

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Complicaciones psiquiátricas del aborto [Psychiatric complications of abortion]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Gurpegui, Manuel;Jurado, Dolores
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-05-18 07:09:57
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203542

COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS DEL ABORTO

PSYCHIATRIC COMPLICATIONS OF ABORTION

Manuel Gurpegui^a y Dolores Jurado^b

^a*Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica,
Facultad de Medicina, Universidad de Granada*

^b*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Granada*

**Correspondencia: Dr. Manuel Gurpegui*

*Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Facultad de Medicina,
Av. Madrid 11, E-18071 Granada, España*

Teléfono 34 958 240704. Fax 34 958 246781. E-mail: gurpegui@ugr.es

Resumen

Introducción: Las consecuencias psiquiátricas del aborto inducido siguen siendo objeto de controversia. Las reacciones de cualquier mujer al descubrir que ha concebido pueden ser muy variables. El embarazo, inicialmente intencionado o no deseado, puede provocar estrés; y el aborto espontáneo puede acarrear sentimientos de pérdida y reacciones de duelo, por lo que no es de extrañar que el aborto inducido, con las implicaciones emocionales añadidas (sentimientos de alivio, vergüenza y culpa), sea vivido como acontecimiento de la vida adverso y generador de estrés.

Consideraciones metodológicas: Existe acuerdo entre los investigadores sobre la necesidad de comparar la evolución de la salud mental (o las complicaciones psiquiátricas) con grupos apropiados, que incluyen particularmente el de mujeres con embarazo no intencionado que dan a luz y el de mujeres con aborto espontáneo. Y también hay acuerdo en la necesidad de controlar el posible efecto, como factores de confusión, de múltiples variables asociadas: demográficas, contextuales, de desarrollo personal, de experiencias traumáticas previas o actuales y de salud psíquica antes

del evento obstétrico. Cualquier desenlace psiquiátrico es de origen multifactorial; el impacto de los acontecimientos depende de cómo son percibidos, de los mecanismos psicológicos de defensa puestos en juego (en gran parte inconscientes) y del estilo de afrontamiento. El hecho de abortar voluntariamente tiene una indudable dimensión ética, en la que se entrelazan los hechos y las valoraciones.

Resultados: Ninguna investigación ha encontrado que el aborto inducido se asocie a mejor evolución de la salud mental, aunque los resultados de algunos estudios son interpretados como «neutros» o «mezclados». Algunos estudios de población general señalan asociaciones significativas con dependencia de alcohol y de drogas ilegales, con trastornos afectivos (incluida la depresión) y algunos trastornos de ansiedad; y algunas de esas asociaciones se han visto confirmadas, y matizadas, por estudios longitudinales prospectivos, que sostienen que se trata de relaciones causales.

Conclusiones: Con los datos disponibles, es razonable dedicar esfuerzos a los cuidados de salud mental de las mujeres que han tenido algún aborto inducido. De ninguna manera puede invocarse, sobre bases empíricas, razones de salud mental de la embarazada para provocar el aborto.

Palabras clave: aborto inducido, aborto espontáneo, embarazo, trastornos psiquiátricos.

Abstract

Introduction: The psychiatric consequences of induced abortion continue to be the object of controversy. The reactions of women when they became aware of conception are very variable. Pregnancy, whether initially intended or unintended, may provoke stress; and miscarriage may bring about feelings of loss and grief reaction. Therefore, induced abortion, with its emotional implications (of relief, shame and guilt) not surprisingly is a stressful adverse life event.

Methodological considerations: There is agreement among researchers on the need to compare the mental health outcomes (or the psychiatric complications) with appropriate groups, including women with unintended pregnancies ending in live births and women with miscarriages. There is also agreement on the need to control for the potential confounding effects of multiple variables: demographic, contextual, personal development, previous or current traumatic experiences, and mental health prior to the obstetric event. Any psychiatric outcome is multi-factorial in origin and the impact of life events depend on how they are perceived, the psychological defence mechanisms (unconscious to a great extent) and the coping style. The fact of voluntarily aborting has an undeniable ethical dimension in which facts and values are interwoven.

Results: No research study has found that induced abortion is associated with a better mental health outcome, although the results of some studies are interpreted as

«neutral» or «mixed.» Some general population studies point out significant associations with alcohol or illegal drug dependence, mood disorders (including depression) and some anxiety disorders. Some of these associations have been confirmed, and nuanced, by longitudinal prospective studies which support causal relationships.

Conclusions: With the available data, it is advisable to devote efforts to the mental health care of women who have had an induced abortion. Reasons of the woman's mental health by no means can be invoked, on empirical bases, for inducing an abortion.

Key words: induced abortion, miscarriage, pregnancy, psychiatric disorders.

1. Introducción

Las reacciones de cualquier mujer al descubrir que ha concebido pueden ser muy variables; puede experimentar sorpresa, alegría, preocupación, miedo, frustración y rabia, o simplemente una mezcla ambivalente de varios sentimientos. El embarazo es siempre un acontecimiento novedoso que requiere un esfuerzo adaptativo y, por tanto, supone estrés. La respuesta subjetiva individual depende de múltiples factores, que incluyen edad, condición física, disponibilidad y actitud del padre de la nueva criatura, situación económica y laboral, apoyo social y marco cultural (que implica una determinada apreciación de la maternidad).

Es necesario considerar el estrés provocado por el embarazo, inicialmente intencionado o no intencionado, hasta que llega a término; y comparar la morbilidad psíquica de las mujeres que recientemente han sido madres con la de sus coetáneas no embarazadas. Tiene particular interés comparar la salud mental (o la patología psiquiátrica) de quienes se sometieron a un aborto con la de las madres que llevaron

a término un embarazo inicialmente no deseado. Por último, y dado que el aborto espontáneo es un acontecimiento potencialmente perturbador, la comparación de la evolución de la salud mental de las mujeres que lo han sufrido con la de quienes se han sometido a un aborto inducido puede aportar una valiosa información sobre la existencia o no de un efecto diferencial entre uno y otro tipo de evento.

Para conocer las posibles complicaciones psiquiátricas del aborto inducido o provocado, noción que puede partir de auto-atribuciones de algunas mujeres que acuden a consulta o de la experiencia de los clínicos que les prestan ayuda, es necesario apoyarse en estudios válidos, que tengan el imprescindible refinamiento estadístico y que controlen los numerosos posibles factores de confusión, incluida la patología psiquiátrica previa al embarazo.

2. Un asunto objeto de controversia

Este problema científico está a menudo teñido de controversia social y política, de la que no se ven libres ni los más conspicuos investigadores, como muestra

la respuesta de Fergusson y sus colaboradores¹ a una carta al editor² suscitada por uno de sus más recientes y definitivos trabajos³. Fergusson *et al*¹ proponen dos elementos previos para la clarificación: a) determinar si el aborto (inducido) es o no un acontecimiento de la vida adverso (y generador de estrés); y b) averiguar si los riesgos del aborto para la salud mental son mayores o menores que los del embarazo no deseado llevado a término.

Los argumentos minimizadores del potencial daño psíquico causado por el aborto citan el informe emitido en 1989 por el *Surgeon General* de los Estados Unidos⁴, en el que señalaba que la evidencia empírica de ese posible daño era no concluyente. Un reciente artículo de revisión⁵, que propone criterios sobre la calidad metodológica con los que clasifica los estudios analíticos publicados desde 1989, concluye que los estudios de más calidad llegan a resultados «neutros» (es decir, que no encuentran asociación significativa ni con mejor ni con peor salud mental), pero Fergusson *et al*¹ señalan

algunos defectos de esa revisión y nos advierten de que el análisis de los resultados adolece de un sesgo —por parte de los autores de la revisión— a favor de aceptar la hipótesis nula.

Un hito en esta controversia fue la publicación, el 12 de agosto de 2008, del informe de la *Task Force* de la *American Psychological Association* (APA)⁶. El título ya parece tomar una perspectiva: *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*, en lugar de haber sido *Abortion and Mental Health*, que era en realidad el objeto del estudio. Y la nota de prensa con la que se publicó el documento, se titulaba: *APA Task Force finds single abortion not a threat to women's mental health*. El estudio, elaborado por un grupo de trabajo de seis miembros de la asociación de psicólogos bajo la dirección de la psicóloga Dra. Brenda Major, tiene toda la sofisticación de un trabajo de alto nivel académico, aunque la asociación americana de obstetras y ginecólogos pro-vida⁷ ha dicho de él: «*The bias and academic gymnastics involved in producing this convoluted report was of epic proportions*». El informe de la APA advierte del potencial efecto de confusión (estadística) de otros posibles factores de riesgo y concluye que las

1 Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Abortion and mental health (letter, in reply). *Br J Psychiatry* 2009; 194:377-8.

2 Rowlands S, Guthrie K. Abortion and mental health (letter). *Br J Psychiatry* 2009; 195:83.

3 Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2008;193:444-51.

4 Koop CE. *Letter to President Reagan. Medical and psychological impact of abortion*. Washington (DC): Government Printing Office; 1989. pp. 68-71.

5 Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception* 2008; 78:436-50.

6 American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*. APA, 2008 (<http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>) [consultada 13 agosto 2008].

7 American Association of Pro Life Obstetricians and Gynecologists (AAPLOG). *Abortion and mental health issues*. <http://www.aaplog.org/downloads/AbortionComplications/Induced%20Abortion%20and%20Mental%20Health.pdf> [consultada 20 julio 2009]

pruebas no son suficientes para basar la reclamación de que el aborto provocado tenga *per se* una asociación con la (falta de) salud mental, en la que podrían estar presentes otros factores.

Sin tardar más de un día, el sitio web *LifeSiteNews.com*⁸ criticaba a la Dra. Major por haber violado las normas de ética de la APA al impedir que sus propios datos sobre aborto y efectos sobre la salud mental, publicados el año 2000 en la más importante revista psiquiátrica⁹, fueran re-analizados por otros investigadores. Sin embargo, según *LifeSiteNews.com*, el Dr. David Reardon —investigador del Instituto Elliot, con numerosas publicaciones sobre este tema— pudo examinar parte de los datos de la Dra. Major no publicados; y cree que ella ha publicado los datos de una manera selectiva; por ejemplo, Major no informó⁹ del hallazgo de que una parte de las mujeres afrontaban sus sentimientos negativos por el aborto bebiendo más o tomando drogas. Reardon pone en duda la idoneidad de ese grupo de trabajo, creado, en teoría, para aportar luz sobre el problema y compuesto exclusivamente por psicólogos de la misma orientación en cuanto al aborto; y critica el informe de la *APA Task Force* porque la matizada forma de expresar sus conclusiones, más que clarificar, oscurece los hallazgos de los investigadores. La

conclusión principal del informe (muy aireada en su nota de prensa) dice 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...», aunque admite que hay evidencia convincente de que ocurren efectos negativos para: 1) las mujeres con múltiples abortos (que representan la mitad de los abortos); 2) las mujeres con embarazos deseados que abortan por presión de terceros (del 20 al 60% de todos los abortos); 3) las menores que abortan; y 4) las mujeres con problemas de salud mental previos, en las que el aborto precipita o agrava problemas preexistentes.

Al decir que no hay una «evidencia creíble» de riesgos para la salud mental en el caso ideal de una paciente de bajo riesgo, admite también que hay «alguna evidencia» de que un solo aborto puede suponer un riesgo para la salud mental de una mujer adulta emocionalmente estable. Y el informe no expresa con claridad los cinco puntos clave resultantes de la investigación sobre este tema, aunque a veces los reconoce dentro de sus 91 páginas: 1) algunas mujeres sufren daño emocional por el aborto; 2) algunas mujeres se sienten presionadas hacia abortos no deseados; 3) hay algunos factores de riesgo bien identificados (entre ellos, la presión para abortar); 4) es necesario y urgente un estudio longitudinal prospectivo sobre los factores psicológicos; y 5) los terapeutas deben estar alerta ante problemas no resueltos en relación con algún aborto en el pasado y ser sensibles para proporcionar los cuidados apropiados.

8 *LifeSiteNews.com. Chair of APA Abortion Report Task Force Violates APA Ethics Rules.* <http://www.lifesitenews.com/ldn/2008/aug/08081307.html> [consultada 13 agosto 2008]

9 Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:777-84.

Por otra parte, el *Royal College of Psychiatrists* británico corrigió en marzo de 2008¹⁰ su consenso de 1994, para recomendar que las hojas informativas incluyan detalles sobre los riesgos de depresión tras el aborto, para que el consentimiento se base en información apropiada.

3. Características asociadas al aborto inducido

Antes de analizar las posibles complicaciones psiquiátricas del aborto inducido, tiene interés conocer qué mujeres tienen más probabilidad de someterse a él. Según el registro del Ministerio de Sanidad y Consumo¹¹, durante 2007 en España hubo 112.138 abortos inducidos, que dan una tasa de 11,49 por 1000 mujeres de entre 15 y 44 años. En el 97% de los casos, la razón aducida fue «peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada»; en el 2,91%, riesgo fetal; y en el 0,01%, violación. Son solteras el 68%; sin hijos previos, el 48%; asalariadas, el 63%; con estudios universitarios, el 14%.

En una muestra de más de 2.500 mujeres en Dinamarca¹², el aborto es más frecuente entre mujeres solteras,

menores de 20 años, con dos o más hijos, profesionalmente no cualificadas, desempleadas o estudiantes (características más frecuentes entre su población inmigrante no occidental). En una pequeña muestra de Noruega¹³, las mujeres con aborto inducido, en comparación con las que han sufrido aborto espontáneo, más frecuentemente están sin pareja, se consideran agnósticas y han sufrido alteraciones psiquiátricas previas. Como contraste, en una muestra representativa de la población general de Estados Unidos¹⁴, las mujeres con antecedentes de aborto inducido (en comparación con las mujeres sin este antecedente) se caracterizan por mayor edad, más alto nivel educativo y en mayor proporción tener empleo; estar separadas, divorciadas o viudas; ser de raza negra; historia de aborto espontáneo o parto prematuro; y trauma sexual en la infancia y en la edad adulta, así como agresiones físicas y accidentes graves en la edad adulta.

El aborto *repetido*, en California¹⁵, se asocia a mayor edad, raza negra, abuso de alcohol o drogas y el uso anticonceptivo de medroxiprogesterona depot; y supone

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

11 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

12 Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiasen C, Ginzler A, Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health* 2008; 18: 144-9.

13 Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med* 2005; 3:18.

14 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* 2009; 43: 770-6.

15 Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197: 575.e1-575.e6.

el 59% de los abortos. En Ontario¹⁶, donde representa el 32% de los abortos, se asocia a mayor edad, ser inmigrante, uso de anticonceptivos orales, historia de haber sufrido abusos sexuales y de enfermedades de transmisión sexual, y agresión física por parte del hombre compañero.

4. Qué es una complicación psiquiátrica

Una complicación psiquiátrica es una alteración que ocurre como desenlace precipitado, o al menos favorecido, por un evento previo. Puede consistir en una o más de las siguientes posibilidades: aparición de conductas perturbadoras o emociones negativas; actuaciones autodestructivas, especialmente intento de suicidio o suicidio consumado; reactivación de trastornos psiquiátricos previos; y aparición de algún nuevo trastorno psiquiátrico. Los trastornos psiquiátricos de menor incidencia son más difícilmente accesibles al estudio epidemiológico, por lo que generalmente los estudios focalizan su atención en los diversos trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos (especialmente la depresión) y los trastornos por abuso de sustancias.

Cualquier desenlace psiquiátrico es de origen multifactorial. En él están implicados factores predisponentes, incluida una influencia poligénica, y factores precipitantes, como son los acontecimientos estresantes; a todo ello se unen factores moduladores, de riesgo y de protección.

16 Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, Dal Bello D, Gunter J. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ* 2005; 172:637-41.

El impacto de los acontecimientos depende de cómo son percibidos, de los mecanismos psicológicos de defensa puestos en juego (en gran parte inconscientes) y del estilo de afrontamiento.

El hecho de abortar voluntariamente tiene una indudable dimensión ética, en la que se entrelazan los hechos y las valoraciones. En la percepción de los hechos entran en acción los mecanismos psicológicos de defensa, que van desde el mecanismo primitivo de negación («*son sólo unas células*») hasta el mecanismo maduro de anticipación («*ya soy madre de un hijo, ¿muerto o vivo?*»), pasando por el mecanismo de racionalización. Las valoraciones van a depender del modo que la persona tiene de entender el mundo y la vida y del entorno cultural. En ese entramado de ideas y emociones, a menudo rodeada de presiones sociales, en una situación subjetiva de conflicto, la mujer puede tomar la decisión de abortar. La narrativa personal de quienes acuden a pedir ayuda profesional permite comprender, al menos en parte, las conexiones de sentido que ha podido tener el acontecimiento. Es obvio que quienes solicitan ayuda representan una sub-muestra auto-seleccionada. Para conocer si, en conjunto, el hecho de provocar el aborto conlleva *per se* riesgo de daño psiquiátrico es necesario recurrir a estudios epidemiológicos.

5. Efecto del aborto inducido sobre la morbilidad psiquiátrica entre la población general

En su reciente estudio, Coleman *et al.*¹⁴, a la vez que comentan estudios previos,

ofrecen los resultados a partir de una muestra de unas 3000 mujeres, representativa de la población de Estados Unidos (*National Comorbidity Survey*), de las que un 13% habían tenido al menos un aborto provocado. Analizan la asociación de tener el antecedente de aborto inducido con diferentes diagnósticos psiquiátricos, controlando el efecto potencialmente confusor de 22 variables (demográficas, problemas relacionales, experiencias traumáticas previas, etc.). La intensidad de la asociación independiente [*odds ratio* (OR) ajustada] y estadísticamente significativa del aborto inducido con diferentes trastornos psiquiátricos es la siguiente: trastorno de pánico, 2,1; agorafobia, 1,9; trastorno de estrés post-traumático, 1,6; trastorno bipolar I, 2,7; primer episodio de manía, 1,7; depresión, 2,4; dependencia de alcohol, 2,4; dependencia de alguna droga ilegal, 2,3.

Steinberg y Russo¹⁷, realizan otro análisis de la base de datos de la *National Comorbidity Survey*¹⁷, sub-agrupando a las mujeres según hayan tenido dos, uno o ningún aborto inducido y controlando también múltiples posibles variables confundentes; y no encuentran asociación estadísticamente significativa del aborto inducido con el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de estrés post-traumático. En el mismo artículo, Steinberg y Russo¹⁷ analizan también otra base de datos norteamericana, de la *Nacional Survey of Family Growth*, y en ella encuentran

asociación significativa del aborto inducido con experimentar posteriormente síntomas de ansiedad, con una relación dosis-efecto entre 0, 1 o 2 abortos.

6. Riesgos psiquiátricos asociados a diferentes eventos obstétricos

El estudio de seguimiento que Fergusson *et al.*³ realizaron en una cohorte neozelandesa evaluada repetidamente hasta la edad de 30 años controla todas las potenciales variables confundentes requeridas por otros expertos⁵ y distingue cuatro grupos de mujeres según el tipo de evento obstétrico (aborto inducido, pérdida del embarazo, embarazo no deseado llevado a término y embarazo a término sin rechazo) y las compara con las mujeres sin embarazo. Supone un refinamiento mayor y 5 años más de seguimiento de las participantes que su estudio de 2006¹⁸. El estudio de 2008 confirma el de 2006 y concluye que la experiencia del aborto inducido se asocia a un modesto pero significativo aumento de las tasas de trastornos mentales.

Los autores³ analizan los datos según un modelo concurrente y según un modelo con eventos obstétricos ocurridos en los 5 años previos al periodo en el que se evalúa la salud mental (modelo diferido). En el modelo concurrente (Figura 1), el aborto inducido y la pérdida del embarazo (aborto espontáneo) se asocian a un aumento significativo de la tasa de algún

17 Steinberg J.R., Russo N.F. Abortion and anxiety: What's the relationship? *Soc Sci Med* 2008; 67: 238-52.

18 Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47:16-24.

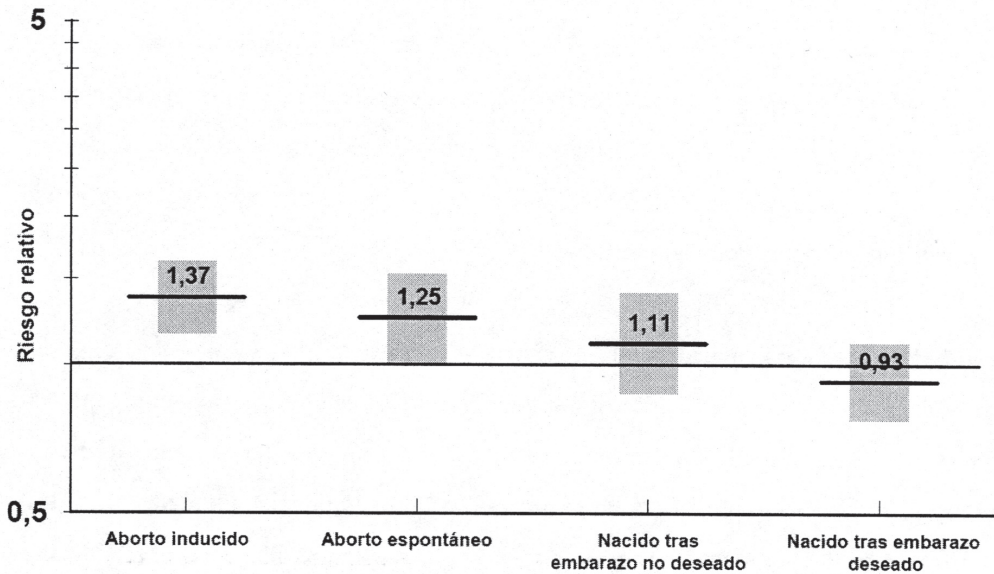


Figura 1. Representación gráfica de los riesgos relativos de algún trastorno mental en cuatro grupos de mujeres según el tipo de evento obstétrico en comparación con el grupo de mujeres que no estuvieron embarazadas, tras controlar el potencial efecto de múltiples factores confundentes.

trastorno mental; en el modelo diferido, solamente el aborto inducido mantiene esa asociación. Ninguno de los dos grupos de embarazo llegado a término, el no deseado y el deseado, muestra asociación con un aumento significativo de la tasa de trastorno mental (en uno u otro modelo). Destaca la asociación del aborto inducido con la dependencia de alguna droga ilegal, tanto en el modelo concurrente como en el diferido, con riesgos relativos de 3,56 y 2,85 respectivamente; y en el modelo diferido, también con dependencia de alcohol (riesgo relativo de 2,88) y con algún trastorno de ansiedad (riesgo relativo de 2,13).

La línea horizontal señala el riesgo relativo de 1; y el extremo de los rectán-

gulos, el intervalo de confianza del 95% (la diferencia es significativa cuando los valores no tocan la línea de 1). La figura ha sido realizada por los autores de este artículo a partir de datos de la Tabla 2 de Fergusson *et al.*³

Fergusson *et al.*³ consideran que sus resultados se pueden interpretar como prueba de una relación causal, aunque de pequeña intensidad, entre aborto inducido y peor salud mental de la mujer implicada, como lo indican las siguientes bases: 1) confirmación de las asociaciones; 2) resistencia al control de variables de confusión; 3) secuencia temporal de los eventos, demostrada con los modelos diferidos; 4) disponibilidad de tres grupos

comparativos y una asociación que se comprueba que es específica; 5) robustez de los resultados; y 6) plausibilidad teórica de los resultados (para al menos una parte de las mujeres, el aborto inducido es un evento muy estresante que provoca un malestar que dura años).

Los hallazgos de Fergusson et al.³ confirman estudios anteriores, en los que se comparaba el aborto inducido con el embarazo no deseado llevado a término o con mujeres que no tuvieron embarazo. Reardon *et al.*¹⁹, al encuestar a una amplia muestra americana de mujeres jóvenes encontraron que entre las que habían abortado voluntariamente se duplicaba la tasa de abuso de drogas ilegales (evaluadas tras un promedio de 4 años después), en comparación con quienes llevaron a término un embarazo no deseado. En una muestra representativa de jóvenes noruegas²⁰, seguidas entre sus 15 y 27 años, y controlando el efecto de posibles variables de confusión, se observó que la posibilidad de presentar dependencia nicotínica, consumo de cannabis en el último año o consumo de otra droga ilegal se multiplicaba por más de 3 en quienes habían tenido algún aborto inducido, y no en quienes habían tenido algún parto (con o sin algún aborto inducido); y que esa asociación estaba presente (y con mayor intensidad) sólo

en el grupo de mujeres que no mantenían actualmente la relación con el padre del feto abortado. En una muestra de algo más de 1.000 mujeres que dieron a luz²¹, el haber tenido previamente un aborto inducido multiplicó por 3 la posibilidad de usar drogas ilegales durante el último embarazo y por 2 la de fumar cigarrillos (esa posibilidad se redujo y dejó de ser significativa en quienes habían tenido dos o más abortos inducidos previos); entre quienes tuvieron el último embarazo como no deseado fue más frecuente el fumar que entre las demás²¹.

En una muestra de más de 10.000 mujeres en edad reproductiva con un primer embarazo no intencionado²², al comparar aquellas en las que terminó en aborto inducido con aquellas en las que terminó en parto, en las primeras apareció un trastorno de ansiedad generalizada en una proporción significativamente mayor que en las segundas, según entrevista realizada unos 12 años después del embarazo; la diferencia fue debida sobre todo a quienes tuvieron el embarazo antes de los 20 años y a quienes eran entonces solteras.

La tasa de ingresos psiquiátricos fue 1,7 veces más alta entre quienes abortaron que entre quienes dieron a luz, entre unas 55.000 mujeres californianas de bajos ingresos a lo largo de los cuatro años si-

19 Reardon DC, Coleman PK, Cogle JR. Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Survey of Youth. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004; 30: 369-83.

20 Pedersen W. Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study. *Addiction* 2007; 102:1971-8.

21 Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR. Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *Br J Health Psychol* 2005; 10(Pt 2): 255-68.

22 Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *J Anxiety Disord* 2005; 19: 137-42.

guientes al evento obstétrico (tras excluir a todas las que tuvieron algún evento obstétrico o algún ingreso psiquiátrico en el año previo); la tasa fue significativa y algo más alta para los ingresos por trastorno adaptativo, depresión psicótica y trastorno bipolar²³.

La importancia de la edad queda reflejada en un estudio longitudinal prospectivo de mujeres australianas hasta la edad de 21 años²⁴; con control de múltiples factores de confusión y en comparación con las nunca embarazadas, el aborto inducido se asoció significativamente a abuso o dependencia de alguna droga ilegal distinta de cannabis, abuso o dependencia de alcohol, dependencia nicotínica y algún trastorno de ansiedad. También el aborto espontáneo se asoció a algún riesgo: abuso o dependencia de alguna droga ilegal distinta de cannabis y dependencia nicotínica. Incluso quienes dieron a luz mostraron un riesgo significativamente elevado de dependencia nicotínica.

El posible impacto traumático del aborto espontáneo y del aborto inducido fue evaluado con un seguimiento, hasta 5 años después del evento, de dos muestras paralelas⁵; se analizó la presencia de intrusiones y de evitación, junto a otros posibles sentimientos y síntomas acompañantes. Las intrusiones, así como el sentimiento de duelo y de pérdida, fueron

más intensas en el grupo de aborto espontáneo a los 10 días, pero la diferencia dejó de ser significativa en la comparación de los 6 meses, 2 años y 5 años. La evitación, así como el sentimiento de alivio y de vergüenza, fue más intensa en el grupo de aborto inducido a lo largo de las cuatro evaluaciones sucesivas; y el sentimiento de culpa, en las tres últimas. Un análisis previo de parte de esos datos²⁵, mostró que la evitación a los 2 años se asociaba significativamente al grupo (aborto inducido) y a sentimientos de culpa o vergüenza en la evaluación primera.

Aunque se ha descrito un «síndrome postaborto»²⁶, los casos descritos tienen las características diagnósticas del trastorno de estrés post-traumático y, aunque este trauma tiene la peculiaridad de ser —al menos en parte— auto-inducido, no se ha demostrado su validez diagnóstica como entidad distinta; su uso podría compararse al del coloquial «síndrome de Vietnam». Diferencias culturales o de experiencias traumáticas previas podrían explicar que unas mujeres sean más propensas que otras a sufrir síntomas post-traumáticos, como manifiesta la diferencia entre mujeres norteamericanas y mujeres rusas²⁷: el trastorno de estrés post-traumático esta

23 Reardon DC, Cogle JR, Rue VM, Shuping MW, Coleman PK, Ney PG. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *CMAJ* 2003; 168: 1253-6.

24 Dingle K, Alati R, Clavarino A, Najman JM, Williams GM. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study. *Br J Psychiatry* 2008; 193:455-60.

25 Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosom Med* 2004; 66: 265-71.

26 Gómez Lavín C, Zapata García R. Categorización diagnóstica del síndrome postaborto. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33: 267-72.

27 Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit* 2004; 10: SR5-16.

presente en el 14% y en el 0,9% de ellas; y síntomas aislados del trastorno, en el 65% y el 13% respectivamente.

7. Aborto inducido y riesgo de suicidio

Según un registro de casos en Finlandia²⁸, la tasa anual de muerte por suicidio entre las mujeres en edad reproductiva era de 11,3 por 100.000; entre las que dieron a luz fue de 5,9; entre quienes tuvieron aborto espontáneo, de 18,1; y entre quienes tuvieron un aborto inducido, de 34,7. La OR para el aborto inducido, comparado con quienes no tuvieron embarazo fue 3,08 (IC 95%, 1,57-6.03), de lo que los autores concluyen que o bien hay factores comunes o bien el aborto inducido tiene un efecto nocivo.

Tratando de aclarar esta asociación por medio del registro de casos de *Medicaid* en California²⁹, se estudió la mortalidad asociada al aborto (inducido) de un primer embarazo en comparación de quienes, sin antecedente de aborto inducido, dieron a luz, con la precaución de controlar estadísticamente el efecto de la edad y de la historia psiquiátrica. El riesgo relativo de muerte por suicidio fue de 3,12 (IC 95%, 1,25-7,78); y el de muerte por cualquier causa, de 1,61 (IC 95%, 1,30-1,99).

8. Conclusiones

Aunque las consecuencias psiquiátricas del aborto inducido siguen siendo objeto de controversia^{1,2,30}, hay algunos puntos que parecen quedar fuera de toda duda. En primer lugar, que es difícil para muchos investigadores mantenerse neutrales en el análisis científico de los datos, aunque algunos han hecho el loable esfuerzo de tomar todas las precauciones metodológicas a su alcance, incluido el usar grupos comparativos apropiados y el controlar todos los potenciales variables de confusión. En segundo lugar, que ninguna investigación ha encontrado que el aborto inducido se asocie a mejor evolución de la salud mental; incluso autores «*pro-choice*» encuentran resultados «neutros», «mezclados» o «negativos» (adversos), pero nunca «positivos» (favorables)⁵. En tercer lugar, que —como señalan Fergusson *et al*¹— de ninguna manera puede invocarse, sobre bases empíricas, razones de salud mental de la embarazada para inducir el aborto, a pesar de que así se haga en la mayoría de los casos en España y en algunos otros países. El valorar la posibilidad de efectos psíquicos nocivos como más o menos importante queda a la discreción de los médicos, los legisladores y la sociedad en su conjunto.

28 Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *BMJ* 1996;313:1431-4.

29 Reardon DC, Ney PG, Scheuren F, Cogle J, Coleman PK, Strahan TW. Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women. *South Med J* 2002; 95: 834-41.

30 Editorial. Unwanted results: the ethics of controversial research. *CMAJ* 2003; 169: 93.

Recibido: 25-07-2009

Aceptado: 31-08-2009