de las mujeres que llevan a cabo una ILE se diseñó un estudio longitudinal prospectivo a tres meses. Se realizan tres entrevistas, la primera es durante la cita de alta de la ILE con medicamentos (a dos semanas de la ILE), la segunda es a cinco semanas de la ILE y la tercera a las 13 semanas después desde la ILE. Dado que en la mayor parte de los estudios una de las variables de

exposición más reportada es la historia de salud mental previa, para este estudio se considera como variable de exposición la depresión en los últimos 12 meses y como variables de desenlace la sintomatología depresiva y ansiosa después de la ILE. En el estudio participan mujeres mayores de 15 años, que hayan interrumpido el embarazo con medicamentos.

El cuestionario que se aplica en la primera entrevista abarca variables seleccionadas a partir de una revisión de la literatura (ver entre otros: Pallito et al., 2013; Russo, 2014; Steinberg, et al., 2016; Van Ditzhuijzen et al., 2013). Es necesario mencionar que algunos de los instrumentos que se utilizan no habían sido probados antes en población mexicana por lo que previamente se realizó un trabajo de traducción, adaptación y prueba. La finalidad era tener un panorama amplio de los antecedentes de las mujeres. En la segunda y tercera entrevista se aplica un cuestionario reducido que considera sobre todo las variables de desenlace y variables de control como el método anticonceptivo que eligieron.

Es además necesario notar que en el servicio donde se lleva a cabo el estudio, la atención difiere de los centros de salud debido a que se trata de un Hospital de segundo nivel y los servicios de laboratorio y ultrasonido se comparten con el resto del hospital. De modo que la atención del programa ocurre a lo largo de dos días. El primer día, las usuarias obtienen el laboratorio y el ultrasonido, una vez que saben el número de semanas de embarazo pasan por la consejería con trabajo social y son citadas al día siguiente según el tipo de procedimiento a realizar. Las mujeres con menos de nueve semanas, reciben la primera dosis en el hospital, las instrucciones para completar el procedimiento y una cita a los quince días para

realizar un nuevo ultrasonido y asegurar que se trata de un aborto completo. Finalmente eligen un método anticonceptivo.

Es en el día quince, mientras esperan su turno para la cita de alta que se les invita a participar en el estudio, quienes aceptan participar reciben un consentimiento informado, se aclaran dudas al respecto y son entrevistadas. Al final de la entrevista se agenda la segunda entrevista. Si se localizan criterios de derivación, ésta se realiza directamente al SEPAVIGE (servicio que atiende violencia de género) o a los servicios de Psicología o Psiquiatría, todos ellos ubicados en el mismo hospital. En los casos en que la problemática está específicamente relacionada con la ILE, se refieren a ADAS México con la Psic. Olivia Ortiz. La segunda y tercera entrevista se realizan vía telefónica.

Resultados.

El estudio se encuentra en curso. El trabajo de campo comenzó en noviembre del 2018 y continuará hasta finales de noviembre de este año. Se realizó un primer corte de la base de datos en el mes de abril de 2019 ,que es el que se presenta aquí. En él se incluyen los resultados de 118 entrevistas de línea base, 70 del primer seguimiento y 19 del segundo.

Se utilizan los criterios socioeconómicos del hospital para este propósito y se observa que la más del 50% son mujeres de nivel I (55%). Una de cada tres (29%) tiene estudios de secundaria, cerca de la mitad (48%) cuenta con bachillerato y una quinta parte (21%) con estudios profesionales. La actividad se encuentra repartida en mayor proporción entre quienes tienen actividades remuneradas (38.1%) y quienes no (39%) y una cuarta parte son estudiantes (23%). Solo el 43% son

mujeres que nunca han tenido hijos, la mayoría tiene al menos un hijo (57%). El 80% tiene pareja y de ellas, el 50% cohabita con su compañero.

Sobre el desenlace de salud mental, una de cada cuatro mujeres presentó sintomatología depresiva o ansiosa elevada, en cada entrevista. Sin embargo este es un resultado que debe ser enmarcado en una serie de consideraciones. La primera es que no existe grupo de comparación, por lo que el punto de corte utilizado se estableció con criterios propios de la población seleccionando los puntajes más elevados. Entonces en una escala de depresión que va de 0 a 140, el puntaje más elevado fue 90, pero el punto de corte se estableció en 44. Mientras que en una escala de ansiedad que va de 0 a 63, el puntaje más elevado fue de 40 y el punto de corte se estableció en 19. La segunda consideración es que tanto los puntajes máximos como los valores medios de la población fueron disminuyendo conforme avanzó el tiempo, es decir, disminuyó el reporte de presencia de síntomas y con ellos el punto de corte utilizado para cada entrevista. La tercera consideración es que dada esta estrategia metodológica, en realidad no estamos hablando de una afectación a la salud mental, sino de la elevación de algunos síntomas depresivos y ansiosos ante una situación estresante por la que atravesaron todas, pero que un grupo sí presentó con mayor intensidad debido en comparación con quienes no tenían síntomas pero habían atravesado por el mismo procedimiento médico. La hipótesis es que esta diferencia se debe a los antecedentes personales y probablemente al contexto en el que tomaba la decisión.

¿Cuál es ese contexto? Los principales motivos que las mujeres reportaron para interrumpir el embarazo son económicos, seguidos de su posición frente a la maternidad y de su plan de vida. La mayor parte (56%) menciona que fue una

decisión suya y de su pareja y el 62% menciona que su pareja estuvo de acuerdo en la decisión.

Sobre sus antecedentes personales, dos de cada cinco reportaron haber tenido depresión o ansiedad en el último año. Sobre los antecedentes familiares, más del 60% reportó que su madre estuvo deprimida alguna vez en la vida y una de cada tres que su padre lo había estado. Más del 30% de las participantes reportó que su padre había tenido problemas con su familia por haber bebido en exceso.

Acercas de la exposición a la violencia, la mitad presentó episodios en los últimos 12 meses y una de cada tres alguna vez en la vida. De quienes enfrentaron violencia, la mayor proporción fue violencia emocional, seguida por económica y luego física y sexual. El 10% de las participantes reportó incidentes de violencia de pareja en las últimas dos semanas, es decir, a partir de la toma del medicamento y hasta la cita de alta. La mayoría se trató de gritos e insultos, seguido por maltrato físico y 2 mencionaron haber tenido relaciones sexuales sin su consentimiento.

Acercas del maltrato en la infancia, más del 50% fue testigo de violencia emocional o física entre las personas adultas con las que vivía y cerca del 40% fue víctima de violencia física o emocional en esta etapa de la vida. Una de cada tres de las participantes reportó eventos de abuso sexual infantil antes de los 15 años y 14% reportó eventos de violación después de esta edad.

Sobre la evaluación que realizaron las participantes acerca de qué tanto querían estar embarazadas en ese momento, el 87% reportó tener un embarazo no intencional y solo el 13% se sentía ambivalente al respecto.

En cuanto a las emociones, en la primera entrevista se incluyeron preguntas sobre cómo se sentían cuando se enteraron de la noticia del embarazo. Las mujeres

reportaron estar muy “estresadas” o “preocupadas” y hay otras emociones como la ambivalencia o la tristeza. Emociones como satisfacción y alivio están prácticamente ausentes. Una vez realizada la interrupción hay un cambio significativo en este reporte, pues las emociones positivas como confianza, satisfacción, alivio, seguridad y tranquilidad se reportan con mayor intensidad y disminuyen entre nada y poco emociones como el temor, la preocupación, el estrés y el enojo. Ahora bien, a las tres semanas en la segunda entrevista, probablemente el cambio más significativo es que las emociones de tranquilidad, alivio y seguridad son las que se reportan con mayor intensidad, mientras que el temor prácticamente desaparece. En la última entrevista, además de las ya mencionadas, la confianza alcanza su mayor reporte y ya no están presentes ni la vergüenza, ni el enojo.

Se incluyeron preguntas sobre la presencia de grupos antiderechos afuera de la clínica. Una de cada tres mujeres entrevistadas reportó que sí las habían interceptado y en mayor medida recibieron folletos con información falsa. En dos casos les mostraron figuras humanas y a una le enviaron mensajes de whatsapp y le mostraron un ultrasonido.

En cuanto al estigma, las dimensiones de la escala con medidas más elevadas fueron las de autocrítica y de rechazo comunitario, que implican preguntas como “me siento como una mala persona” o “me sentí egoísta”, y cuántas personas de su comunidad consideran que el aborto es un asesinato, respectivamente.

Finalmente se realizaron algunas pruebas preliminares de relaciones simples o bivariadas entre algunas variables y los desenlaces. Lo que se observó fue que:

1. Las mujeres que reportaron no tener pareja presentaron una mayor presencia de síntomas depresivos en la primera entrevista.

2. Quienes reportaron depresión en el último año presentaron una mayor presencia de síntomas depresivos y ansiosos en la primera y segunda entrevistas.
3. Reportar ansiedad en el último año implicó un mayor reporte de síntomas depresivos y ansiosos en la primera entrevista.
4. La presencia de violencia de pareja en el último año implicó mayor presencia de síntomas de ansiedad en la segunda entrevista. Ser testigo o víctima de maltrato infantil implicó una mayor presencia de síntomas depresivos y ansiosos en la primera entrevista y la presencia de síntomas ansiosos en la segunda entrevista.
5. El haber sido abusada sexualmente en la infancia se asoció con un porcentaje mayor de sintomatología ansiosa en el primer seguimiento, mientras que en el caso de la violación (violencia sexual a partir de los 15 años), ésta se relacionó con la sintomatología depresiva en la línea base.
6. Las mujeres que presentaron síntomas depresivos y ansiosos en la primera entrevista presentaron mayores niveles de estigma en comparación con quienes no tenían síntomas. En la segunda entrevista, quienes tenían síntomas de ansiedad son quienes tenían mayores niveles de estigma.

Comentarios finales.

Se trata de resultados preliminares que deben ser tomados como eso, todavía no tenemos certeza de estas relaciones aunque se pueden iluminar algunas hipótesis, por ejemplo la importancia del estigma en el malestar a lo largo de todo el proceso y la relevancia de la participación de la pareja en la toma de decisiones,

Se trata de un primer esfuerzo por llevar a cabo un estudio lo más riguroso posible, considerando las críticas a las investigaciones internacionales y el contexto actual en torno al aborto en nuestro país. Ha implicado un esfuerzo metodológico, de planeación pero sobre todo de gestión y financiamiento.

La evidencia permitirá no solo participar en el debate internacional, sino tener información más situada de la experiencia de las mujeres. Se trata de una experiencia compleja que debe ser abordada en esa medida, sin mitificarla como una experiencia grave, traumática, peligrosa y sangrienta, pero tampoco simplificarla como una experiencia inocua y lineal. Las mujeres toman esta decisión reflexionada y pensada sin que tenga consecuencias en su salud mental la mayor parte de las veces, pero siempre con una experiencia emocional que puede ser variable dependiendo de sus circunstancias.

Referencias

Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C.

(2008). Report of the APA task force on mental health and abortion. American Psychological Association.

National Collaborating Centre for Mental Health (2011) Induced Abortion and Mental

Health: A Systematic Review of the Mental Health Outcomes of Induced Abortion, Including their Prevalence and Associated Factors. Academy of

Medical Royal Colleges

(http://www.nccmh.org.uk/consultations_abortion.html).

Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., y Watts, C.

(2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy:

Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology y Obstetrics*, 120, 3-9.

Russo, N. F. (2014). Abortion, unwanted childbearing, and mental health. *Salud Mental*, 37(4), 283-291.

Salles, A. L. (2006). El debate moral sobre el aborto. *Debate Feminista*, 34, 69-95.

Steinberg, J. R., Tschann, J. M., Furgerson, D., y Harper, C. C. (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social Science y Medicine*, 150, 67-75.

Van Ditzhuijzen J., ten Have M., de Graaf R., van Nijnatten CH., y Vollebergh WA. (2013). Psychiatric history of women who have had an abortion. *Journal Psychiatric Research*, 47(11):1737-43.