



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**

**“LAS EMOCIONES Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MUJERES QUE
INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN LA CIUDAD DE MÉXICO”**

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:

MAESTRA EN CIENCIAS

P R E S E N T A :

KARLA FLORES CELIS

TUTORAS:

DRA. LUCIANA RAMOS LIRA

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
PÚBLICA**

DRA. CATALINA GONZÁLEZ-FORTEZA

**INSTITUTO NACIONAL DE
PSIQUIATRÍA**

Ciudad de México, Noviembre de 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“Experimenten,
pero no dejen de tener en cuenta que para experimentar
hace falta mucha prudencia.
Vivimos en un mundo más bien desagradable,
en el que no sólo las personas,
sino también los poderes establecidos,
tienen interés en comunicarnos afectos tristes.
La tristeza, los afectos tristes son todos aquellos que
disminuyen nuestra potencia de obrar
y los poderes establecidos necesitan de ellos para convertirnos en esclavos...
No es fácil ser libre: huir de la peste,
organizar encuentros, aumentar la capacidad de actuación,
afectarse de alegría,
multiplicar los afectos que expresan o desarrollan un máximo de afirmación”*

Gilles Deleuze, tomado de Foucault para Encapuchadas.

Para Luciana, por la guía, la tenacidad y el cariño. Porque aunque *la vida sea una masacre*, siempre apuesta y construye espacios para lo vivo, donde cabemos todas.

Para Caty, que con su risa ilumina incluso los días inciertos.

Para Luisa, otra vez y de nuevo, como el amor y la compañía. Por los porvenires ya navegados, los que divisamos y los que estamos por inventar-nos

Para Susana y Agnes que labraron el camino y me regalaron la duda

Para Lucía por la transmisión de la autonomía y porque que siempre sabe sobre lo verdadero y lo lleva hasta sus últimas consecuencias.

Para Irma, porque donde no hay esperanza, ella la inventa y la comparte.

Para Lourdes, la maga de los puentes.

Para Sandra y José Luis que nos enseñaron con el ejemplo la potencia del trabajo y la firmeza.

Para Andrea, Ariadna, Pamela, Erika y Perla por elegir la amistad donde se exigía competencia.

Para Luciana, Caty, Midiam, Tere, Olí, María Elena y Rafaella, por las grandes lecciones en el oficio de la investigación y por estar siempre a la altura del compromiso y la convicción.

Gracias a todas, por el afecto de la alegría.

Índice

Abstract	6
Resumen	7
Antecedentes del proyecto	8
Introducción	10
a) El aborto inducido en México	10
b) El embarazo y el aborto, asuntos de salud pública	12
Capítulo 1. Estrés y emociones frente un embarazo no intencional y frente a un aborto voluntario	17
1.1 Evaluación primaria: La noticia del embarazo no intencional como evento estresante	20
1.2 Evaluación secundaria: El momento de tomar la decisión de interrumpir el embarazo	24
1.3 De la decisión a la acción: el aborto como estrategia de afrontamiento	26
Capítulo 2. Embarazo no intencional, aborto voluntario y sintomatología depresiva	32
2.1 Embarazo no intencional y sintomatología depresiva	34
2.2 Aborto voluntario y sintomatología depresiva	36
Capítulo 3. Riesgos preexistentes: los antecedentes de las mujeres	41
3.1 Historia de depresión previa al embarazo no intencional y al aborto voluntario	42
3.2 Violencia sexual, embarazo no intencional y aborto voluntario	44
Capítulo 4. Metodología	47
4.1 Planteamiento del problema	47
4.2 Objetivo General	48
4.3 Objetivos específicos	48
4.4 Hipótesis	48
4.5 Diseño	48
4.6 Participantes	49
4.7 Instrumentos	49
4.8 Procedimiento	51
4.9 Plan de análisis	53
4.10 Consideraciones éticas	56
Capítulo 5. Resultados	58
5.1 Descriptivos	58
5.1.1 Variables sociodemográficas	58
5.1.2 Variable independiente: Emociones	60
5.1.3 Variable dependiente: Sintomatología depresiva elevada	64
5.1.4 Riesgos pre existentes	64
5.1.4.1 Depresión	64
5.1.4.2 Violencia sexual	65
5.2 Análisis bivariado	66
5.2.1 Relación entre emociones y sintomatología depresiva elevada	66
5.2.2 Relación entre riesgos pre existentes y sintomatología depresiva elevada	71
5.3 Modelos de regresión logística	72

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones	77
6.1 Discusión	77
6.1.1 Sintomatología depresiva elevada	77
6.1.2 Emociones positivas y negativas	80
6.1.3 Riesgos pre existentes	85
6.1.3.1 Autoreporte de depresión y percepción de la depresión de la madre	85
6.1.3.2 Violencia sexual	89
6.2 Alcances y limitaciones	92
6.3 Conclusiones	95
Referencias	99
Anexos	109

Abstract

Para la teoría transaccional del estrés, la presencia de sintomatología depresiva elevada en algunas mujeres después de un aborto no es consecuencia del procedimiento en sí, sino resultado de la evaluación de la situación estresante que el contexto del embarazo plantea. Por lo tanto, el propósito de este estudio fue analizar la relación que existe entre las emociones presentes antes, durante y después del proceso de un aborto en la Ciudad de México, y la presencia de sintomatología depresiva elevada tras la interrupción legal del embarazo, tomando en cuenta antecedentes de depresión y violencia sexual. Para ello se realizó un estudio transversal en el que participaron 114 mujeres que interrumpieron el embarazo en una clínica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. El 26.32% reportó sintomatología depresiva elevada. Las emociones negativas aparecen asociadas a la sintomatología en los tres momentos; se encontró una asociación con el reporte de la depresión de la madre. La violencia sexual no mostró asociación. Las emociones pueden ser utilizadas como indicadores del resultado de las estrategias de afrontamiento. No obstante, es probable que estos hallazgos estén relacionados con otros factores que no fueron incluidos como el estigma, el apoyo social o la resiliencia. En vista de que la mayoría de las mujeres no presentaron síntomas depresivos y las emociones positivas son más elevadas al final del procedimiento, el aborto podría ser un factor protector de la aparición de sintomatología depresiva en situaciones donde el embarazo no intencional implica una situación altamente estresante.

Resumen

Introducción. Actualmente existe un debate en cuanto a la relación entre la interrupción voluntaria del embarazo y la salud mental. En la última década se han producido alrededor del tema revisiones sistemáticas que cuestionan la hipótesis de que la interrupción del embarazo es un hecho traumático que podría desencadenar trastornos mentales graves. En ellas se observa que en varios estudios existen inconsistencias y fallas metodológicas que ponen en cuestión la existencia de una asociación directa entre el aborto y los problemas de salud mental de las mujeres. Desde el punto de vista de las teorías transaccionales de estrés, el embarazo se considera un estresor agudo y el aborto una estrategia de afrontamiento, por lo que el proceso de embarazo no intencional-aborto puede estar relacionado con una serie de reacciones emocionales que no son patológicas en sí mismas, pero que pueden considerarse indicadores de la efectividad de las evaluaciones y del afrontamiento para las situaciones estresantes que suponen el embarazo y su interrupción. En este trabajo se plantea que algunas mujeres pueden presentar síntomas depresivos como resultado de la evaluación de la situación estresante. Para determinar si una situación es estresante o no, también se toman en cuenta los riesgos pre existentes que podrían configurar un estresor agudo en uno crónico; al respecto, en este trabajo se consideraron las experiencias previas de violencia sexual y los antecedentes psiquiátricos familiares y personales.

Objetivo. Analizar la relación que existe entre las emociones presentes antes, durante y después del proceso de un aborto legal voluntario en la Ciudad de México, y la presencia de sintomatología depresiva elevada tras la interrupción legal del embarazo, tomando en cuenta antecedentes de depresión y de violencia sexual.

Metodología. Se realizó un estudio transversal en el que participaron 114 mujeres que interrumpieron el embarazo en una clínica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Previo consentimiento informado, se llevaron a cabo entrevistas estructuradas con base en una batería de instrumentos. Se recopilaron datos sociodemográficos, antecedentes de violencia sexual (abuso sexual, violencia sexual después de los 15 años y violencia sexual por parte de la pareja actual) y antecedentes de depresión (autoreporte de depresión, percepción de la depresión de la madre y depresión del padre). El cuestionario indagó también sobre las emociones negativas y positivas experimentadas al saberse embarazadas; al momento de tomar la decisión del aborto y al término del procedimiento. La sintomatología depresiva elevada se evaluó con el Center Epidemiological Scale for Depression en su versión revisada de 35 reactivos.

Resultados. De las 114 mujeres entrevistadas, el 26.32% reportó sintomatología depresiva elevada. En el análisis de regresión logística se encontró que las emociones negativas aparecen asociadas a la sintomatología depresiva elevada al momento de saberse embarazadas (avergonzada OR=4.27, IC95% 2.11–8.66 y confundida OR=1.96, IC95% 1.08-3.57), al momento de tomar la decisión del aborto (cuplable OR=2.31, IC95% 1.05 – 5.11 y enojada 2.30 IC95% 1.17 – 4.17) y al término del proceso (enojada OR= 5.43 IC95% 1.62 – 18.18). Además, en éste último momento se encontró una asociación estadísticamente significativa con el reporte de percepción de la depresión de la madre (OR=20.10, IC95% 2.38 – 169.82). Las variables de violencia sexual no mostraron significancia estadística en ninguno de los modelos.

Conclusiones. Este trabajo muestra que el proceso embarazo-aborto puede ser abordado desde las teorías transaccionales del estrés y que en ese sentido las emociones pueden ser utilizadas como indicadores de la eficacia –o fracaso- de las estrategias de afrontamiento, pues sí se encontraron relacionadas con la presencia de sintomatología depresiva elevada en los tres momentos. Es probable que estos resultados no solo estén relacionados con los riesgos pre existentes considerados aquí sino con otros factores que no fueron incluidos, tales como las creencias estigmatizadoras, la transmisión intergeneracional de la depresión, el apoyo social y la resiliencia. A pesar de la asociación reportada con las emociones negativas, la mayoría de las mujeres no presentan síntomas depresivos y de hecho las emociones positivas tienen medianas más elevadas al final del procedimiento, lo que podría indicar que mayoría de las mujeres resolvieron de manera efectiva el estresor agudo mediante la estrategia de afrontamiento del aborto voluntario y los procesos cognitivos adyacentes. Por lo anterior, el aborto podría ser un factor protector de la aparición de sintomatología depresiva en situaciones donde el embarazo no intencional implica una situación altamente estresante. Sin embargo, es necesario llevar a cabo más investigaciones con diseños más poderosos/potentes para contar con evidencia contundente al respecto.

Antecedentes del proyecto

Este trabajo es parte de una investigación más amplia titulada “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”¹ y es parte de la fase de piloteo del instrumento y exploración de la factibilidad para realizar un levantamiento de datos más amplio en una clínica de Interrupción Legal del Embarazo ubicada en un Centro de Salud TIII de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México.

La inquietud por el tema es producto también, de la participación previa de la autora en un proyecto sobre el análisis de los argumentos vertidos en las audiencias públicas en la Suprema Corte de Justicia durante el litigio en el que se discutió la constitucionalidad de la despenalización del aborto en la Ciudad de México². En esas audiencias, uno de los principales argumentos que se discutieron sobre salud, fue precisamente si el aborto podría ocasionar daños graves e irreversibles en la salud mental de las mujeres. No obstante, no existía evidencia en América Latina y la citada en las ponencias correspondía a estudios llevados a cabo en población anglosajona y los problemas metodológicos que no se problematizaron durante la exposición.

En 2014, de manera concomitante con el interés y formación del equipo en el Instituto Nacional de Psiquiatría, Ipas México llamó a una reunión de trabajo para realizar investigación en el tema, por lo que se concentraron los esfuerzos en formar un solo equipo de trabajo. Por ello, en esta investigación participan investigadoras del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, a saber: Dra. Luciana Ramos Lira, Dra. Catalina González Forteza; Mtra. Midiam Moreno, Mtra. Teresa Saltijeral; en colaboración con la Dra. Rafaella Schiavon y la Mtra. Maria Elena Collado integrantes de Ipas México y con la Psic. Olivia Ortiz de Adas México, así como la autora de la presente tesis.

Cabe destacar que la batería de instrumentos, el protocolo de aplicación de las entrevistas, la capacitación de las entrevistadoras y las gestiones logísticas y legales necesarias fueron llevadas a cabo en sesiones de trabajo colaborativo donde participó todo el equipo durante un año y medio previo al levantamiento de datos. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría

¹La responsable del proyecto es la Dra. Luciana Ramos Lira y fue aprobado por el Comité de Ética con la referencia CEI/C/001/2015.

² Producto de este proyecto se publicó: Lerner, Guillaume y Melgar (2016) *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. México: El Colegio de México e Intitut de recherche pour le developpement

Ramón de la Fuente Muñiz el 12 de enero de 2015 y a partir del 30 de junio de 2016 fue dictaminado como aprobado y financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Además, se contó con el apoyo y colaboración de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México por medio del responsable del área de Salud Sexual y Reproductiva, el Dr. Patricio Sanhueza y del personal en todos los niveles de la clínica de ILE en la que se levantaron los datos

Introducción

a) La Interrupción Legal del Embarazo en México

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el aborto es un procedimiento seguro cuando es llevado a cabo por personas con capacidad y técnicas adecuadas; la mayor cantidad de muertes y discapacidades originadas por esta causa podrían evitarse si las mujeres tuvieran acceso al aborto en condiciones seguras, entre las que se cuenta también la atención oportuna de las complicaciones en el procedimiento. Las consideraciones para llevar a cabo un aborto seguro en cuanto a quién lo realiza, cómo y en qué condiciones, varían con respecto al tiempo de gestación, a la tecnología disponible, a la legislación del país y a la disponibilidad de servicios sanitarios. En la actualidad, la OMS reconoce como seguros dos tipos de procedimientos: uno es el aborto médico que se lleva a cabo solo con medicación y el otro es el aborto quirúrgico que se realiza por medio de una aspiración ya sea manual o eléctrica (OMS, 2016a).

El enfoque de este trabajo es el de salud mental pública, aunque como afirman Lerner, Guillaume y Melgar (2016), no se puede hablar de un problema en este rubro sin tener en cuenta el contexto social, cultural y político en el que las desigualdades sociales determinan comportamientos individuales y prácticas culturales de ciertos grupos. Por eso es necesario mencionar que en México la interrupción del embarazo fue despenalizada hasta la doceava semana de embarazo exclusivamente en la Ciudad de México apenas hace 9 años en medio de un álgido debate (Enríquez y De Anda, 2008).

Luego de décadas de pugna por parte de las Organizaciones de la Sociedad Civil, se consiguió gestionar la iniciativa en la Asamblea Legislativa y finalmente realizar las modificaciones al código penal y a la Ley General de Salud del Distrito Federal para implementar los protocolos necesarios para llevar a cabo los procedimientos de forma gratuita y segura por las instituciones de salud de la ciudad. En ese mismo año, una vez aprobada la resolución de la Asamblea Legislativa, el Comisionado Nacional de Derechos Humanos y el Procurador General de la República interpusieron una acción de inconstitucionalidad que bajo el alegato de incertidumbre jurídica, pretendía que la Suprema Corte de Justicia desechara los cambios sobre la definición de aborto y su despenalización.

Para resolverlo, la corte apeló a la figura del *amicus curiae*³ y por primera vez en la historia abrió un proceso de audiencias públicas donde participaron diversos grupos de la sociedad civil. Finalmente la Corte emitió una sentencia favorable para la constitucionalidad de dichos cambios el 28 de agosto de 2008 (Enríquez y De Anda, 2008).

La acción de inconstitucionalidad no sería el único intento por limitar el acceso al aborto legal y seguro en México. A manera de batalla legal, se han realizado también una serie de modificaciones en las constituciones y códigos penales locales de 17 estados de la República Mexicana para “proteger la vida desde el momento de la concepción y hasta la muerte natural”, lo cual implica negar la despenalización del aborto voluntario en el primer trimestre en dichas entidades. Esas modificaciones han tenido importantes consecuencias jurídicas, ya que a partir del cambio legislativo en muchas de las entidades, son los mismos médicos que atienden a las mujeres por complicaciones relacionadas con el aborto, quienes denuncian dichas complicaciones, y se han documentado en todo el país, casos de mujeres encarceladas por el delito de “homicidio en razón de parentesco” aunque en realidad corresponden a abortos inducidos e incluso espontáneos. Por otro lado, en términos de acceso al derecho a la salud, han ocasionado que muchas mujeres de otras entidades tengan que viajar a la Ciudad de México para llevar a cabo el procedimiento, siendo en una proporción importante provenientes del Estado de México, por su cercanía y por el intercambio y movilidad que existe entre las dos entidades (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016).

El acceso limitado de las mujeres al aborto seguro y legal (ya sea porque viven en entidades donde la legislación no solo lo prohíbe sino que lo criminaliza, o porque no tienen suficientes recursos para viajar a la Ciudad de México), provoca prácticas discriminatorias y de injusticia social, pues el acceso restringido, empuja a las mujeres a recurrir a abortos inseguros en la mayoría de los casos. La no despenalización del aborto en todo el país produce también una oferta clandestina de servicios de aborto riesgosos y con altos costos tanto para las mujeres como para los sistemas de salud que atienden las complicaciones derivadas (Lerner, 2008).

³ Figura jurídica que permite abrir la posibilidad de participación de terceros que no son parte de un litigio, pero cuyo interés en el tema es demostrable y justificado, por lo que pueden participar de la exposición de sus opiniones para aportar elementos para el juzgador (Melgar, Lerner y Guillaume, 2016)

Así, se puede afirmar que el embarazo no intencional y el aborto voluntario son objeto de intensas discusiones en múltiples instancias del ámbito social, debido a que se encuentran atravesados por aristas psicológicas, morales, bioéticas, legislativas, sanitarias, religiosas etc. No obstante, se trata también de dos de los problemas mundiales más relevantes en términos de salud pública por estar estrechamente relacionados con los índices de desarrollo, las inequidades en la distribución de los recursos, el acceso a los servicios de salud y las muertes por enfermedades prevenibles. Por lo anterior, es necesario tomar en cuenta el contexto de la interrupción del embarazo desde la salud mental pública y la salud reproductiva de las mujeres en la Ciudad de México.

b) El embarazo y el aborto, asuntos de salud pública

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año en el mundo se embarazan cerca de 210 millones de mujeres. De ellas, mueren 830 cada día por complicaciones prevenibles del embarazo o el parto, como hemorragias, infecciones, hipertensión gestacional, complicaciones en el parto y abortos inseguros. El 99% de estas muertes ocurre en países en desarrollo⁴ y es más elevada entre las mujeres jóvenes, especialmente entre aquellas que viven en zonas rurales. Así, el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de una por cada 4900 mujeres en países desarrollados, mientras que en países en desarrollo es de una por 180 (OMS, 2016b).

En general la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, aunada a otras inequidades en materia social y cultural, incrementan la frecuencia con la que las mujeres se embarazan y conllevan malas condiciones para la atención del embarazo, parto y puerperio, como ocurre mayormente en los países en desarrollo (OMS, 2016a). Esto se observa no solamente entre los países, sino también al interior de los mismos, pues la vulneración del derecho a la salud, afecta de manera diferenciada a las mujeres en función de la edad, la raza, la etnia, la región, el ingreso, etc., como propone el análisis interseccional (Muñoz Cabrera, 2011).

⁴ La OMS se apega a la clasificación de desarrollo del Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas y del Banco mundial, con base al el Índice de Desarrollo Humano que “es un indicador sintético de los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano, a saber, tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno.” (Ver Programa de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas: <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh>)

Al respecto de lo que ocurre en México, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (PNUD) reportó que en nuestro país la mayoría de las y los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y los 19 años. A pesar de que la mayoría (97%) conoce algún método anticonceptivo, el 55% no utilizó ninguno en su primera relación sexual. Las mismas estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) refieren que el 17.4% del total de nacimientos en México corresponde a mujeres menores de 20 años, de los cuales entre 60 y 80% de ellos son no planeados. El riesgo de morir para las jóvenes que se embarazan antes de los 20 años, es dos veces mayor que el de aquéllas que se embarazan después de esta edad; en el caso de las menores de 15 años, el riesgo de muerte materna es 5 veces mayor (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2010). Lo anterior muestra el grado de vulnerabilidad de las y los jóvenes en cuanto a los riesgos reproductivos: el embarazo no deseado o no planeado y la exposición a enfermedades de transmisión sexual.

En ese sentido, los problemas de salud sexual y reproductiva en México guardan una estrecha relación con la inequidad en la distribución del ingreso y la desigualdad de oportunidades en todo el entramado de los derechos sociales. Pruebas de ellos son los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) que identificó que las mujeres unidas entre los 15 y 49 años que no deseaban tener más hijos pero que no se protegían abarcaban el 9.8% y las que se encontraban entre el rango de los 15 y 19 años el porcentaje de mujeres que no deseaba un embarazo pero no se protegía se elevaba más de dos veces (24.6%). Estas cifras variaban además de acuerdo a diversas características sociodemográficas: el porcentaje de mujeres que no utilizaban métodos anticonceptivos aumentaba entre aquéllas que eran de comunidades rurales (15.9%) vs las urbanas (8.1%); entre las mujeres sin escolaridad (20%) vs las que tenían secundaria o más (8.3%) y entre hablantes de alguna lengua indígena (21.5%) vs las que solo hablaban español (9%) (Campero et al., 2013).

Otra prueba de la desigualdad en el acceso a la salud son las tasas de fecundidad, mientras que en las mujeres que tienen entre 35 y 39 años es de 41 hijos por cada mil mujeres; entre las adolescentes de 15 a 19 años, es de 70 hijos por cada mil y en ese mismo grupo de edad se eleva a una tasa de 180 por cada mil en aquellas mujeres sin escolaridad. Para quienes tienen cursada la secundaria o más, es de 60 de cada mil. Quizás el dato más preocupante es que en 2008 el 13% de todas las causas de muerte materna en el país correspondió a muertes

de mujeres adolescentes y en 2011 la razón de mortalidad materna para las menores de 20 años fue de 53.4 por cada cien mil nacidos vivos (Campero et al., 2013).

En consonancia con lo anterior, el Observatorio de Mortalidad Materna en México reporta que en 2014 murieron 872 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto, puerperio; el 9.2% por aborto⁵ y con respecto al total, el 10.4% eran menores de 19 años. La razón de mortalidad materna nacional en ese año fue de 39 por cada cien mil nacidos vivos. En la Ciudad de México ocurrieron 56 muertes a lo largo del año, pero la razón de mortalidad materna fue de 42 por cada cien mil nacidos vivos. En el 10.7% de las mujeres la causa fue aborto y con respecto al total, el 7.1% era menor de 19 años (Freyermuth et al., 2016).

Por otro lado, con respecto al aborto, se estima que el 54% de todos los embarazos no intencionales que ocurren en México, terminan siendo interrumpidos a pesar de que las restricciones de los marcos legales, con excepción la Ciudad de México (donde desde 2007 el procedimiento está despenalizado hasta la doceava semana). Esta cifra fue tomada de un estudio del Guttmaher Institute coordinado por Juárez et al., (2013) en el que se utilizó la información de las complicaciones por aborto reportadas por la Secretaría de Salud en los Cubos Dinámicos y las Encuestas de Dinámica Demográfica, así como entrevistas a los propios prestadores de salud⁶.

De acuerdo con lo reportado por dicho grupo la tasa de aborto es de 38 por cada mil mujeres en edad reproductiva y la causa principal es el embarazo no deseado. En ese sentido, su estimación es que el 55% de todos los embarazos en México son no intencionales y que por lo tanto cada año en México ocurren 71 embarazos no intencionales por cada mil mujeres en edad reproductiva (Juárez, et al., 2013).

En la misma investigación se señala también que existen diferencias por edad en la tasa de aborto: la tasa más elevada se encuentra entre mujeres de 20 a 24 años (55 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva) seguida por las adolescentes entre 15 y 19 años (44 por cada mil) (Juárez et al., 2013). Los resultados muestran además que la tasa de abortos es más elevada en las regiones urbanas con mayor desarrollo que en aquellas zonas con menor desarrollo: mientras que en Chiapas, Guerrero y Oaxaca la tasa de aborto es de 26 por cada mil mujeres en edad reproductiva y en el Distrito Federal es de 54 por cada mil. Sin embargo,

⁵ Registros de la Secretaría de Salud con la clasificación CIE-10: O00-O06 “aborto no especificado”

⁶ Es importante mencionar que dada la metodología utilizada en el estudio, las proporciones para estados donde el aborto no es legal podrían estar subestimadas.

dado el contexto de legalidad en la Ciudad de México es necesario que se tome en cuenta la dificultad de comparación de las estimaciones con el resto del país y que el registro más elevado en la capital probablemente está más relacionado con el marco de legalidad en el que se lleva a cabo que con una mayor incidencia.

Con respecto a la Ciudad de México, el análisis del Consejo Nacional de Población – CONAPO- (acerca de los datos de la ENADID 2009), señala que un 55.4% de las mujeres en edad fértil son sexualmente activas, proporción que supera la media nacional de 52.9%. Con base en indicadores tales como inicio de la vida sexual, uso de métodos anticonceptivos, y condiciones de la vida sexual actual se creó un índice de exposición al riesgo de embarazo, que muestra que el 81.4 % de las mujeres en edad reproductiva está expuesta potencialmente a un embarazo en la Ciudad de México (Villagomez, Mendoza y Valencia, 2011).

Así mismo en la entidad, el 27% de las mujeres que se hallaban embarazadas al momento de la encuesta reportaron que su embarazo no era planeado y el 16.2% que no era deseado. Al revisar estas cifras por grupo de edad se observa que el porcentaje más alto de embarazo no planeado corresponde a las adolescentes de entre 15 y 19 años (47.6%), y el mayor índice de embarazo no deseado se halla en el grupo de 25 a 29 años (23.7%). Esto es explicable debido a la demanda de anticoncepción definitiva que ocurre con el incremento de la edad de las mujeres (Villagomez, Mendoza y Valencia, 2011).

En el caso de la Ciudad de México es indispensable mencionar que existen 16 clínicas que ofrecen este servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) de manera segura y gratuita y desde el 2007 hasta el 29 de septiembre de 2016 se han llevado a cabo 166,398 procedimientos. Del total de las Interrupciones, el 74.7% se ha llevado a cabo con medicamentos y el 23.3% con aspiración manual endouterina (AMEU). El 71.5% de las mujeres que han accedido al servicio residen en la Ciudad de México, 24.9% en el Estado de México y el 3.6% en el del resto del país. El 40% tiene estudios de preparatoria, el 33% secundaria y el 17% cuenta con educación superior. El 53.3% son solteras, el 28.1% vive en unión libre y el 14.2% son casadas. El 5.6% son menores de edad, mientras que el 47.1% tienen entre 18 y 24 años, el 22.6% entre 25 y 29 años y el 13.5% tienen de 30 a 34 años. El 35% de las mujeres se dedican al hogar, el 25% son estudiantes y el 24% son empleadas. El 34.7% no tienen hijos, el 26.5% tiene un hijo, el 22.8% tiene dos hijos y el 16% tiene 3 o

más. El 5.6% de las mujeres han realizado más de una ILE (Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo, 2016).

Finalmente, es a la luz de este complejo panorama sociopolítico y de salud pública que se explorarán las posibles consecuencias del aborto inducido en la salud mental de las mujeres y es solamente en las condiciones de seguridad y legalidad que ha implicado el cambio legislativo en términos de la implementación de los servicios y de los cambios sociales sobre el tema durante la última década, que los resultados de este trabajo pueden ser interpretados.

Capítulo 1. Estrés y emociones frente un embarazo no intencional y frente a un aborto voluntario

El embarazo tiene diversos efectos sobre la vida de las mujeres en el orden físico, emocional y social. Es un evento vital sobre el que existen una gran cantidad de expectativas alrededor y que se acompaña de un proceso de toma de decisiones que plantea cuestionamientos a las mujeres sobre el momento, el modo y las condiciones materiales, psicológicas y sociales en las que ocurre. Estos cuestionamientos atraviesan toda la condición subjetiva de las mujeres y de sus vidas. En general las clasificaciones de la literatura sobre el tema refieren que se puede hablar de embarazos no deseados cuando la mujer no quiere tener más hijos, o cuando ocurren antes del tiempo esperado o en el momento inadecuado; y de embarazos no planeados cuando las mujeres están utilizando algún método anticonceptivo y a pesar de eso se embarazan -ya sea por una falla en el método anticonceptivo o por una falla en su utilización⁷ (Villagómez et al., 2011).

Tradicionalmente se considera que todos los partos son la culminación de embarazos planeados y/o deseados y todos los abortos, lo son de los no planeados y/o no deseados. Sin embargo, como señala Santelli et al., (2003), el problema de estas definiciones y afirmaciones es que asumen que tanto la decisión de embarazarse como la de llevarlo a término o no es absolutamente razonada y consciente, cuando la evidencia nos muestra que no es así. Según Major et al., (2009) la evidencia científica ha tratado de explicar las experiencias del embarazo no deseado y el aborto desde al menos tres perspectivas teóricas: 1) el psicoanálisis, 2) las teorías transaccionales de estrés y 3) teorías socioculturales.

Este trabajo se inserta en la segunda perspectiva teórica, considerada por sus autores, Lazarus y Folkman como transaccional al implicar un interjuego dinámico de las variables involucradas, así como entre el individuo y el medio (Sierra et al., 2003). Es en este marco conceptual que se podría caracterizar al embarazo como un estresor y al aborto como una estrategia de afrontamiento. El estrés proviene de las demandas ambientales y es aquello que un sujeto evalúa como un peligro para su bienestar, y que en consecuencia le lleva a poner en juego sus recursos para enfrentarlas (Lazarus y Folkman, 1984). Ante cualquier estresor

⁷ Por ejemplo: “La tendencia general esperada es que el embarazo no planeado debe disminuir con la edad de la mujer, comportamiento asociado primordialmente con la necesidad de anticoncepción temporal, mientras que el embarazo no deseado debería incrementarse con la edad, como reflejo de la demanda de anticoncepción definitiva” Villagómez et al., (2011:32)

se realiza una *evaluación primaria* en la que se distinguen las situaciones amenazantes, y luego una *evaluación secundaria* donde una vez estimados los recursos para enfrentar dicha situación, se toman decisiones para pasar a la acción (Folkman y Lazarus, 1988). El *afrontamiento*, es desde esta perspectiva, el esfuerzo conductual y cognitivo dirigido a reducir las exigencias internas o externas causadas por los intercambios estresantes (Lazarus y Folkman, 1984).

Ahora bien, existen al menos dos tipos de estresores: 1) los agudos, que involucran cambios en las condiciones de vida o una disrupción en el “status quo” y que suelen ser eventos de vida importantes como cambiar de escuela, de barrio o tener un hijo y 2) los crónicos, que se refieren más bien a sucesos que se prolongan en el tiempo en ciertas circunstancias del medio y que pueden crear alguna desventaja o carga adicional para el individuo, por ejemplo el maltrato infantil o la discriminación.

Perry y Pollard (1998) señalan que el cerebro es particularmente sensible a los estresores que ocurren a lo largo de la vida y pueden llegar a configurarse como traumáticos cuando sobrepasan dramática y negativamente la homeostasis de un individuo, afectando en este caso su funcionamiento emocional, conductual, cognitivo, social y fisiológico. El estrés genera una activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal que impacta las estructuras cerebrales y la producción y procesamiento de hormonas, mostrando efectos a largo plazo sobre el funcionamiento de las regiones cerebrales que regulan el estrés. Son estas estructuras las que activan también una respuesta emocional íntimamente relacionada con la memoria, por lo que el individuo tenderá a responder de manera parecida a la forma en que respondió en experiencias estresantes previas (Lupien et al., 2009).

Desde esta perspectiva se asume que el organismo es un todo formado por un grupo de subsistemas que se relacionan entre sí: el afectivo, el conductual, el fisiológico y el cognitivo. Éste último es el que recibe y envía información a los demás subsistemas y regula el comportamiento poniendo en marcha ciertas conductas; una evaluación negativa con la información previa provocará conductas y emociones negativas en el resto de los subsistemas. Por tanto, las percepciones influyen sobre las emociones y las acciones subsecuentes, y la respuesta estará necesariamente condicionada por la percepción de las circunstancias (Naranjo, 2009).

Antes de avanzar, es necesario detenerse a distinguir dos nociones: las emociones y las acciones. Las emociones son reacciones complejas organizadas psicofisiológicamente que consisten en evaluaciones cognitivas, acciones y patrones de reacciones somáticas derivados de la evaluación cognitiva (Folkman y Lazarus, 1988). En ese sentido, su función primaria es la adaptación de la conducta a las situaciones relevantes pues son estados del organismo generados en respuesta a situaciones relacionadas con la supervivencia e implican patrones complejos de respuestas fisiológicas y conductuales que permiten afrontar esas situaciones de forma más eficaz y adaptativa. Esta concepción de la emoción supone que la reacción del sujeto a estímulos externos se encuentra modulada por procesos cognitivos intermedios que les otorgan significado subjetivo; por eso, una vez generada la respuesta emocional, ésta se extiende en el tiempo y se modifica a medida que se despliegan diversos recursos cognitivos y conductuales para hacer frente a la situación. Cuando alguien recibe una amenaza, aparecen procesos automáticos no conscientes (como sobresaltarse), pero en la medida en que la atención se centra en el estímulo, actúan procesos evaluativos más elaborados que pueden prolongar, alterar o interrumpir el estado subjetivo inicialmente generado. Por lo tanto, las valoraciones posteriores estarán basadas en el estado afectivo previo (Aguado, 2002).

La acción por su parte, de acuerdo con Folkman y Lazarus (1988), se refieren a la movilización de impulsos que tienen que ver con la inhibición o expresión de la emoción y con la reacción somática que caracteriza a cada emoción. Por lo tanto alude a las conductas concretas generadas por la respuesta emocional. Así, la evaluación cognitiva permite al individuo saber qué tan estresante es un determinado suceso y las emociones ponen en marcha procesos fisiológicos y psicológicos, así como también respuestas conductuales. Si bien la evaluación del estrés es un proceso individual, generalmente los mecanismos de afrontamiento (las acciones concretas en respuesta al estresor) son aprendidos en la comunidad y la cultura (Lemus, 2005).

Desde ésta perspectiva el embarazo no deseado y la decisión del aborto son eventos que en la mayoría de los casos operan como estresores agudos, pues implican cambios en las condiciones “estables” de la vida con consecuencias además en procesos fisiológicos básicos como el sueño, la digestión, el apetito y los cambios hormonales que regularmente afectan el estado afectivo y la cognición (Beltrán-Jiménez y Ortiz-Acosta, 2011). Requieren de

evaluaciones primarias y secundarias para determinar tanto si son estresantes, como para llevar a cabo acciones que permitan enfrentar la fuente generadora de estrés. Así, el aborto puede ser pensado como una manera de resolver el estrés que causa un embarazo no intencional, es decir, como un modo de afrontamiento; pero al mismo tiempo como un suceso que puede provocar estrés dependiendo de las condiciones y la situación en la que se lleve a cabo, como se verá a continuación.

1.1 Evaluación primaria: La noticia del embarazo no intencional como evento estresante

En el modelo de Lazarus y Folkman (1984), la evaluación primaria es el proceso mediante el cual se distinguen situaciones potencialmente amenazantes de aquéllas que podrían ser inocuas. Ante un evento estresante y su evaluación, se producirá una respuesta emocional que desembocará en un proceso cognitivo que es la toma de decisiones. En ese sentido, las expectativas que tienen las mujeres sobre su propio plan de vida y las ideas acerca de la maternidad juegan un papel crucial para determinar qué tan estresante es un embarazo no intencional.

Una de las razones por las que el embarazo podría caracterizarse como un evento estresante es que, de acuerdo con la literatura, no es tan sencillo definir cuándo se trata de un embarazo no deseado; ya que no depende solo del deseo de las mujeres, sino de una serie de factores circundantes. Para explicarlo mejor, un análisis que se realizó con datos de la Encuesta Nacional de Familias en Estados Unidos (NSEG por sus siglas en inglés) mostró que no todas las fallas anticonceptivas son reportadas como embarazos no deseados. De acuerdo con estos resultados, el 90% de las mujeres que mencionaron que su embarazo fue consecuencia de una falla del método anticonceptivo, decían que su embarazo era deseado y manifestaron sentirse felices al respecto. En realidad, solo el 60% de quienes clasificaron su embarazo como resultado de la falla anticonceptiva, aceptaron que su embarazo era no deseado y que no se sentían felices al respecto (National Collaborating Center for Mental Health, 2011).

La evidencia hace ver una distinción básica entre las intenciones de embarazarse y los sentimientos que genera dicho embarazo en las mujeres y por lo tanto podría cuestionar la validez de los reportes hechos acerca del tema (Aiken y Potter, 2013), particularmente los

que consideran como sinónimos el deseo y la planeación. Es posible que algunas usuarias de métodos anticonceptivos no tengan intención de evitar un embarazo y decidan continuarlo cuando éstos les hayan fallado y que otras que sí tienen la intención de evitarlo se sientan felices de estar embarazadas con todo y la falla del método anticonceptivo. Esta ambivalencia es un fenómeno frecuente entre las mujeres latinas que utilizan anticonceptivos orales, en particular entre las adolescentes mexicanas, y por ello se le ha denominado “la paradoja hispana” (Aiken y Potter, 2013).

Este fenómeno podría estar relacionado con las valoraciones culturales positivas que persisten acerca de la maternidad y por lo tanto con la idea de que serán madres en algún momento de su vida - cuando las condiciones en que lo considerarían óptimo individual y socialmente se cumplan, por ejemplo: tener una pareja, haber terminado algunas metas escolares o profesionales, etc -. Por lo tanto, cuando utilizan métodos anticonceptivos no están tratando de evitar embarazarse sino de posponerlo hasta encontrarse en un momento idóneo en el que algunas o todas estas condiciones se cumplan. Por eso, en esta ambivalencia también la pareja juega un papel determinante. Se encontró que si el varón está de acuerdo con el embarazo y está dispuesto a acompañar a la mujer durante el mismo, es posible que ésta decida continuarlo aunque haya estado utilizando anticonceptivos previamente y el embarazo haya ocurrido de manera no intencional (Aiken y Potter, 2013).

La situación de ambivalencia emocional posiblemente influye en las mediciones del embarazo no planeado o no deseado, como lo muestran Barrett (2002) quienes llevaron a cabo un estudio cualitativo con la finalidad de describir qué entendían las mujeres británicas por los términos “planeado”, “no planeado”, “deseado”, “no deseado”, etc. Este grupo de investigación encontró que cuando las mujeres se referían a su propio embarazo, estos términos no eran utilizados siempre con el mismo significado.

Los investigadores observaron cuatro criterios necesarios para que las participantes consideraran un embarazo como *planeado*: 1) haber tenido la intención de quedar embarazada, 2) haber dejado de utilizar métodos anticonceptivos, 3) haberlo acordado con el compañero y 4) que hubiera ocurrido en el momento correcto de su vida. Un embarazo *no planeado* era aquel que no había ocurrido en el momento correcto, el que era producto de una falla de los métodos anticonceptivos y el que las mujeres no habían podido prever. Un embarazo *no deseado*, en contraste, generó diferentes tipos de respuestas. El primer tipo hizo

referencia a los sentimientos o acciones vinculadas directamente al embarazo, por ejemplo, *un embarazo es no deseado si se sienten tristes por estar embarazadas, si no quieren tener al bebé o si han tenido un aborto, si se sienten ambivalentes al respecto o si se embarazaron antes de tiempo*. El segundo tipo de respuesta se refirió a las circunstancias en las ocurrió el embarazo, por ejemplo: *un embarazo es no deseado cuando es producto de una violación o de haber tenido relaciones sexuales sin pensar en las consecuencias*. Las respuestas del tercer tipo fueron aquellas en que las mujeres se mostraron incómodas respecto del término “no deseado” pues decían que lo relacionaban con un juicio, con el aborto o con niños huérfanos (Barrett, 2002).

Con base en lo anterior, las mismas autoras diseñaron, probaron y validaron un cuestionario para tener una estimación acerca de las intenciones que tienen las mujeres de embarazarse. El cuestionario incluye 6 preguntas, cada una corresponde a un área temática: 1) intenciones explícitas de embarazarse, 2) deseo de la maternidad, 3) uso de anticonceptivos, 4) preparación, 5) circunstancias personales y 6) influencia del compañero. Este modelo toma en cuenta la posibilidad de ambivalencia de las mujeres y no asume que existe congruencia entre las dimensiones y concibe la intención del embarazo como un fenómeno continuo que debe analizarse dentro de un contexto y que por lo tanto más que hablar de una dicotomía entre embarazos planeados vs no planeados, o deseados vs no deseados, podría hablarse de una continuidad en el grado de intenciones que las mujeres tienen para llevarlo a cabo (Barrett et al., 2004).

Así mismo, los estudios con participantes mexicanas muestran resultados parecidos. Por ejemplo los hallazgos de Menkes y Suárez (2013) afirman que los factores demográficos y socioeconómicos estaban vinculados con el deseo del embarazo. Las jóvenes de estrato socioeconómico más alto tienen un riesgo mayor (OR=2.1, IC95%) de no desearlo y de acuerdo con las autoras, esto podría deberse a la diferencia de oportunidades de desarrollo personal que pueden enmarcar las experiencias de las mujeres. En los estratos más bajos existe una mayor dificultad para prevenir los embarazos, lo que se explica por subordinaciones culturales de clase y género, y también por la educación sexual y conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos (Menkes y Suárez, 2013).

Otro estudio reciente en mujeres mexicanas, comparó a mujeres que interrumpieron un embarazo no deseado con mujeres que lo continuaron (Figuroa-Lara et al., 2010). El

estudio reporta que la ocupación y el empleo remunerado son variables importantes para definir el deseo del embarazo y la búsqueda de la interrupción. La regresión logística arrojó que las variables relacionadas con la búsqueda de servicios de ILE fueron los años de escolaridad (OR=1.47, 1.04-2.07, $p<.05$), la ocupación (ser estudiante OR=7.31, 1.58 – 33.95; tener empleo remunerado OR=13.43, 2.04-88.54) y el número de interrupciones previas (OR=11.41, 1.65-79.09) (Figuroa-Lara et al., 2010).

Otro estudio acerca de los factores relacionados con el embarazo no deseado abordó a 242 mujeres durante el puerperio en las salas de alojamiento de dos hospitales públicos de la Ciudad de México. Los resultados indican que de las mujeres entrevistadas, el 45.8% refirió tener un embarazo no deseado, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que lo deseaban y las que no con respecto a dos variables: el estado civil (casadas) y tener una ocupación fuera del hogar (Orozco, 2011).

Los resultados derivados de una entrevista cualitativa para ese mismo estudio (Orozco, 2011) mostraron que las mujeres menores de 21 años que no deseaban el embarazo, que estaban solteras o separadas y que trabajaban fuera del hogar, reportaron no desearlo porque era la primera vez que tenían relaciones sexuales, porque no se cuidaban, porque querían seguir estudiando, porque eran muy jóvenes para tener un hijo, porque su pareja no quería hacerse cargo, porque sus padres no la apoyaban o porque tenían miedo de qué diría la familia. Mientras que aquellas que estaban casadas, reportaron que no deseaban el embarazo porque no era el momento, les falló el método anticonceptivo, el esposo quería tener un bebé, pero ellas no, el esposo no quería que tomara pastillas, no se cuidaba o vivía en casa de su suegro. Las mayores de 21 años, solteras y que trabajaban fuera de casa, reportaron, además de lo ya dicho, que su situación económica no era buena, que tenían problemas con su pareja, no tenían a dónde ir, se embarazaron por presiones familiares o su último hijo era muy pequeño.

Se puede decir entonces que los motivos para tener un embarazo no deseado entre las mujeres más jóvenes se relacionaron con desarrollo personal, inexperiencia, responsabilidad de la pareja y toma de decisiones; mientras que para las mujeres más grandes la responsabilidad parecía recaer en ellas en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y la preocupación por los recursos económicos de la familia y los otros hijos pequeños (Orozco, 2011).

En resumen, la evidencia parece mostrar que más que las mujeres evalúen sus intenciones de embarazo en términos de su deseo, lo hacen tomando en cuenta las condiciones de su entorno y los recursos de los que disponen en ese momento. En ese sentido, el embarazo podría catalogarse como una experiencia estresante debido a la cantidad de cambios vitales que implica y también a la cantidad de ámbitos y relaciones que se ponen en juego y que intervienen como información relevante para la toma de decisiones. Ponderar estas circunstancias trae consigo más de una emoción que podrían parecer incompatibles y sin embargo pueden aparecer al mismo tiempo. Por ello, la evaluación sobre la intención de un embarazo no descarta la ambivalencia emocional; y es esta evaluación y las emociones que produce, las que llevarán a las mujeres a tomar decisiones para poder afrontar dicha fuente de estrés. En consecuencia, reconociendo que el embarazo puede ser una situación estresante en la que es posible que se presente ambivalencia, este trabajo se suscribe a la categoría de embarazo no intencional propuesta por Barrett et al., (2004), quienes afirman que no necesariamente hay congruencia entre las intenciones explícitas de embarazo, el deseo de la maternidad, el uso de métodos anticonceptivos y las circunstancias personales.

1.2 Evaluación secundaria: El momento de tomar la decisión de interrumpir el embarazo

En el modelo de estrés y afrontamiento que proponen Lazarus y Folkman, una vez valorada una situación como estresante, lo que continúa en el proceso es estimar los recursos para enfrentarla y proveer posibles opciones de respuesta (Folkman y Lazarus, 1988). Durante esta evaluación se puede modificar la primera percepción, pues se asume que las condiciones del medio son cambiantes y que las modificaciones de índole cognitiva transforman también dicha aproximación (Lemus, 2005).

Para el caso del embarazo no intencional, Langer-Glas (2003) ha señalado que ante este acontecimiento vital existen al menos dos posibilidades para las mujeres y las parejas: la primera es interrumpirlo a través de un aborto inducido con los efectos que implique dependiendo de la sociedad en la que se encuentren y la segunda es continuarlo, asumiendo también las consecuencias que ello conlleva.

Bárcenas (2007) agrega que las dos posibilidades tienen consecuencias sobre la salud y la situación social y económica no solo de las mujeres, sino también la de su pareja y sus familias. Como ya se ha mencionado, tradicionalmente se asume que las consecuencias más riesgosas tienen que ver con las condiciones de inseguridad y clandestinidad en las que se lleva a cabo el procedimiento, no obstante, poco se reconoce que la continuación de embarazos no deseados también tiene consecuencias en la salud de las mujeres y de sus hijos, desde los riesgos estrictamente reproductivos hasta aquéllos que tienen que ver con su salud física y mental.

Paul et al., (2009) señala que ante esta situación las mujeres enfrentan diversos dilemas, pues están tratando de evaluar los pros y contras de continuar o no con el embarazo. En este momento pueden aparecer también otras fuentes de conflicto, por ejemplo la opinión de su pareja o padres, o un conflicto moral debido a la tensión entre diversos valores morales que el procedimiento del aborto supone para ellas. Otras fuentes de conflicto se relacionan con los miedos, con los mitos y estigmas sobre el aborto o con la exposición de la propaganda anti aborto, los conflictos relacionados con problemas económicos o el encontrarse a punto de concluir su etapa reproductiva. Además, menciona que a menudo las mujeres toman la decisión de abortar encontrándose todavía ambivalentes y lo caracteriza como una disonancia cognitiva, al existir al mismo tiempo la certeza de saber que se está haciendo lo correcto, junto con sensaciones de incomodidad. La misma autora agrega que la manifestación de emociones negativas no siempre implica una decisión incorrecta y que existen ejemplos de otras experiencias vitales que también podrían caracterizarse por la disonancia cognitiva, por ejemplo, interrumpir una relación de pareja donde hay violencia doméstica, porque la mujer siente al mismo tiempo culpa o tristeza a pesar de que separarse es la decisión más segura para su salud física y mental.

Por su parte, Stotland (2002) afirma que la tristeza en este momento del proceso se debe a que se trata de una decisión compleja relacionada profundamente con cambios hormonales, planes, proyectos, valores, deseos, situación social, académica, económica, religiosa, familiar y de pareja. Ortíz (2010) señala en el mismo sentido que durante el apoyo emocional post aborto al que algunas mujeres acuden, reconocen que con estas situaciones se detonan conflictos que pueden ser dolorosos pero saludables. La interrupción del embarazo significa para muchas mujeres una oportunidad para localizar patrones de sujeción en los que

han estado inmersas. Justamente por eso, la autora (Ortiz, 2010) señala que en ocasiones el aborto es la primera decisión que las mujeres toman para sí mismas; es probablemente uno de los momentos vitales en los que las mujeres dejan de estar condicionadas a un papel pasivo en relación con su compañero o su familia y se tornan capaces de tomar una decisión que parece difícil.

Ortiz (2010) afirma que si la decisión de interrumpir el embarazo es voluntaria y con base en el ejercicio de la autonomía, no se generarán sentimientos de culpa ni daños en la salud mental posteriores y que más bien, la decisión conlleva sensaciones de alivio y liberación. En sintonía con estas afirmaciones, Ralph et al., (2014) interrogó a las mujeres acerca de las emociones que anticipaban tener frente al aborto. Los resultados muestran que la mayor proporción de ellas esperaban sentir alivio (60%) y confianza (37%), seguidas por un poco tristes (36%) o un poco culpables (26%). Las respuestas menos comunes fueron esperar sentirse muy triste (13%), avergonzada (10%), feliz (9%) o muy culpable (9%).

De acuerdo con lo hasta aquí expuesto, tomar la decisión de interrumpir el embarazo es una decisión compleja que se caracteriza por la ambivalencia y que modifica la primera evaluación y con ello las emociones presentes con respecto al embarazo, pero también las emociones presentes en otros ámbitos de la vida de las mujeres, por ejemplo sus relaciones de pareja o familiares, sus planes y proyectos. Este panorama obliga de alguna forma a las mujeres a hacerse nuevas preguntas sobre sí mismas e iniciar un proceso de toma de decisiones que regularmente desemboca en conductas encaminadas a reconfigurar la situación en la que se encuentran, la primera de ellas quizás sea la interrupción del embarazo.

1.3 De la decisión a la acción: el aborto como estrategia de afrontamiento

El afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984), se refiere a acciones concretas que implican la interacción entre la persona y el ambiente, que tienen la finalidad de modificar dicha interacción; por lo tanto son esfuerzos conductuales dirigidos a reducir las exigencias causadas por los cambios estresantes y pueden ocurrir en un solo episodio o en varios que formen parte del mismo evento. En ese sentido, los autores señalan que el afrontamiento es un mediador entre la respuesta emocional provocada por el estresor y la respuesta emocional una vez resuelto, por lo que transformará la respuesta inicial. Al final lo que se busca es una nueva evaluación cognitiva que verifique si la fuente de estrés ha sido controlada (Folkman

y Lazarus, 1988). Así pues, llevar a cabo un aborto voluntario podría considerarse una estrategia de afrontamiento que modifica el estado emocional de las mujeres ante un evento evaluado como estresante, el embarazo no intencional en este caso, que les ha producido emociones como confusión, tristeza o enojo debido a las condiciones en las que ocurre.

Lazarus y Folkman (1991) señalan que el afrontamiento implica recursos de varios tipos, por ejemplo factores cognitivos, actitudinales y de personalidad, así como habilidades o medios materiales e incluso recursos comunitarios (por ejemplo servicios de salud y redes de apoyo) y recursos familiares e individuales. Uno de los recursos comunitarios con los que cuentan las mujeres en la Ciudad de México es la interrupción legal del embarazo en los servicios públicos, gratuitos y con personal suficientemente calificado para llevarlo a cabo en condiciones seguras de acuerdo con los estándares internacionales.

De hecho, Allanson et al., (2009) afirma que el aborto seguro a diferencia del aborto clandestino, puede proteger de cierta forma a las mujeres del estrés a largo plazo producido por un embarazo o maternidad no deseada, sobre todo si el procedimiento se lleva a cabo de manera protegida, es elegido por la mujer y sucede durante etapas tempranas de la gestación. La misma autora señala que la evidencia muestra que es más fácil enfrentar un aborto cuando no existe una historia previa de violencia, si no hay conflicto sobre el aborto con la familia (con los padres o con la pareja), y cuando el aborto no es un secreto que deba ser guardado.

La noción de afrontamiento supone al menos dos tipos de estrategias: 1) las centradas en el problema y 2) las centradas en la emoción. Las primeras tratan de confrontar la realidad y manejar las consecuencias tangibles de una crisis para eliminar la fuente de estrés. Las segundas tratan de manejar las emociones para reestablecer el equilibrio afectivo de las personas. Estas estrategias no son mutuamente excluyentes ni ocurren en orden específico y generalmente una crisis requiere de su combinación para ser resuelta de manera adaptativa (Lazarus y Folkman, 1991).

La estrategia de afrontamiento centrada en el problema implica varios pasos: Primero, un análisis lógico para hacer planes a corto plazo y considerar el medio ambiente en el que la respuesta tiene lugar. Las personas que manejan este tipo de afrontamiento pueden lidiar mejor con las emociones provocadas por una situación estresante y prepararse para superar los problemas que se les han planteado, debido a que pueden planear los pasos a seguir para su resolución. El segundo es la búsqueda de información o ayuda que implica involucrar a

otros en la situación de crisis (no sólo del entorno inmediato como el familiar, sino también obtener atención especializada; por ejemplo de profesionistas que podrían brindar información o apoyo al respecto del problema), o buscar información acerca de cómo las personas con dificultades parecidas manejaron la situación. Finalmente, el tercero son las acciones concretas para solucionar el problema, a veces esto implica adquirir nuevas habilidades, negociaciones o compromisos para resolver las consecuencias del problema. Tales conductas podrían relacionarse con una sensación de competencia y autosuficiencia para enfrentar el problema y de hecho tener menos consecuencias emocionales debido a la sensación de control sobre el problema (Lazarus y Folkman, 1991).

Un ejemplo de la estrategia de afrontamiento centrada en el problema es el estudio que el propio Lazarus realizó en 1985 en Filadelfia, donde entonces el aborto era ya un procedimiento legal, con 292 mujeres que habían interrumpido su embarazo. El 70% consideró que había sido una experiencia positiva, y entre las razones que reportaban se encontró que había sido una experiencia de aprendizaje y una oportunidad de crecimiento personal, algunas reportaron que sentían alivio debido a que no tendrían problemas financieros más graves de los que ya tenían; otras afirmaban que al principio esperaban que fuera una experiencia negativa pero que finalmente no lo había sido, pues se habían fortalecido los lazos que tenían con su pareja. Dos semanas después se les preguntó a estas mujeres por sus emociones y la reacción predominante fue el alivio, algunas incluso se mostraban sorprendidas de que esta emoción fuera tan intensa; estas mujeres referían también sentir un control sobre su cuerpo que nunca antes habían tenido y que en ese sentido había sido una experiencia liberadora (Lazarus, 1985). Otro ejemplo de estas estrategias son los hallazgos de Casey (2010) quienes encontraron que en la experiencia emocional posterior al aborto, las mujeres mencionan sentir tristeza, culpa o pesar, no obstante también están seguras de que ha sido la decisión correcta porque también reportan sentir alivio acompañado de la sensación de retomar el control de su vida.

En los dos casos anteriores las mujeres tuvieron que usar los recursos materiales de los que disponían, buscar información para llevar a cabo el procedimiento, realizar una planeación (dónde ir, cuándo, acompañadas de quién) y conseguir ayuda o apoyo de las redes sociales con las que contaban, y finalmente llevar a cabo acciones para resolver la fuente de

estrés, de forma tal que lo que reportan al final es haber tomado la decisión correcta y tener control sobre su cuerpo.

También es importante mencionar aquí los resultados reportados por Zamberlin et al., (2012) quienes recopilaron una serie de investigaciones llevadas a cabo en Costa Rica, Ecuador, Colombia, Perú, Uruguay, Argentina y México acerca de la experiencia de mujeres que llevaron a cabo un aborto con medicamentos. Las autoras mencionan que las que recibieron supervisión médica o información más detallada sobre la interrupción del embarazo, señalaron experiencias con menos ansiedad y miedo y sintieron mayor control en el procedimiento. Las mujeres que reportaron este tipo de información y realizaron el aborto en condiciones legales estuvieron mucho menos preocupadas por el sangrado y las complicaciones derivadas del procedimiento. Además, mencionan que la experiencia relacionada con la toma de decisiones contribuyó a un mejor manejo de la situación. Las mujeres que fueron acompañadas por sus parejas o por otras mujeres como sus madres, hermanas o amigas dicen haberse sentido menos incómodas, pues parece que la compañía les permitía sentirse más seguras, y con menos dudas y miedo, reduciendo los niveles de ansiedad. Incluso parece que esta compañía es particularmente importante si se trata de mujeres adolescentes (Zamberlin et al., 2012).

Stotland (2002) señala que después de un aborto puede aparecer en las mujeres la sensación de madurez, pues perciben un cambio, pasando de la pasividad a la responsabilidad activa y reconocen que de esta compleja decisión, han aprendido responsabilizarse de su futuro y a tomar decisiones y acciones congruentes con ello; manifiestan alivio y liberación debido a que sienten que pueden reenfocar su vida y continuar con sus planes y proyectos. No obstante, algunas también manifiestan culpa, que podría estar relacionada con sus creencias al respecto del procedimiento, por ejemplo la idea de la terminación de una vida o la de la concepción inoportuna o precipitada.

Por otro lado, el segundo tipo de afrontamiento que está centrado en las emociones, implica el control de los efectos directos de las emociones provocadas por el problema, se relaciona con el aplazamiento de impulsos y con el intento de tolerar la ambivalencia o ambigüedad que el estresor produce, por eso conlleva más bien a la expresión o descarga de éstas, como lo es el llanto para disminuir tensión y poder llevar a cabo la toma de decisiones. Este tipo de respuestas son más frecuentes cuando las crisis son evaluadas como

incontrolables (Lazarus y Folkman, 1991). Algunas formas de afrontamiento centrado en la emoción modifican la forma de vivir la situación pero no el problema objetivo, como lo son estrategias de evitación, minimización, distanciamiento o atención selectiva.

Un ejemplo de este tipo de afrontamiento se relaciona con las otras experiencias que menciona Lazarus (1985), pues aunque en su estudio la mayoría de las mujeres mencionó sentirse aliviada, otras reportaron que la experiencia había sido negativa debido a que habían encontrado el procedimiento doloroso, o se encontraban arrepentidas en principio por haber necesitado llevarlo a cabo: también tenía que ver con sus creencias, pues algunas reportaron que habían puesto fin “al milagro de la vida” y que no importaba como lo miraran, lo que hacían era algo así como un asesinato, incluso algunas mencionaron tener miedo de quedar infértiles a consecuencia del procedimiento. Estas mismas mujeres reportaron en la evaluación de dos semanas después ambivalencia emocional, culpa y depresión.

Estos resultados son similares a los reportados treinta años después. Por ejemplo a los de Zamberlin et al., (2012) que también señalan que las mujeres que no tienen acceso a una forma de acompañamiento, ya sea médico o no, en la interrupción legal del embarazo, reportan sensaciones de ansiedad y estrés mientras llevan a cabo el procedimiento y que estas sensaciones están asociadas a los procesos físicos por los que pasan. Por ejemplo, algunas refieren sentir estrés y angustia por el sangrado y el dolor durante el procedimiento y refieren sentirse más tranquilas una vez que su menstruación se regulariza; aunque no es exclusivo, estas preocupaciones ocurren más frecuentemente entre mujeres que llevan a cabo el procedimiento de manera clandestina o que fueron maltratadas por el personal de salud debido a que están mucho más preocupadas acerca de las complicaciones que el aborto pueda implicar. Al mismo tiempo, otras mujeres mencionan que sus sentimientos están relacionados con la sensación de falta de control que les produce el desconocimiento del proceso. Además, las mujeres suelen estar preocupadas por la duración de éste y sobre cuándo podrán volver a su vida cotidiana y a realizar actividades físicas como trabajar, nadar, ejercitarse e incluso tener relaciones sexuales.

De igual modo, Major et al., (2009) señala que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo en medio de situaciones conflictivas como la falta de apoyo de pareja o vínculos afectivos importantes, son más propensas a sufrir perturbación emocional y en los casos en los que la decisión de interrumpir un embarazo se acompañó de alguna ruptura en los lazos

afectivos o dentro de una situación emocional difícil, los sentimientos de pérdida y tristeza son frecuentes. En ese mismo sentido, un estudio realizado por Ralph et al., (2014) en el que se indagaba entre otras cosas por los predictores del afrontamiento no efectivo, muestra que las respuestas que las mujeres anticipaban como problemáticas ante el aborto se encontraban relacionadas con haberlo realizado porque alguien más se los pidió (parejas o padres), o porque tenían problemas espirituales con respecto al aborto o la creencia de que estaban realizando algo similar a un homicidio (Ralph et al., 2014).

Entonces, para recapitular se debe subrayar que la intencionalidad del embarazo está relacionada no solo con los deseos y expectativas que tengan las mujeres al respecto, sino con un entramado complejo de circunstancias en varios ámbitos de su vida (de pareja, familiar, laboral, económico y su proyecto de vida). Cuando las mujeres no encuentran favorables estas circunstancias es más probable que evalúen su embarazo como no intencional, lo que sumado a las dificultades ya presentes en su vida se convierte en una fuente de estrés. Las fuentes de estrés generan respuestas emocionales que regularmente implican una evaluación de los recursos disponibles para generar opciones de respuesta. Ante un embarazo no intencional, una opción de respuesta es el aborto, y dado que realizarlo implica la búsqueda de información, la planeación y el uso de los recursos de los que las mujeres disponen, podrían caracterizarse como una estrategia de afrontamiento centrada en el problema; que busca controlar la fuente de estrés y generar una respuesta emocional mucho menos ambivalente que implique una sensación de control sobre la situación. No obstante, las formas de afrontamiento no son iguales para todas las personas y también las evaluaciones cognitivas pueden estar mucho más centradas en la experiencia emocional del proceso y permeadas por el contexto en el que ocurren (por ejemplo estar presionadas por alguien más para realizar la interrupción o bien tener creencias y prejuicios sobre el procedimiento) por lo que para algunas mujeres podría más bien generar emociones negativas predeterminadas por sus propias circunstancias y antecedentes. Así, para ponderar si la fuente de estrés ha sido controlada, hace falta una nueva evaluación una vez desplegadas las acciones de afrontamiento.

Capítulo 2. Embarazo no intencional, aborto voluntario y sintomatología depresiva

Siguiendo con el modelo transaccional de estrés que se ha venido proponiendo, Folkman et al., (1986) afirma que cuando alguien evalúa una situación que aparece como incontrolable en repetidas ocasiones se incrementan sus conductas pasivas ante dicha circunstancia y finalmente aparece una sensación de desmoralización e incluso depresión. Por esa razón, el estrés o los eventos de vida estresantes se encuentran ligados tradicionalmente con resultados (outcomes) como depresión, ansiedad, intentos de suicidio, respuesta antisocial y en general problemas de salud (Smith y Carlson, 1997).

Además, sabemos que existe una conexión entre la activación emocional intensa y la memoria, es decir, en la formación de recuerdos. Tras experiencias emocionales extremas algunas veces se producen trastornos mentales (Aguado, 2002). En ese sentido, desde un punto de vista psicoevolutivo, en el centro de la conservación de la vida, se encuentra la capacidad de almacenar representaciones internas del mundo. La memoria sirve también para cambiar de un estado homeostático a otro. En circunstancias ideales las múltiples respuestas que el organismo pone en marcha ante las experiencias de estrés se integran para movilizar acciones con la finalidad de reducir el riesgo, que con suerte resultarán adaptativas. No obstante, esto no siempre ocurre, pues los patrones de respuesta específicos dependen de muchos factores, incluida la naturaleza del estresor, su gravedad y la historia de exposiciones a amenazas similares (Perry y Pollard, 1998).

Por lo tanto, es más probable que alguien que muestra consecuencias a largo plazo derivadas de una situación estresante haya tenido experiencias previas con circunstancias estresantes parecidas en las que se presenta una sensación de vulnerabilidad y en las que el afrontamiento no resulta tan eficiente, pudiéndose producir implicaciones en la salud o el bienestar. Son esta experiencia y sus recursos de afrontamiento los que determinan qué tan adaptativa será la respuesta y los que pueden finalmente desencadenar cierta sintomatología si la fuente de estrés no es controlada pese a los esfuerzos del individuo (Folkman et al., 1986).

La experiencia traumática consume mucha más energía, el individuo la enfrenta, pero a un alto costo (Perry y Pollard, 1998). Es posible que la persistencia de la reacción emocional ante el estresor supere los recursos de afrontamiento de un sujeto y provoque una serie de respuestas desadaptativas en los sistemas orgánicos y psíquicos (Sierra et al., 2003); y por

ello se considera a la depresión como uno de los riesgos relacionados con el estrés, pues permanecer un tiempo prolongado en fase de resistencia tarde o temprano agotará a la persona, y es en esa fase que la evaluación cognitiva aparece sin perspectiva alguna de modificación (Naranjo, 2009).

Bajo esta óptica podría suponerse que el afrontamiento enfocado al problema es más adaptativo pues se relaciona con respuestas y evaluaciones más satisfactorias o de bienestar para las personas. Sin embargo, es indispensable no olvidar el contexto en el que sucede la situación estresante para llevar a cabo esta evaluación (Folkman et al, 1986). En ese sentido, González-Forteza (1992) agrega que en ocasiones la acción que se ha llevado a cabo para suprimir la fuente de estrés puede no ser totalmente eficaz. Si la estrategia falla y persiste el intento por modificar el medio, esto puede sugerir dos cosas: 1) un contexto de difícil modificación o 2) estrategias de afrontamiento que no son adecuadas para cambiar la amenaza.

A propósito de contextos difíciles de modificar, cabe mencionar que la Organización Mundial de la Salud reconoce que existe evidencia a nivel internacional acerca de que las mujeres presentan un riesgo más alto de padecer enfermedades mentales. Esto, en tanto que soportan la carga asociada con la responsabilidad de ser madres y cuidadoras de otros: en un 25% de los hogares a nivel mundial, son la principal fuente de ingreso y además, enfrentan discriminación, problemas asociados con la pobreza, malnutrición, hambre, exceso de trabajo, violencia doméstica y violencia sexual (Gommel, 1997). Las condiciones relacionadas con el género y las desventajas socioeconómicas son determinantes críticos de la enfermedad mental de las mujeres (Cook et al., 2006), de modo que la OMS (2002) considera que existen tres causas que subyacen a la alta prevalencia de enfermedades mentales en las mujeres:

- 1) La interacción entre factores biológicos y de vulnerabilidad social,
- 2) Los roles de género que contribuyen a la alta prevalencia de depresión y desórdenes de ansiedad en las adultas y adolescentes al colocarlas en situaciones en las que tienen poco control sobre importantes decisiones acerca de sus propias vidas. Por ejemplo: tener ingresos más bajos que los varones, empleos inestables, enfermedad y muerte de sus hijos o esposos, así como lugares de trabajo y vivienda peligrosos.

3) La violencia basada en el género que presenta una fuerte relación con depresión, ansiedad, síntomas relacionados con estrés, dependencia de drogas, uso de sustancias y suicidio.

Por lo anterior, es necesario leer los modos de afrontamiento que eligen las mujeres en el marco de las condiciones estructurales preexistentes que pueden configurar un contexto previo mucho más complicado para realizar las evaluaciones cognitivas de un embarazo no intencional o para llevar a cabo un aborto voluntario. Y que esta situación se relaciona con las dificultades individuales en el afrontamiento ante circunstancias reproductivas particulares y con las consecuencias que algunas enfrentan a mediano y largo plazo en su salud mental.

2.1 Embarazo no intencional y sintomatología depresiva

Desde una perspectiva amplia de la noción de salud, las dificultades y desventajas diferenciales y estructurales que enfrentan las mujeres al respecto, se relacionan con su salud sexual y reproductiva. De hecho, algunos estudios han tratado de probar una relación entre embarazos no deseados y trastornos depresivos, y no obstante la asociación que encuentran entre estas variables, muchas veces ésta desaparece una vez que se controlan variables confusoras o si se incorporan otras respecto a condiciones socioeconómicas de las mujeres y la exposición a la violencia (Tenkku et al., 2009; Mercier et al., 2014).

Una dificultad metodológica acerca de estas investigaciones radica en que luego del nacimiento, las mujeres tienden a negar que se trate de un embarazo no planeado. Mercier et al., (2014) buscó eliminar este sesgo entrevistando a mujeres que tenían entre 15 y 22 semanas de embarazo y que recibieron atención prenatal en un hospital de Carolina del Norte y luego vía telefónica una vez que hubieran dado a luz. Los embarazos fueron clasificados como no deseados si ellas habían utilizado algún método anticonceptivo y no querían tener un bebé, y como no esperados si no utilizaban métodos anticonceptivos. Se encontró que las mujeres más jóvenes eran las que reportaban más embarazos no deseados, ingresos bajos, baja escolaridad, así como un riesgo mayor de depresión para aquellas mujeres que habían intentado el embarazo tanto a los tres meses del nacimiento de su hijo (a) (RR=3.0; 95%CI: 1.3, 6.8) como a los 12 meses (RR=5.5%; 95%CI; 2.1, 14). Sin embargo, una vez controlando las variables confusoras (la edad gestacional, el ingreso, nivel educativo, abortos previos,

número de embarazos, etc.), el riesgo ajustado de padecer depresión para las mujeres embarazadas no mostró diferencias significativas entre las que tuvieron un embarazo no deseado o no planeado y aquellas que lo planearon. Tampoco hubo diferencias significativas en la medición previa, ni en la medición luego de haber dado a luz (RR=1.3; 95%CI: 0.5, 3.1); ni a los 12 meses (2.3; 95% CI: 0.8, 6.5) (Meircier, 2014).

En contraste con lo anterior, un estudio realizado con la finalidad de evaluar la presencia, duración y factores de riesgo asociados a la depresión en 158 mujeres embarazadas italianas en un centro de salud, reveló que el 12.3% de ellas presentaba depresión mayor y que el 18.1% presentaba síntomas de depresión. El riesgo de desarrollar depresión mayor fue predicho en el inicio del embarazo por episodios previos (OR=9.5, 95%CI: 2.5, 29.2), y por conflictos con la pareja (OR=7.8, 95% CI: 1.02, 62.7). El riesgo de desarrollar síntomas depresivos se relacionó con ser ama de casa (OR=7.2, IC95% 2.3-22.1), la presencia de síntomas depresivos previos (OR=4.7, 95% 1.4, 15.3) y el tener un embarazo no deseado (OR=2.4, 95% CI 1 – 5. 7) (Marchiesi, 2009).

En México, de acuerdo con Lara et al., (2006 y 2012), la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas varía entre el 22 y el 37%. Al analizar la relación entre las variables sociodemográficas y los síntomas depresivos, se observó que la mayoría de las mujeres contaba con escolaridad menor a la secundaria, era soltera o divorciada, se encontraba en el primer trimestre del embarazo y éste era no planeado; las diferencias fueron significativas únicamente para el embarazo no planeado ($t = -2.43$, $p < .015$). En ese mismo sentido, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre aquellas mujeres que habían padecido sintomatología depresiva en el pasado y las que no ($t = -4.40$, $p < .000$), aquellas cuya madre ($t = -3.24$, $p > .001$) o padre ($t = -2.41$, $p < .016$) habían padecido depresión en el pasado, el consumo excesivo de alcohol en el padre ($t = -2.23$, $p < .040$) y las que no contaban con apoyo social emocional ($t = 2.87$, $p > .004$) o práctico ($t = 2.94$, $p < .005$). Además, observaron que los principales predictores de depresión en el embarazo eran la posible depresión en la madre (OR=1.8, 1.04 – 3.11, $p < .036$), la falta de apoyo social práctico (OR=2.71, 1.38 – 5.29, $p < .003$) y ser soltera o divorciada (OR = 2.51, 1.28 – 4.90, $p < .007$) (Lara et al., 2006).

Los hallazgos de un estudio acerca de las formas de afrontamiento de las mujeres embarazadas (Faisal-Cury et al., 2012), muestran que quienes prestaban mayor atención a sus estados emocionales tuvieron una mayor sintomatología depresiva: el afrontamiento de estas mujeres se caracterizaba por pensamientos ambivalentes, resignación o tendían a culpar a otros de sus situaciones, así como a presentar retraimiento y autoculpabilización. En cambio, quienes buscaban más claridad y reparación emocional presentaban mejores formas de afrontamiento, encaminadas a resolver el suceso estresante.

Así, la relación entre la planeación o intención de embarazarse y la salud mental de las mujeres, específicamente la sintomatología depresiva, se ve afectada por factores que podrían estar más relacionados con la historia, las decisiones y el contexto en el que se encuentran inmersas las mujeres. Justamente son estos factores asociados los que influenciarán la evaluación cognitiva de las mujeres al enterarse de la noticia del embarazo. Las dificultades que estas circunstancias conllevan son también las que podrían permanecer como fuente de estrés una vez llevadas a cabo las estrategias de afrontamiento, provocando malestar o sintomatología depresiva en quienes no han logrado controlar la situación por la que atraviesan.

2.2 Aborto voluntario y sintomatología depresiva

Con respecto a la relación que existe entre el aborto voluntario y la sintomatología depresiva existe una gran diversidad de valoraciones; pues ocurre en función de las características personales, los sucesos asociados con el embarazo, las circunstancias actuales de la vida y de las relaciones en el momento en que las mujeres deciden interrumpir el embarazo, las razones para hacerlo, qué tipo de aborto se realiza y en qué tiempo; además se ve influida por los sucesos y condiciones de vida que ocurren durante y después de un aborto, y por el contexto sociopolítico más amplio en el que se realice, específicamente con el contexto de legalidad del servicio (Major et al., 2009).

No obstante, la literatura en torno a la relación entre la salud mental y el aborto es vasta porque existe un debate acerca de si el aborto por sí mismo tiene consecuencias en la salud mental de las mujeres. En la última década se han producido una serie de revisiones sistemáticas con la finalidad de aclarar esta discusión. En general, las revisiones coinciden en que los estudios metodológicamente mejor diseñados no encuentran una asociación

directa entre el aborto voluntario y la presencia de problemas de salud mental. Vignetta et al., (2008) realizaron un análisis sobre la calidad de las publicaciones realizadas entre 1989 y 2008, otorgando una calificación a cada una, que podía variar de muy pobre, pobre y regular, a muy buena y excelente. Los cuatro estudios con mejor calificación, no reportaron que las mujeres que abortaron tuvieran mayor probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental en contraste con el grupo de comparación; los estudios con mayor número de problemas metodológicos se reportaron más secuelas negativas del aborto.

También la American Psychological Association desarrolló un meta análisis al respecto, coordinado por Major et al., (2009) tomando en cuenta todas las publicaciones en lengua inglesa entre 1989 y 2008. Los estudios más rigurosos indican que en los Estados Unidos, el riesgo relativo de problemas de salud mental en mujeres adultas que tienen un aborto legal en el primer semestre de un embarazo no deseado, no es mayor que el de las mujeres que tienen un parto de un embarazo no deseado. La evidencia no apoya el supuesto de que las asociaciones observadas entre aborto y problemas de salud mental son causadas por el aborto per se, sino que apunta a otros factores de riesgo pre-existentes o co-ocurrentes tales como otros eventos estresantes, las experiencias de violencia o los antecedentes familiares de trastornos mentales.

En 2011, el National Collaborating Centre for Mental Health de Gran Bretaña, llevó a cabo una revisión sistemática donde se incluían las investigaciones que evaluaron problemas de salud mental en un periodo de seguimiento de al menos 90 días. Para asegurar que se incluyera la mejor evidencia disponible, todos los estudios estuvieron sujetos a evaluaciones múltiples de calidad y para los resultados se utilizó el proceso de Puntuación de Evaluación de Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación (GRADE por sus siglas en inglés). Un periodo de consulta pública generó comentarios que se consideraron en la revisión y en el reporte. Después de una limpieza de los criterios de calidad de los estudios, de las 8860 referencias, se trabajó únicamente con 44. Los hallazgos apuntan a que las tasas de problemas de salud mental para las mujeres con un embarazo no deseado fueron las mismas si tenían un aborto o dieron a luz; que un embarazo no deseado se asoció con un mayor riesgo de problemas de salud mental; que el predictor más fiable de los problemas de salud mental post-aborto fue tener antecedentes de problemas de salud mental previos al aborto; que los factores asociados con mayores tasas de problemas de salud mental para las

mujeres en la población general después del nacimiento y después del aborto fueron similares; y finalmente, que hubo algunos factores adicionales asociados con un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales específicamente relacionados con el aborto, como la presión de la pareja para tener un aborto y las actitudes negativas hacia el aborto.

Para resumir las fallas encontradas en los estudios de todas las revisiones sistemáticas, Russo (2014) enlista los problemas metodológicos más frecuentes debido a los cuales las afirmaciones que relacionan el aborto con los trastornos mentales son difícilmente generalizables: 1) Utilizan datos de estudios que no fueron originalmente diseñados para probar las hipótesis específicas acerca de la salud mental post embarazo, 2) no consideran adecuadamente los sesgos de selección de la muestra y por lo tanto los grupos de comparación no son comparables, 3) problemas en la estratificación de los análisis estadísticos relacionados, 4) falta de control de variables de confusión que son fundamentales para identificar factores de riesgo, por ejemplo la intencionalidad del embarazo, la salud mental pre existente y las experiencias adversas en la niñez, así como las experiencias de violencia, 5) falta de especificidad acerca de los problemas de salud mental que se estudian, pues se consideran por igual malestares, síntomas y trastornos mentales.

Al respecto de esta evidencia también Rocca et al., (2013) señalan que la idea de que el aborto es dañino emocionalmente se basa en tres supuestos que no siempre son considerados en las investigaciones. Primero, se presume que las emociones negativas de las mujeres se derivan del aborto y no de otras fuentes, como el propio embarazo o la pérdida de una relación; algunas sienten culpa o rabia por haberse embarazado sin haberlo deseado. Segundo, la idea de que el aborto daña, con frecuencia no considera las emociones positivas y negativas mencionadas. Tercero, se asume que la salud emocional de las mujeres con embarazos no deseados que optaron por el aborto, estaría mejor si hubieran llevado su embarazo a término.

Esta misma autora realizó un estudio con la finalidad de encontrar datos acerca de las respuestas emocionales a corto plazo que ayudaran a comprender mejor la experiencia subsecuente en mujeres que habían realizado un aborto. La investigación comparaba tres grupos de mujeres: 1) mujeres a las que les había sido negado el procedimiento por encontrarse fuera del límite de tiempo de gestación permitido, 2) mujeres que se encontraban muy cerca del límite pero sí recibieron el procedimiento y 3) mujeres que habían recibido el

procedimiento fácilmente debido a que se encontraban en el primer trimestre. Las participantes fueron interrogadas acerca de cómo se sintieron con la noticia del embarazo con respecto a seis emociones (alivio, felicidad, arrepentimiento, culpa, tristeza y enojo). Además, a las mujeres del segundo y tercer grupo (que habían realizado el aborto en el límite y las que lo habían realizado en el primer trimestre) se les preguntó cómo se sentían con respecto al procedimiento (Rocca et al., 2013).

Los resultados muestran que con respecto al embarazo, las mujeres de los tres grupos se sintieron en alta proporción tristes, arrepentidas y culpables (62% - 74%), no obstante una tercera parte se sintió feliz y aliviada (33% y 25%). Las mujeres a las que se les negó el aborto mencionaron sentirse más felices respecto al embarazo (60%) en comparación con aquéllas que realizaron el aborto cerca del límite (27%). Por otro lado, acerca del aborto, la emoción más reportada fue alivio, tanto para el grupo que lo realizó en el primer trimestre (96%) como para las que lo realizaron en el límite gestacional (90%). En comparación con las mujeres del primer trimestre, las del grupo que abortó cerca del límite gestacional se sentían más arrepentidas y tristes. Sin embargo, la tristeza fue la emoción más reportada entre las mujeres a las que les había negado el procedimiento (60%), estas mujeres además se sentían más arrepentidas (50%) en comparación con aquéllas que sí habían realizado el aborto en el límite (41%,) y enojadas (42% vs 29%); 72% de las mujeres mencionaron que desearían haber realizado el aborto (Rocca et al., 2013).

La revisión de Major et al., (2009) muestra que entre los factores asociados con reacciones psicológicas más negativas se encuentran en primer lugar la historia de problemas de salud mental previos al embarazo, la interrupción de un embarazo deseado o importante, la percepción de presión de otros para abortar, y ciertos rasgos de personalidad que incrementan la vulnerabilidad a estresores, como el pesimismo y la percepción de falta de control. Dado que muchos de estos factores son los mismos que predicen la evaluación, enfrentamiento y reacción psicológica a otros eventos estresantes, pueden ser también factores de riesgo para reacciones adversas a la maternidad no deseada. Además se ha observado cierta tendencia al desarrollo de patología post- aborto en aquellas mujeres con factores predisponentes tales como pobreza, violencia, uso de drogas, depresión y evitación como estilo de afrontamiento (Major, 2009). Ahora bien, cabe recordar que el aborto inducido es resultado de una decisión tomada después de días o semanas de consideración;

que este proceso puede ser difícil y por lo tanto, las consecuencias psicológicas del aborto inducido están más relacionadas con el contexto social, moral y psicológico en el que ocurre que con el procedimiento en sí mismo (Broen, Moum, Bødtker, y Ekeberg, 2005).

En resumen, la experiencia del aborto se acompaña de reacciones emocionales diversas en tipo e intensidad (Stotland, 2002). Las reacciones emocionales que siguen al procedimiento suelen ser catalogadas como trastornos, pero se trata más precisamente de reacciones de duelo o de manifestaciones emocionales secundarias a un evento vital, doloroso y difícil de enfrentar (Tamayo, 2013). Por eso es que se vuelve indispensable distinguir entre la reacción emocional al estrés y la sintomatología relacionada con un trastorno mental, pues las mujeres no solo reportan sentimientos de tristeza y culpa, sino también de alivio después del procedimiento (Ortiz, 2010). Es por ello que en este trabajo se utilizará el término *sintomatología depresiva elevada* propuesto por Angold (1988) para referir a una posible reacción emocional cuando la estrategia de afrontamiento no es totalmente eficaz debido a que existen condiciones que convierten un estresor agudo en uno crónico. El autor señala precisamente, que la sintomatología depresiva puede ser observada de manera cuantitativa localizando la desviación de la media de un grupo. Esta desviación podría interpretarse como un indicador de intensidad para un estado de ánimo disminuido, pero esperado si se tienen en cuenta las circunstancias en las que se presenta.

Capítulo 3. Riesgos preexistentes: los antecedentes de las mujeres

Acerca de las condiciones que podrían configurar un estresor agudo en uno crónico, se sabe que el embarazo no deseado y el aborto pueden afectar de manera diferencial la salud mental de las mujeres después de un aborto, dependiendo de los factores de riesgo que le anteceden, pues como señala la evidencia se revisa a continuación: existen condiciones previas que inciden sobre el riesgo que las mujeres para desarrollar algún problema de salud mental, no por el aborto en sí, sino por las circunstancias que lo acompañan o anteceden

En ese sentido, Folkman y Lazarus señalaron en 1988 que las condiciones previas de una persona son indispensables para realizar las evaluaciones sobre la fuente de estrés, así la experiencia en general es clave para determinar la percepción y valoración que se lleva a cabo ante una misma demanda y por eso las situaciones de estrés no son iguales para todos los individuos, pues en ella se ponen en juego antecedentes como habilidades, recursos y capacidades individuales y sociales (Folkman y Lazarus, 1988). El afrontamiento que se lleva a cabo no depende de estos antecedentes porque está más relacionado con los recursos de los que el sujeto logra hacerse en cada contexto, pero las condiciones previas sí podrían ser variables moderadoras de la relación entre el afrontamiento y la emoción (Sierra et al., 2003).

La forma en la que han resuelto problemas antes, las características de personalidad, las creencias sobre sí mismas y sobre la situación por la que atraviesan, así como de los recursos de salud de las que dispongan, son características que explican por qué algunas situaciones son más estresantes para algunas personas. En ese sentido, quienes han tenido más circunstancias difíciles tenderán también a mostrar mayores síntomas psicológicos (Folkman et al., 1986). Además, ya se ha señalado que existe una relación entre la activación emocional y la memoria, que implica que ante un estresor ocurrirán respuestas emocionales y conductuales cercanas a las de experiencias anteriores (Aguado, 2002).

Lo que se sabe acerca de las consecuencias que tiene el embarazo no intencional y el aborto voluntario sobre la salud mental de las mujeres está relacionado con los factores de riesgo asociados a éstos eventos vitales. Entre estos factores se encuentran también los antecedentes que permiten evaluar las situaciones como estresantes y que modulan la respuesta emocional. En ese sentido, la literatura muestra que los problemas de salud mental previos y la exposición a la violencia son más frecuentes en la vida de mujeres que tienen

embarazos no deseados y abortos, y que son también predictores importantes de reacciones emocionales negativas y problemáticas en salud mental después de un aborto (Major et al., 2009).

3.1 Historia de depresión previa al embarazo no intencional y al aborto voluntario

Van Ditzhuijzen et al., (2013) realizaron en Holanda un estudio transversal para comparar la prevalencia de por vida de trastornos mentales, no solamente depresión, entre mujeres que habían tenido un aborto recientemente (de un embarazo no deseado) y mujeres que nunca lo habían tenido, controlando variables demográficas. Los resultados muestran que para todas las categorías de trastornos, la prevalencia de por vida fue más alta para las mujeres que abortaron. Las probabilidades más altas, entre cinco y siete, fueron de dependencia a drogas y trastorno de conducta en la infancia respectivamente; es decir estos trastornos precedieron al aborto, de modo que los autores señalan que sus resultados podrían reflejar, a) una mayor probabilidad de embarazos no deseados en mujeres con una historia de trastornos mentales comparadas con controles, o b) que las mujeres con una historia de estos problemas de salud mental con más frecuencia eligen terminar embarazos no deseados en comparación con las controles.

Más específicamente, Bennett et al., en 2004 realizaron una revisión sistemática sobre las prevalencias de depresión, y encontró que las mujeres embarazadas con bajo estrato socioeconómico mostraban tasas más altas de depresión que la población general. Al respecto, es posible que exista un problema en definir la direccionalidad de estas variables, pues estudios como el de Kessler (en Tenkku et al., 2009) con base en la Encuesta Nacional de Comorbilidad en Estados Unidos, encuentran que el reporte de trastornos psiquiátricos el predictor del embarazo adolescente, entre los trastornos más relevantes encontraron: los afectivos, los de ansiedad, los de uso de sustancias y los de comportamiento.

Al respecto, Hall et al., (2014) examinaron prospectivamente el efecto de la depresión y síntomas de estrés en el riesgo de embarazo juvenil durante un año con mujeres de 18 a 20 años que reportaron un fuerte deseo de evitar el embarazo y muestran que la tasa de embarazos fue mayor entre las mujeres con depresión al inicio del estudio, comparadas a las que no tenían estos síntomas. Las mujeres que tenían depresión y estrés al mismo tiempo tuvieron el riesgo doble de embarazo que las que no los tenían. De este modo concluyen que

el estrés, especialmente cuando se presenta junto con depresión, influye consistente y adversamente en el riesgo de embarazo no deseado en estas mujeres.

Steinberg y Finer (2011) señalan que, en comparación con embarazos que terminarán en parto, los que terminan en un aborto intencional son más probables de ser resultado de embarazos no deseados. Y agregan que, dado que éstos se asocian con desventajas como menor nivel socioeconómico y experiencias de violencia, que son comunes a experiencias de depresión, ideación suicida y baja autoestima, es posible que la relación entre aborto y estos últimos problemas emocionales, surja cuando no se controlan los factores que dan cuenta del traslape entre circunstancias de la actualidad y de la historia de las mujeres con embarazos no deseados y problemas de salud mental. Sus resultados muestran de hecho que en modelos estadísticos no ajustados, las mujeres que abortan efectivamente tienen más probabilidad de presentar problemas subsecuentes de salud mental, pero el riesgo desaparece al controlar factores tales como la salud mental previa al embarazo y las experiencias de violencia sexual.

En un estudio de cohorte, Steinberg, McCulloch y Adler (2014), compararon las tasas de trastornos mentales (de ansiedad, del estado de ánimo, control de impulsos, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación e ideación suicida) en 259 mujeres después de un primer embarazo interrumpido voluntariamente y a 677 después de un embarazo que llegó a término, todas ellas entre 18 y 42 años. El objetivo era determinar si el primer aborto incrementa el riesgo de trastornos de salud mental en comparación con el primer nacimiento de un hijo, considerando la historia de salud mental y las exposiciones adversas pre-embarazo, el estatus económico en la infancia, la historia de abortos, la edad del primer aborto o nacimiento, y la raza o etnicidad. Los resultados revelaron que las mujeres que abortaron tuvieron más trastornos mentales previos que las que dieron a luz, sin embargo, después de controlar factores, el aborto no figuraba como factor predictor estadísticamente significativo para el incremento de trastornos, excepto para el caso de trastorno por uso de sustancias que podría estar relacionado con otros aspectos, tales como conductas sexuales de riesgo. De hecho, gran cantidad de literatura reporta que los trastornos mentales se correlacionan con comportamientos sexuales de riesgo que llevan a embarazos no deseados (Steinberg y Finer, 2011).

Por lo tanto, la salud mental previa al aborto es el indicador más fuerte de la salud mental después del aborto. Las mujeres que tienen riesgo de conflicto posterior al aborto son las que tienen una historia de problemas emocionales previos, relaciones conflictivas de pareja, relaciones conflictivas con la madre y fuerte ambivalencia entre sus principios religiosos y culturales y el aborto (Gaviria, 2004).

3.2 Violencia sexual, embarazo no intencional y aborto voluntario

De acuerdo con Lupien et al., (2009), las personas que sufrieron abuso sexual en la infancia y presentan depresión en la adultez revelan una hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, que como ya se ha mencionado, son las estructuras encargadas de regular las respuestas emocionales y conductuales ante los estresores y cuya modificación implicará cambios a largo plazo en el procesamiento de nuevos estresores, entre ellos, manifestaciones de emociones negativas y conductas desadaptativas (Vela, 2014).

Un estudio reciente que utilizó datos representativos a nivel nacional de Estados Unidos y examinó 10 adversidades de la infancia que se produjeron antes de los 12 años de edad, encontró que las mujeres que experimentaron abuso físico infantil tuvieron más probabilidad de llevar a cabo un aborto. Así mismo, las mujeres que presentaron más adversidades en la infancia tendieron realizar múltiples abortos (Steinberg y Tschann, 2013). Sin embargo, el abuso sexual infantil se ha encontrado como precursor del uso de sustancias y las conductas sexuales de riesgo durante la adolescencia, lo que puede llevar a un embarazo no planeado y no deseado (Conrad et al., 2014; Draucker y Mazurczyk, 2013).

Particularmente, es la violencia en la relación de pareja la que ha sido más investigada y los resultados son más consistentes en cuanto a su asociación con embarazos no planeados (Hathaway et al., 2005), interrupción de los mismos (Öberg et al., 2014) y problemas de salud mental (Pico-Alfonso et al., 2006; Twari et al., 2008). Al respecto Pallitto et al., (2013) reportan resultados derivados de una encuesta multicéntrica de la Organización Mundial de la Salud realizada en países de ingresos bajos y medios, en la que hipotetizaron que el aumento en los niveles de miedo y control, así como la violencia sexual en las relaciones abusivas puede llevar a una incapacidad de las mujeres para prevenir el embarazo o negociar el uso de anticonceptivos, lo que puede llevar a un embarazo no deseado, el cual se interrumpa o no, conlleva riesgos a la salud materna y perinatal. Sus resultados mostraron

que una historia de violencia de pareja efectivamente incrementó las probabilidades de embarazo en 8 de 14 sitios y de aborto en 12 de 15; tras controlar factores de confusión, los resultados globales muestran incrementos en el número de embarazos no deseados y abortos en mujeres que viven relaciones violentas.

Entre los pocos estudios en la región de América Latina, se encuentra el de Cripe et al., (2008) realizado en Perú con mujeres entrevistadas en la etapa del postparto. Se reporta que la violencia física y sexual y los embarazos involuntarios fueron comunes (40% y 65.3% respectivamente). Las mujeres con historia de violencia tuvieron un riesgo mayor de presentar un embarazo involuntario. La prevalencia y gravedad de la violencia física durante el embarazo fue mayor en mujeres con embarazos involuntarios en comparación con las mujeres que los planearon. Las autoras plantean que las mujeres que experimentan violencia, y que viven en un ambiente de dominación masculina y machismo como el que persiste en Perú, tenderán a someterse sexualmente a sus parejas por temor a que se incremente la violencia, por lo que estas mujeres pueden rechazar menos las relaciones sexuales, negociar menos el uso de anticonceptivos, o usar métodos efectivos de anticoncepción, lo que puede llevar a un embarazo no planeado.

En esta línea, una revisión sistemática de Hall et al., (2014), incluyó 74 estudios de mujeres que interrumpieron el embarazo y que habían experimentado al menos un tipo (físico, sexual o emocional) de violencia de pareja. Si bien las prevalencias de violencia de pareja en esta población fueron muy variables (2.5% a 30%), sí se encontró una asociación entre la violencia de pareja -incluyendo violación, asalto sexual, sabotaje anticonceptivo, y toma de decisión coercionada-, con la interrupción del embarazo y con repetidas interrupciones. Asimismo, las mujeres en relaciones violentas tendieron a ocultar más la interrupción a su pareja que las que no tenían esta relación. Variables demográficas como edad, etnicidad, escolaridad, estado civil, ingresos, empleo y uso de alcohol y drogas no mostraron efectos consistentes o relevantes como variables mediadoras.

La evidencia de un mayor riesgo para las mujeres de tener un embarazo no deseado, embarazos repetidos y abortos voluntarios o coaccionados cuando experimentan violencia en las relaciones íntimas (Cripe et al., 2008; Roberts, Auinger y Klein, 2005; Stockman, Lucea y Campbell, 2013) se ha tratado de explicar a través del concepto “coerción reproductiva”, que es parte del continuo de la violencia de pareja y hace referencia a comportamientos de

los varones para mantener el poder y el control de las mujeres a través de la reproducción: por ejemplo el sabotaje al control del embarazo (romper condones a propósito, esconder, destruir o rechazar comprar anticonceptivos), el presionar para que ocurra (amenazar con dejar a la persona si no se embaraza o buscar a otra para hacerlo) y/o el coaccionar para que el embarazo siga o finalice (forzar la decisión) (Miller et al., 2010).

Stockman, Lucea y Campbell (2013) señalan que la violencia y la amenaza de violencia pueden disminuir la capacidad de las mujeres para protegerse adecuadamente de la infección por VIH o para tomar decisiones sexuales saludables. Se reporta que mujeres adolescentes en relaciones físicamente violentas, tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas que las que no han tenido este tipo de relación (Roberts, Auinger y Klein, 2005). Se sabe también que entre las madres adolescentes que acudieron a servicios públicos de salud y reportaron haber experimentado violencia de pareja recientemente, alrededor de dos terceras partes reportaron sabotaje al control natal por parte de su pareja (Raphael, 2005). Por lo anterior, no sería sorpresivo pensar que experimentar violencia de pareja y coerción reproductiva, se asocie con el deterioro de la salud mental.

Por lo tanto, es indispensable tomar en cuenta las condiciones que anteceden a las evaluaciones cognitivas puestas en marcha ante un embarazo no intencional, pues tanto la historia previa de depresión de las mujeres, como la exposición a la violencia sexual en algún momento de su vida, podrían modificar la manera en la que las mujeres evalúan y responden ante dicha situación. Más aún, podría aumentar el riesgo de tener sintomatología depresiva elevada, aún cuando no se realizara el procedimiento del aborto, confundiendo así, las causas de la sintomatología.

Capítulo 4. Metodología

4.1 Planteamiento del problema

El efecto del aborto voluntario sobre la salud mental de las mujeres ha sido objeto de controversia en la literatura y una de las consecuencias más frecuentemente señaladas es la depresión. Sin embargo, existen diversas fallas metodológicas en muchos de los estudios que encuentran esta asociación (Major et al., 2009). En la Ciudad de México, el procedimiento de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es legal desde 2007 y desde entonces se han desarrollado los protocolos específicos para que los centros de salud proporcionen este servicio de manera segura y gratuita a las mujeres que lo soliciten. Pero a la fecha no existen investigaciones que indaguen las respuestas emocionales de las mujeres que llevan a cabo el procedimiento en esta ciudad ni su relación con la salud mental.

De acuerdo con el modelo de estrés y afrontamiento planteado por Lazarus y Folkman (1984) el embarazo es un evento vital que puede ser evaluado como una situación estresante aguda, dados los cambios físicos, emocionales, sociales y subjetivos que implica para las mujeres; particularmente si no han tomado la decisión de embarazarse. Una de las opciones de afrontamiento ante el embarazo no intencional es su interrupción voluntaria, de modo que se interviene directamente en la situación estresante.

Dado que a cada evaluación cognitiva le corresponde una respuesta emocional (Folkman y Larazrus, 1990), se plantea que es importante indagar acerca de las emociones positivas y negativas a lo largo del proceso (evaluaciones primaria, secundaria y estrategia de afrontamiento). Por ello, se han considerado en este trabajo tres momentos que corresponderían a cada momento de evaluación cognitiva: 1) cuando se tiene la noticia del embarazo, 2) cuando se toma la decisión de llevar a cabo el aborto voluntario y 3) después de que se ha llevado a cabo el procedimiento. Al mismo tiempo, la eficacia de la estrategia de afrontamiento depende también de los riesgos preexistentes a los que las mujeres hayan estado expuestas. De manera que es indispensable indagar por los antecedentes personales y familiares de depresión y la exposición a la violencia sexual a lo largo de la vida.

Con base a lo anterior las preguntas de investigación fueron ¿cuál es la relación que existe entre las emociones negativas y/o positivas reportadas a lo largo del proceso del aborto voluntario y la sintomatología depresiva elevada tras haberlo llevado a cabo? y si ¿esta relación persiste cuando se consideran los factores de riesgo preexistentes?

4.2 Objetivo General

Analizar la relación que existe entre las emociones presentes antes, durante y después del proceso de un aborto legal voluntario en la Ciudad de México, y la presencia de sintomatología depresiva elevada tras la interrupción legal del embarazo, tomando en cuenta antecedentes de depresión y de violencia sexual.

4.3 Objetivos específicos

- Analizar la relación entre las emociones positivas y negativas al saberse embarazada, al momento de decidir abortar y después de la interrupción del embarazo con el posterior desarrollo de sintomatología depresiva elevada.
- Analizar cómo se relacionan los antecedentes (depresión: autoreporte, depresión de la madre y del padre; y violencia sexual: abuso sexual, violencia sexual después de los 15 años y violencia sexual por parte de la pareja actual) con la sintomatología depresiva elevada.

4.4 Hipótesis

1. Existe una relación entre las emociones presentes durante el proceso (antes, al momento de decidir y después) de un aborto voluntario y el posterior desarrollo de sintomatología depresiva elevada.
2. Las mujeres que hayan reportado presencia de alguna(s) de las variables antecedentes (depresión: autoreporte, depresión de la madre y del padre y violencia sexual: abuso sexual, violencia sexual después de los 15 años y violencia sexual por parte de la pareja actual) presentarán mayor sintomatología depresiva elevada en comparación con aquellas que no tengan estos antecedentes.

4.5 Diseño

Se realizó un estudio transversal retrospectivo. El equipo de investigación eligió este tipo de diseño en conjunto con el personal en los servicios de salud, porque se trataba de un estudio de factibilidad que permitiera conocer la disponibilidad del espacio en la clínica, los horarios y las necesidades de la población para realizar una investigación de mayor alcance en el futuro. Se eligió también porque, dado que el cuestionario indagaba por las emociones desde

el momento en el que recibieron la noticia de estar embarazadas y hasta el final del procedimiento, las participantes podrían estar en mejor disposición de ser entrevistadas –una sola vez- en la cita de seguimiento.

4.6 Participantes

En este estudio participaron 114 mujeres que acudieron a una clínica de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México. Se incluyó en el estudio a todas aquellas mujeres mayores de 15 años que realizaron la interrupción del embarazo con medicamentos, que acudieron a una visita de seguimiento entre la cuarta semana de diciembre de 2015 y la cuarta semana de enero de 2016, y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. El único criterio de exclusión que se tuvo en cuenta fue que tuvieran alguna discapacidad física o intelectual grave o muy grave que les impidiera ser entrevistadas; sin embargo, ninguna mujer fue excluida por esta razón. La muestra fue no probabilística y por conveniencia.

4.7 Instrumentos

A continuación, se describen los instrumentos con los que fueron evaluadas las variables de interés para esta tesis (Anexo A):

Variables sociodemográficas

Se recabaron datos sobre la edad, escolaridad, ocupación, relación de pareja y lugar de residencia. Además, se indagó sobre algunas variables de su vida reproductiva, se les preguntó a las participantes si era su primer embarazo, si tenían hijos, y si antes de esta ocasión habían tenido un aborto voluntario o un aborto espontáneo.

Variable Independiente

Emociones. Se tomó como base la evaluación que llevaron a cabo Rocca et al., (2013) en un estudio que tomó en cuenta seis emociones con respecto al embarazo y al evento del aborto: alivio, felicidad, arrepentimiento, culpa, tristeza y enojo. Además, se agregó “avergonzada” con base en el cuestionario de Ralph et al., (2014). También se consultó a una psicóloga clínica especialista en el tema y con base en las emociones que las mujeres que interrumpen el embarazo reportan más frecuentemente en su consulta, se sustituyó “feliz” por “satisfecha”

y se agregaron cuatro emociones más al cuestionario: estresada, tranquila, segura y confundida. Las opciones de respuesta fueron cuatro, a saber: Nada (0), Poco (1), Regular (2) y Mucho (3); y se evaluaron las emociones mencionadas en tres momentos: 1) ante de la noticia de estar embarazadas (con base en el instrumento de Rocca et al., (2013); 2) al momento de tomar la decisión de interrumpir el embarazo y 3) una vez finalizado el proceso (estos dos últimos momentos con base en el estudio de Ralph et al., (2014).

Variable dependiente

Sintomatología depresiva. Se evaluó con el Center for Epidemiologic Studies of Depression Scale, CES-D, diseñado por Radloff en 1977 para detectar sintomatología depresiva. Ha sido ampliamente utilizado y validado en población mexicana y específicamente en adolescentes. En 2006 además fue utilizado con población adolescente embarazada (Lara et al., 2006). En el 2008 fue adaptado a los criterios del DSM-IV (versión revisada: CES-D-R) y se probaron y validaron un total de 35 reactivos que indagan por los 9 síntomas caracterizados en dicho manual diagnóstico y que hayan estado presentes las últimas dos semanas. Las opciones de respuesta son cinco que van de “0 días” a “de 8 a 14 días” y para clasificar: a) sin relevancia clínica, b) depresión subumbral, c) probable caso, d) altamente probable y e) Episodio de Depresión mayor ($\alpha=.93$) (González- Forteza et al., 2008).

No obstante, debido a cuestiones relacionadas con el procedimiento que se explican en el siguiente apartado, se recodificó la opción 4 (“de 8 a 14 días”) a la opción 3 (“de 5 a 7 días”) y se fijó el punto de corte en el percentil 75 con la finalidad de calificar el cuestionario de manera dicotómica seleccionando casos de sintomatología depresiva elevada vs. no.

Riesgos pre existentes

Autoreporte de depresión y percepción de la depresión de la madre y el padre. Se adaptaron las preguntas utilizadas por Lara et al., (2006); para el autoreporte fueron: “*Antes de saber de este embarazo, ¿había tenido síntomas como sentirse sola, triste o no tener ganas de hacer nada durante tanto tiempo y con tal intensidad que usted diría que estaba deprimida?*” y “*¿Ha consultado a algún psiquiatra o psicólogo por algún problema de este tipo?*”. En cuanto a los padres, se preguntó: “*¿Su mamá ha estado deprimida? Esto quiere decir que haya padecido de cambios fuertes del estado de ánimo o de los nervios*” y “*¿Su papá ha*

estado deprimido? Esto quiere decir que haya padecido de cambios fuertes del estado de ánimo o de los nervios". Para cada una de estas preguntas se agregó: "*Ha acudido a consulta psiquiátrica?*". Todas las preguntas tenían opción de respuesta cerrada y dicotómica.

Antecedentes de abuso, violencia sexual después de los 15 años y violencia sexual de pareja. Se incluyeron preguntas utilizadas en estudios previos (Ramos Lira et al., 1998; 2001; Ramos Lira y Saltijeral, 2008) sobre reporte antes de los 15 años de abuso sexual (número de veces, edad y relación con el abusador), reporte de violencia sexual después de los 15 años (número de veces, edad y relación con el abusador) y violencia sexual en la relación con la pareja con la que se embarazó. Si bien las opciones de respuesta para esta última modalidad de violencia fueron Nunca (0), Rara vez (1), algunas veces (2) y Todo el tiempo (3), para este estudio la variable fue utilizada como dicotómica y se evaluó como presencia cualquiera de las respuestas del 1 al 3.

4.8 Procedimiento

Se abordó a las mujeres en la sala de espera de la clínica de Interrupción Legal del Embarazo ubicada dentro de un Centro de Salud T III de la Ciudad de México. Las mujeres entregaban su carnet en la recepción y pasaban a la sala de espera para ser llamadas primero a un ultrasonido para verificar que el procedimiento de ILE se hubiera completado y luego eran llamadas para recibir el método anticonceptivo de su elección. Este proceso demoraba hasta 3 horas dependiendo de la demanda del servicio y las entrevistas fueron realizadas durante este tiempo de espera.

Una vez que hubiera al menos tres mujeres en la sala, una de las entrevistadoras, que fueron las mismas integrantes del equipo de investigación, realizaba la invitación al estudio de manera colectiva, indicando que se buscaba conocer la experiencia de salud reproductiva y salud mental de las mujeres que llevan a cabo una interrupción del embarazo, para lo cual se les invitaba a participar en una entrevista basada en un cuestionario que duraba aproximadamente 40 minutos, que se llevaría a cabo en el tiempo de espera de su consulta, que si las llamaban al ultrasonido o a recibir métodos anticonceptivos la entrevista se interrumpiría y se continuaría una vez terminaran su chequeo, y que si la entrevistadora localizaba a lo largo de este proceso alguna necesidad de salud mental se les brindaría información para que pudieran acudir a algún servicio. También se les informaba que al final

de la entrevista serían retribuidas por el tiempo dedicado con una tarjeta que contenía \$150.00 intercambiables por artículos de supermercado.

A continuación se les proporcionaba una copia de la carta consentimiento informado de manera individual (Anexo B); luego una de las entrevistadoras aclaraba sus dudas y reiteraba que la información era anónima, que los datos serían manejados confidencialmente y que la participación era voluntaria pues no guardaba relación con su cita médica. Si después de leer el consentimiento aceptaban participar, se les pedía que pasaran a alguno de los sitios que se habilitaron para entrevista dentro de la clínica y se les proporcionaba para firma el formato de consentimiento informado (Anexo C).

Al iniciar cada sección de la entrevista se les comunicaban algunas generalidades sobre el tema de las preguntas, particularmente en las secciones sobre abuso sexual y violencia doméstica, y se les reiteraba que la participación era voluntaria, confidencial y anónima, que a continuación se les realizarían preguntas que podrían resultarles incómodas y que avisaran a la entrevistadora en caso de no querer responder o detener la entrevista. Todas las preguntas del cuestionario fueron leídas en voz alta a la encuestada y sus opciones de respuesta eran anotadas por la entrevistadora. En caso de manifestar antecedentes de violencia sexual o abuso sexual se les preguntaba si era la primera vez que lo hablaban o si habían recibido algún tipo de atención terapéutica, y de no ser así, se les informaba que ésta podría ser una experiencia complicada de enfrentar y que al final de la entrevista se les proporcionarían datos de servicios especializados para personas que habían enfrentado situaciones similares por si quisieran realizar un proceso de atención.

Por otro lado, si las participantes manifestaban alguna preocupación relacionada con la ILE o con la información negativa sobre este procedimiento que algunas recibieron de personas y organizaciones (en contra de la práctica del aborto bajo cualquier circunstancia) que se encuentran fuera de la clínica repartiendo folletos, se aclaraban sus dudas al respecto y se les daba información sobre el aborto en condiciones seguras y legales, así como un folleto de la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir que contiene información sobre los 10 principales mitos alrededor del aborto.

Los cuestionarios no fueron calificados *in situ*. Sin embargo, si se registraban las opciones “5 a 7 días” o de “8 a 14 días” en la mayoría de los reactivos de la escala de sintomatología depresiva CES-D-R o se manifestaba directamente alguna necesidad de

atención en salud mental, se les proporcionaba de manera escrita en la parte trasera de la tarjeta de contacto (Anexo D) los datos de servicios de atención *ad hoc* tomados de un directorio de atención especializada diseñado por equipo de investigación; la referencia era seleccionada de acuerdo a las necesidades identificadas en la entrevista. Además se les proporcionaron los teléfonos de las responsables del equipo de investigación por si el servicio no resultara adecuado o tuvieran algún inconveniente en la atención y, en caso de que así fuera, se les ofreció buscar otras opciones. Junto con la tarjeta de contacto y la información adicional correspondiente se les entregaba el vale.

4.9 Plan para análisis estadísticos

Los cuestionarios fueron codificados y capturados por tres investigadoras del equipo en una base de datos de SPSS V21.0. Los datos aquí presentados fueron analizados por separado por la autora de este trabajo.

Variables sociodemográficas. Fueron divididas en dos partes para mayor claridad en su análisis: 1) datos sociodemográficos y 2) antecedentes reproductivos. Se reportaron las frecuencias y porcentajes para cada una y con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de estratificación de estas variables con respecto a la sintomatología depresiva se llevaron a cabo pruebas de X^2 . No obstante no se hallaron diferencias estadísticamente significativas para ninguna, lo que implicó que no se realizara ninguna estratificación para los análisis de la relación entre emociones y sintomatología depresiva elevada.

Emociones. Se tomó la variable como cuantitativa con un rango de 0 a 3, en cada uno de los momentos de medición (1. Al recibir la noticia del embarazo, 2. Al tomar la decisión de la ILE y 3. Al término del procedimiento). Después se realizaron pruebas de Shapiro Wilk para conocer su distribución y se obtuvo un resultado estadísticamente significativo ($p < 0.05$) que mostró que la variable era de libre distribución. Por esa razón se reportaron medianas y rangos intercuartilares como medida de tendencia central y dispersión y se utilizaron pruebas de estadística no paramétrica para comparar medianas.

Para cacular el total de los tres momentos por cada emoción se creó una nueva variable que contemplaba el puntaje de cada momento y se dividió entre tres, finalmente se obtuvo la mediana y rango intercuartil de dicha variable. En el caso de los totales por cada

momento, se creó una variable por cada uno, tanto para emociones negativas como para positivas; en cada cálculo, se sumaron los puntajes de las emociones y se dividió entre el número de emociones (7 en las negativas y 4 en las positivas). En las tablas de resultados se reportan las medianas y los rangos intercuartilares de cada una de las nuevas variables.

Se revisaron sus propiedades psicométricas del instrumento y se encontró un $\alpha=0.918$ para las emociones negativas (estresada, culpable, triste, arrepentida, enojada y confundida) y $\alpha=0.859$ para las emociones positivas. El análisis factorial con rotación varimax arrojó dos factores que coinciden con las emociones positivas y negativas y explican el 69.12% de la varianza.

Sintomatología depresiva elevada. Como se menciona en el procedimiento las mujeres fueron entrevistadas en la cita de seguimiento, lo cual ocurrió en la mayoría de las veces a la semana siguiente de que se realizara la ILE (Tabla 1), no obstante no fue así para todos los casos debido a los días festivos y época vacacional que ocurrieron mientras se llevaba a cabo el levantamiento de datos. Por ello y con la finalidad de obtener un indicador homogéneo para todas las mujeres, todas las respuestas de la CESD-R marcadas con la opción 4 (de 8 a 14 días) fueron recodificadas a la opción 3 (de 5 a 7 días). A pesar de las diferencias de tiempo en el que fueron entrevistadas las mujeres y la apreciación de que conforme había pasado más tiempo entre la ILE y la entrevista era menor la presencia de sintomatología depresiva elevada, se realizó una X^2 de tendencia lineal y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las semanas ($p<0.770$) (Tabla 1). Por lo anterior, los resultados del CES-D-R tampoco fueron estratificados por semana.

Tabla 1. Casos de sintomatología depresiva elevada, según las semanas transcurridas entre la ILE y la entrevista

		Sintomatología depresiva		
		Frecuencia (%)		
		Si	No	Total
Semanas	1	18 (60.0%)	49 (58.3%)	67 (58.8%)
	2	4 (13.3%)	14 (16.7%)	18 (15.8%)
	3	8 (26.7%)	17 (20.2%)	25 (21.9%)
	4	0	3 (3.6%)	3 (2.6%)
	5	0	1 (1.2%)	1 (0.9%)
	Total	30 (100%)	84 (100%)	114 (100%)

A los valores perdidos se les imputó la media con la finalidad de no perder unidades de análisis y priorizar la sensibilidad del instrumento. Basado en la definición de *sintomatología depresiva elevada* propuesta por Angold (1988) y al procedimiento planteado en otros estudios que evalúan malestar depresivo con el mismo instrumento (González-Forteza et al., 2001 y González-Forteza et al., 2003) se creó una nueva variable para establecer el punto de corte. Dicha variable sumaba los puntajes de los 35 reactivos (cuyo rango iba de 0 a 3 una vez recodificados), de manera que el puntaje mínimo del instrumento era de 0 y el máximo era de 105. Sin embargo el puntaje mínimo reportado por el grupo fue de 2 y el máximo de 99. Se observó mediante la prueba de Shaphiro Wilk que la variable era de libre distribución ($p < 0.05$) por lo que se tomó como medida de tendencia central la mediana del grupo y como punto de corte (o desviación) el percentil 75, es decir, un puntaje ≥ 53 .

Riesgos Pre existentes. Para fines de análisis se utilizaron solamente el autoreporte personal de depresión y el reporte sobre la depresión del padre y la madre, sin importar si acudieron o no a recibir algún tipo de atención en salud mental y se excluyó del análisis la medición de violencia sexual por parte de la pareja actual debido al escaso número de mujeres que la reportaron.

Análisis bivariado. Se compararon las medianas de las emociones positivas y negativas (primero agrupadas y luego desagregadas) en los tres momentos de la evaluación utilizando la variable de sintomatología depresiva como dicotómica; es decir, tomando en cuenta como punto de corte un valor del CESD-R mayor o igual a 53 para clasificar a la sintomatología depresiva como elevada. A fin de comparar las medianas entre grupos, se utilizó la U de Mann Whitney donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las medianas de las emociones negativas en los tres momentos del proceso.

Luego se llevó a cabo un análisis de asociación entre las variables de emociones y la sintomatología depresiva elevada calculando la razón de productos cruzados e intervalos de confianza para cada una de las variables (emociones positivas y negativas en cada momento agrupadas y desagregadas y para riesgos pre existentes) en relación con la sintomatología depresiva.

Modelos de regresión logística. Se llevaron a cabo modelos de regresión logística para cada uno de los momentos del proceso. Primero se incorporaron las emociones en bloque, es decir todas las positivas y todas las negativas; y luego se realizó un análisis más minucioso

emoción por emoción de acuerdo con los resultados del primer modelo. Además se incorporaron las variables de abuso sexual y violencia sexual, pues aunque no alcanzaron asociaciones estadísticamente significativas, sí mostraron una tendencia a ser un factor de riesgo para la sintomatología depresiva elevada y son variables frecuentemente asociadas en la literatura científica con la presencia de problemas de salud mental; se incorporaron también los antecedentes de depresión que se asociaron en el análisis bivariado (autoreporte de depresión y percepción de la depresión de la madre). Finalmente se utilizaron pruebas de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow.

4.10 Consideraciones éticas

La investigación de la que se deriva esta tesis fue aprobada el 13 de enero de 2015 por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz con el número de referencia *CEI/C/001/2015* (Anexo E). Hay dos consideraciones importantes de mencionar, la primera es que el riesgo que implicó el estudio fue mayor que el mínimo pues se incluyeron mujeres que tenían menos de 18 años y la segunda es que el cuestionario contempló preguntas sobre antecedentes de abuso sexual infantil y violencia sexual que podrían activar algún tipo de conflicto o problema que requiriera contención, intervención en crisis o referencia a algún servicio de salud.

Sobre el primer punto se realizó un *addendum* que también fue aprobado por el Comité de Ética con fecha del 3 de agosto de 2015 y número de referencia *CEI/C/045/2015* (Anexo F) considerando la pauta 14 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas que menciona que en el caso de mujeres casadas o embarazadas menores de edad se puede realizar consentimiento informado:

En ciertas jurisdicciones, algunos individuos que aún no han alcanzado la edad general para consentir son considerados como "emancipados" o "menores adultos o maduros" y autorizados para consentir sin el acuerdo o incluso el conocimiento de sus padres o tutores. Pueden estar casados, la mujer embarazada, ser progenitores o vivir independientemente. Algunos estudios incluyen investigación de las creencias y comportamiento adolescente en relación con la sexualidad o utilización de drogas de uso recreativo; otras investigaciones abordan el estudio de violencia doméstica o abuso de niños. Para tales estudios, los comités de evaluación ética pueden prescindir de la autorización de los padres sí, por ejemplo, el conocimiento por parte de ellos puede poner a los adolescentes en riesgo de ser cuestionados o incluso intimidados por sus padres (CIOMS y OMS, Pauta 14, 2002).

Por lo anterior, el Comité de Ética acordó con el equipo de investigación agregar al formato de consentimiento informado una pregunta sobre si las entrevistadas menores de edad daban su autorización en caso de que el adulto que las acompañara quisiera información de la entrevista, sin que esto pusiera en peligro el principio de confidencialidad (ver Anexo C).

Con respecto al segundo punto, el equipo de investigación fue capacitado en un taller sobre la aplicación de los instrumentos, técnicas de contención durante la entrevista e información necesaria para la devolución personalizada *in situ* de la información vertida en el cuestionario. Además, se diseñó un directorio (Anexo G) que incluía datos de contacto, horarios, costos y rutas de atención sobre diversos servicios de atención en salud mental pública, privada y de distintos niveles, así como por violencia doméstica y sexual e instituciones que atienden temas relacionados con la salud sexual y reproductiva donde fueron referidas las mujeres con antecedentes de violencia sexual o quienes manifestaron tener alguna inquietud o necesidad para recibir atención de salud mental.

Capítulo 5. Resultados

5.1 Descriptivos

5.1.1 Variables sociodemográficas

De un total de 114 mujeres entrevistadas que llevaron a cabo un aborto voluntario en una clínica de Interrupción Legal del Embarazo de un centro T-III de la Ciudad de México destaca que la mediana de edad fue de 24 años, siendo la menor una de 15 años y la mayor de 44. Casi la mitad contaba con estudios de preparatoria (48.2%), y una de cada cuatro tenían secundaria (25.4%) y licenciatura (24.5%), respectivamente. Un poco más de la mitad de las mujeres realizaba alguna actividad por la que recibía remuneración económica (54.4%), casi una tercera parte de las participantes eran estudiantes (25.4%) y una cuarta parte (20.2%) eran amas de casa. El 83.3% tenía pareja y el 47.5% vivía con ella. La mayoría de las mujeres entrevistadas residía en la Ciudad de México (62.3%); mientras que una tercera parte provenía del Estado de México (36%) (Tabla 2).

En la tabla 3 se muestran los antecedentes reproductivos de las entrevistadas. Sólo para un tercio de ellas éste era su primer embarazo (33.3%); el 66.7% habían tenido uno o varios previamente. Para quienes no era la primera vez, la mediana de edad en la que tuvieron su primer embarazo fue de 18.5 años: la más joven se embarazó por primera vez a los 15 años; mientras que la mayor lo hizo cuando tenía 22 años. El 66.2% no estaba utilizando ningún método anticonceptivo en esa ocasión; mientras que el 33.8% sí lo hacía. Los métodos más utilizados fueron el condón (57.8%), seguido por las pastillas (15.8%) y las inyecciones (15.4%).

El 78.5% reportó tener hijos; casi una de cada 5 (19.5%) había interrumpido previamente un embarazo, 15.6% una vez antes de esta ocasión y un 3.9% más de una vez. La mediana de edad del primer aborto voluntario fue de 19 años: la que lo había realizado más joven tenía 16 y la que lo realizó a mayor edad tenía 22 años. De las 15 que habían interrumpido el embarazo antes el 73.3% (n=11) de ellas había acudido a una clínica de ILE, 13.3% (n=2) habían utilizado pastillas por su cuenta, 6.66% (n=1) consultado un médico particular y 6.66% (n=1) había utilizado un té. El 16.0% había tenido un aborto espontáneo antes de la presente experiencia de la ILE y el 2.7% tuvo más de uno. La mediana de edad en la que ocurrió por primera vez fue de 23.5 años, la edad mínima fue de 18 y la máxima de 29 años.

Tabla 2. Datos sociodemográficos de las mujeres que llevaron a cabo una interrupción legal del embarazo

Edad	Frecuencia Porcentaje	
	N=114	%
15-19	16	14.0
20-24	47	41.2
25-29	25	21.9
30-34	12	10.5
35-39	7	6.1
40-44	7	6.1
Escolaridad		
Primaria	2	1.8
Secundaria	29	25.4
Preparatoria	55	48.2
Licenciatura	28	24.6
Ocupación		
Empleada	61	54.4
Estudiante	29	25.4
Ama de casa	24	20.2
¿Actualmente tiene pareja?		
Sí	95	83.3
No	13	11.4
No, terminé con él por el embarazo	6	5.3
¿Viven juntos?		
Sí	48	47.5
No	52	51.5
Entidad de residencia		
Ciudad de México	71	62.3
Estado de México	41	36.0
Jalisco	1	0.9
Puebla	1	0.9

Tabla 3. Antecedentes reproductivos de las mujeres que realizaron una interrupción legal del embarazo

¿Este fue su primer embarazo? (N=114)		
	Frecuencia	%
Sí	38	33.3
No	76	66.7
¿Tiene hijos? (N=79)		
Sí	62	78.5
No	17	21.5
¿Antes de esta ocasión había interrumpido un embarazo voluntariamente? (N=77)		
No	62	80.5
Sí	12	15.6
Sí, más de una vez	3	3.9
¿Antes de esta ocasión había tenido un aborto espontáneo? (N=75)		
No	61	81.3
Sí	12	16.0
Sí, más de una vez	2	2.7

5.1.2 Variable independiente: Emociones

En la entrevista se realizaron preguntas sobre las emociones negativas y positivas en torno a tres momentos del proceso: 1) al momento de recibir la noticia de estar embarazada, 2) al momento de tomar la decisión de interrumpirlo y 3) después del procedimiento ILE. En la tabla 4 se presentan las medianas y rangos intercuartilares para cada una de las emociones en los tres momentos evaluados.

Se observa en general que las medianas de las emociones negativas al momento de recibir la noticia del embarazo son más elevadas que al término del proceso; mientras que con las emociones positivas ocurre lo inverso, pues las medianas aumentan conforme avanza el proceso. Por otro lado, al momento de recibir la noticia de estar embarazada, los rangos intercuartilares son mucho más amplios en el caso de las emociones negativas; mientras que al término del procedimiento, este recorrido de las variables se acorta tanto para las emociones negativas como para las positivas.

Tabla 4. Medianas y rangos intercuartilares por emoción en cada momento del procedimiento de la interrupción legal del embarazo

	Al momento de recibir la noticia de estar embarazada		Al momento de tomar la decisión de la interrupción		Al término del proceso		Total de los tres momentos		
	Mediana	RIQ	Mediana	RIQ	Mediana	RIQ	Mediana	RIQ	
Negativas	Estresada	3	1-3	2	1-3	0	0-1	1.33	1.00 – 2.00
	Culpable	1	0-3	1	0-3	0	0-1	1	0.33 – 2.00
	Triste	1	0-3	1	0-3	0	0-1	1	0.66 – 2.33
	Arrepentida	1	0-3	0	0-2	0	0-1	1	0.33 – 1.33
	Enojada	1	0-3	0	0-2	0	0-1	0.66	0.00 – 1.33
	Confundida	2	1-3	1	0-2	0	0-1	1	0.33 – 1.66
	Avergonzada	0	0-1	0	0-1	0	0-1	0	0.00 – 1.00
Total	1.42	0.85 – 2.00	1	0.42 – 1.85	0.28	0-1	0.95	0.57 – 1.47	
Positivas	Tranquila	0	0-1	1	0-3	3	2-3	1.66	1.00 – 2.00
	Segura	1	0-2	3	1-3	3	1-3	2	1.00 – 2.33
	Aliviada	0	0	2	0-3	3	2-3	1.66	1.00 – 2.00
	Satisfecha	0	0	2	0-3	3	1-3	1.33	0.66 – 2.00
	Total	0.50	0-1	1.75	0.75 - 2.75	2.75	1.68 – 3.00	1.66	1.08 - 2.00

RIQ: Rango Intercuartilar

Nota: Los rangos de respuesta para las emociones van de 0 a 3 [nada (0), poco (1), regular (2) y mucho (3)]

Para visualizar más claramente lo que ocurrió con el reporte de las emociones se realizaron las figuras 1 y 2 que muestran las medianas y rangos intercuartilares para las emociones negativas y positivas respectivamente en cada uno de los momentos del proceso. Se realizó una prueba de Wilcoxon para comparar las medianas de los tres momentos y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la mediana de emociones negativas al momento de recibir la noticia de estar embarazada (Me=1.42), la mediana al momento de tomar la decisión de interrumpirlo (Me=1) y la del término del procedimiento (Me=0.28); lo mismo ocurrió con las medianas de las emociones positivas (Me=0.50, Me=1.75 y Me=2.75, respectivamente; $p < 0.001$).

Figura 1. Medianas y rangos intercuartiles para el promedio de las emociones negativas en los tres momentos del proceso

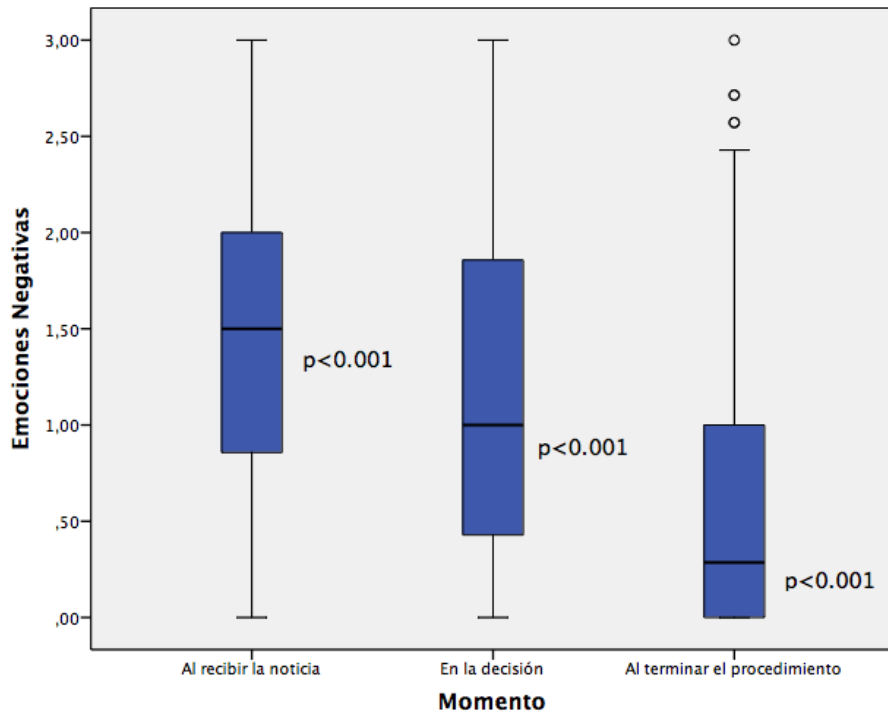
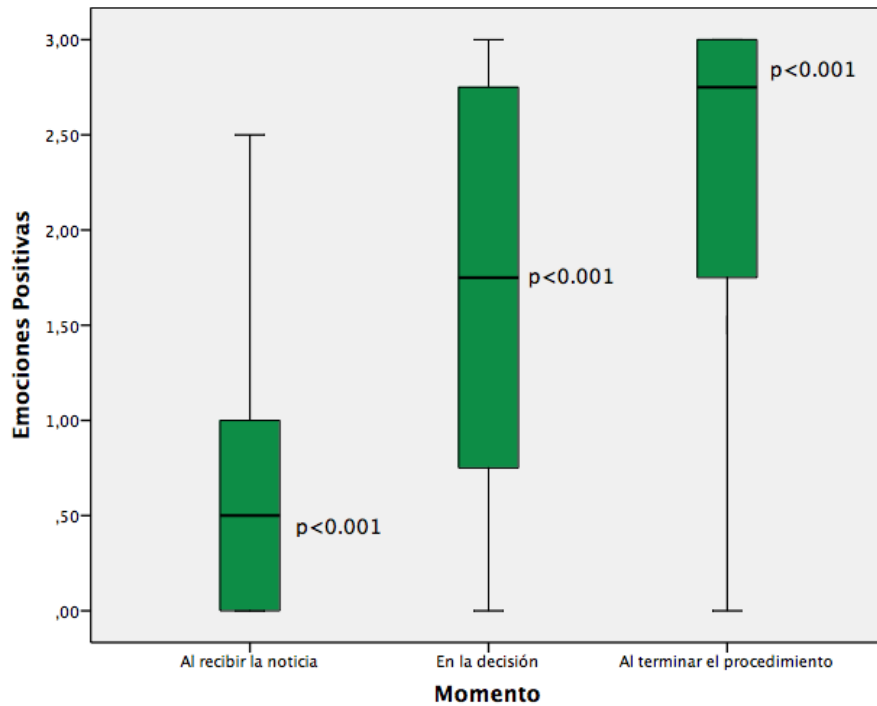
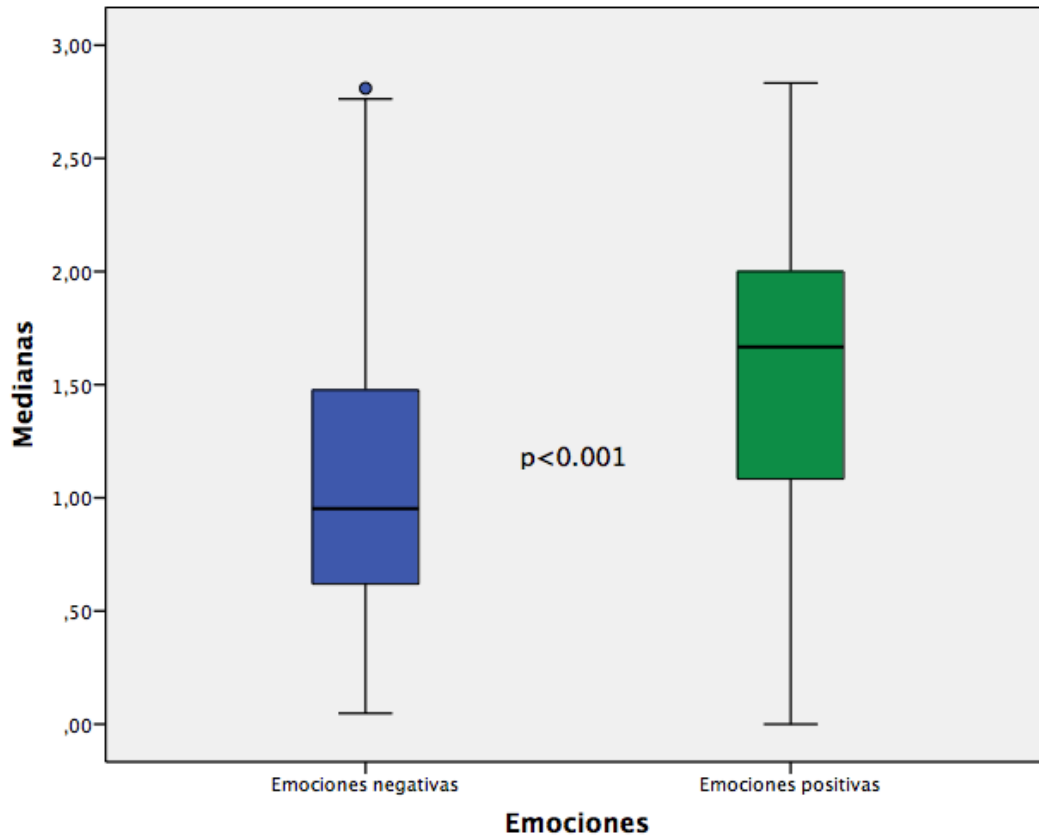


Figura 2. Medianas y rangos intercuartiles para las emociones positivas en los tres momentos del proceso



En ese mismo orden de ideas, lo que se observa en la figura 3 son las medianas y rangos intercuartilares de las emociones negativas y positivas agrupadas para los tres momentos. Se realizó también una prueba de Wilcoxon para compararlas y se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$). Destaca que en la vista general del proceso, las medianas de las emociones positivas fueron más elevadas que las de las emociones negativas.

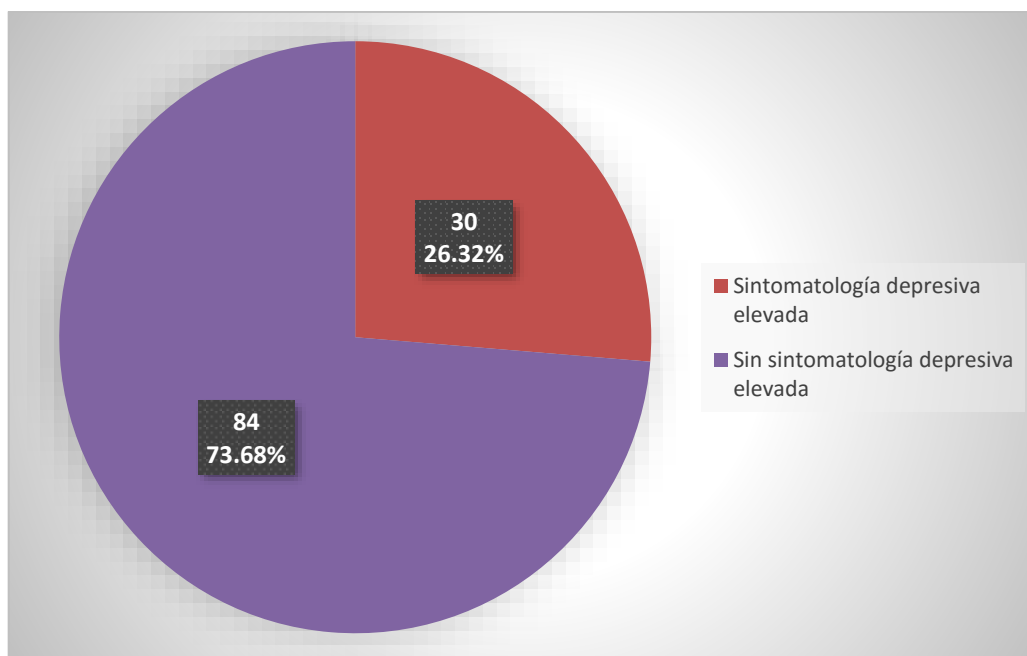
Figura 3. Medianas y rangos intercuartilares para el total de las emociones negativas y positivas agrupadas en los tres momentos del proceso



5.1.3 Variable dependiente: Sintomatología depresiva elevada

Utilizando un punto de corte ≥ 53 , el 26.32% (n=30) de las mujeres presentaron sintomatología depresiva elevada al momento de la entrevista (Figura 4).

Figura 4. Porcentaje de mujeres con sintomatología depresiva elevada



5.1.4 Riesgos pre existentes

5.1.4.1 Depresión

El antecedente de depresión se registró en formato de autoreporte con la pregunta: “*Antes de saber de este embarazo ¿había tenido síntomas como sentirse sola, triste o no tener ganas de hacer nada, al mismo tiempo y con tal intensidad que diría que estaba deprimida?*”. El 57% de las mujeres respondieron que sí tuvieron depresión antes de este embarazo (Tabla 5); y solamente la mitad de ellas (30 mujeres) mencionaron que fueron a consulta psiquiátrica o psicológica por esa razón.

También se les preguntó por su percepción acerca de la salud mental de su madre con la pregunta “*¿Su mamá ha estado deprimida? Esto quiere decir, que haya padecido de cambios fuertes en el estado de ánimo o de los nervios*”. El 61.4% de las mujeres contestaron que sí a esta pregunta (Tabla 5), pero solamente 35 reportaron que su madre había acudido

al psicólogo o psiquiatra por esta razón. La misma pregunta se realizó en el caso del padre y sólo el 27.7% mencionó que sí (Tabla 5); y solo en 6 casos el padre había acudido a consulta psicológica o psiquiátrica por esa razón.

Tabla 5. Autoreporte de depresión y percepción de la depresión de los padres en mujeres que realizaron una interrupción legal del embarazo

Autoreporte de depresión alguna vez en la vida (N=114)		
	Frecuencia	%
Sí	65	57.0
No	49	43.0
Percepción de la depresión de la madre (N=112)		
Sí	70	61.4
No	39	34.2
No sabe	3	2.6
Percepción de la depresión del padre (N=112)		
Sí	31	27.2
No	65	57.0
No sabe	16	14.0

5.1.4.2 Violencia sexual

El 22.8% de las mujeres entrevistadas reportaron haber sido abusadas sexualmente, es decir, tocadas u obligadas a tocar a alguien en contra de su consentimiento o a tener relaciones sexuales antes de los 15 años de edad (Tabla 6). En el 16.7% de los casos esto había ocurrido una vez, en el 25.0% dos veces, y en el 8.8% tres veces o más. El abuso les ocurrió por primera vez entre los 4 y los 12 años. En todos los casos los agresores fueron varones que les llevaban entre 5 y 56 años. Un 30.8% de los agresores fue un primo, en el 26.9% de los casos alguien que aunque no era de la familia era muy cercano (amigos o vecinos o parientes políticos), en el 7.7% de las veces el agresor fue el padre, el 11.5% el padrastro, el 11.5% el tío, 7.7% otro familiar, y el 3.8% el abuelo.

Acercas de la violencia sexual después de los 15 años de edad, el 8.8% reportó que sí la había sufrido (Tabla 6). Al 30% (n=3) de las mujeres que la reportaron les había ocurrido dos veces, al 20% (n=2) les había ocurrido una vez y a otro 20% (n=2) les había ocurrido tres o más veces. En un caso, el agresor era de la misma edad, para el resto de las mujeres entrevistadas, el agresor era entre 4 y 25 años; y en el 70% (n=7) se trataba de sus parejas, novios o esposos; el 20% (n=2) fueron amigos y en 10% (n=1) un vecino. Dos de las mujeres

que habían reportado abuso sexual reportaron también violencia sexual después de los 15 años; y no hubo diferencias estadísticamente significativas para esta asociación. Finalmente, se registraron tres mujeres cuya pareja las había forzado a tener relaciones sexuales cuando ella no querían (Tabla 6).

Tabla 6. Antecedentes de violencia sexual en las mujeres que realizaron una interrupción legal del embarazo

Abuso sexual antes de los 15 años (N=114)		
	Frecuencia	%
Sí	26	22.80
No	88	77.19
Violencia sexual después de los 15 años (N=114)		
Sí	10	8.8
No	104	91.2
Violencia sexual por parte de la pareja actual (N=114)		
Sí	3	3.5
No	110	96.5

5.2 Análisis bivariado

5.2.1 Relación entre emociones y sintomatología depresiva elevada

Para las mujeres que tenían sintomatología depresiva elevada vs. las que no, las medianas de las emociones negativas fueron más altas al momento de recibir la noticia de estar embarazada (Me=2.14 vs. Me=1.14; $p<0.0001$), al momento de tomar la decisión de la ILE (Me=2.29 vs. Me=0.57; $p<0.000$) y al finalizar el procedimiento (Me=1.29 vs. Me=0.14; $p<0.0001$). Acerca de las emociones positivas, fueron las mujeres sin sintomatología depresiva elevada vs. las que sí la tenían, las que tuvieron medianas más elevadas, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: al momento de recibir la noticia del embarazo (Me=0 vs. Me=0.50; $p<0.032$), al momento de tomar la decisión de la ILE (Me=1 vs. Me=1.25; $p<.000$) y al término del procedimiento (Me=1.38 vs. Me=3; $p<0.00$). Destaca que la mediana de emociones positivas al terminar el procedimiento alcanzó el máximo del rango entre quienes no presentaron sintomatología depresiva elevada (Tabla 7).

Al comparar las medianas de emociones negativas del proceso global entre quienes tenían vs. no sintomatología depresiva elevada al momento de la entrevista, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas (Me=1.76 vs. Me=0.71; $p<0.010$), siendo la mediana más alta la de quienes sí presentaron sintomatología depresiva elevada. Lo inverso ocurrió en el caso de las emociones positivas que también mostraron diferencias estadísticamente significativas pero con medias más elevadas para aquellas mujeres que no reportaron sintomatología depresiva elevada (Me=0.83 vs. Me=1.83; $p<0.00$) (Tabla 7).

Tabla 7. Medianas y rangos intercuartilares para las emociones negativas y positivas en cada momento del proceso, según presencia de sintomatología depresiva elevada

Momentos del proceso		Sintomatología depresiva elevada				
		Sí		No		<i>p</i>
		Mediana	RIQ	Mediana	Q3-Q1	
Negativa	Al momento de recibir la noticia del embarazo**	2.14	1.50 – 2.71	1.14	0.71 – 1.85	0.00
	Al momento de tomar la decisión de la ILE**	2.29	1.64 – 2.57	0.57	0.28 – 1.17	0.00
	Al término del procedimiento**	1.29	0.50 – 2.14	0.14	0.00 - 0.43	0.00
	Total**	1.76	1.33 – 2.24	0.71	0.42 – 1.09	0.00
Positivas	Al momento de recibir la noticia del embarazo*	0.00	0 – 0.87	0.50	0.25 - 1.00	0.03
	Al momento de tomar la decisión de la ILE**	1.00	0.50 – 1.50	2.25	1.18 – 3.00	0.00
	Al término del procedimiento**	1.38	0.75 – 2.31	3.00	2.25 – 3.00	0.00
	Total**	0.83	0.52 – 1.62	1.83	1.41 – 2.08	0.00

** $p < 0.001$, * $p < 0.05$

Nota: Los rangos de respuesta para las emociones van de 0 a 3 [nada (0), poco (1), regular (2) y mucho (3)]

Este mismo análisis se llevó a cabo con más detalle y se analizó emoción por emoción en cada uno de los momentos del proceso. La tabla 8 muestra que al momento de recibir la noticia de estar embarazada se encontraron diferencias estadísticamente significativas para todas las emociones negativas comparando entre quienes presentaron sintomatología depresiva elevada y quienes no; mientras que para las emociones positivas, se halló únicamente una diferencia estadísticamente significativa para la emoción ‘segura’ (Me=0 vs Me=1, $p<0.05$) (Tabla 9).

Tabla 8. Medianas, rangos intercuartilares y valores p para la prueba de U de Man Whitney según sintomatología depresiva elevada al momento de recibir la noticia del embarazo

Sintomatología depresiva elevada						
		Si		No		
		Mediana	RIQ	Mediana	Q3-Q1	p
Negativas	Estresada*	3	2-3	3	1-3	0.041
	Culpable*	2	0.75- 3	1	0-2	0.007
	Triste**	3	2 -3	1	0-2	0.000
	Arrepentida*	3	1-3	1	0-2	0.002
	Enojada*	3	1-3	1	0-3	0.006
	Confundida**	3	2-3	1	1-3	0.000
	Avergonzada**	1	0.50 – 3	0	0-0	0.000
Positivas	Tranquila	0	0-1	0	0-1	0.232
	Segura*	0	0-1	1	0-2	0.006
	Aliviada	0	0-1	0	0-0	0.446
	Satisfecha	0	0	0	0-0	0.472

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$

Nota: Los rangos de respuesta para las emociones van de 0 a 3 [nada (0), poco (1), regular (2) y mucho (3)]

Para el momento de tomar la decisión de la ILE, se observan diferencias significativas en todas las emociones negativas y positivas, mostrando las mujeres deprimidas más de las primeras en comparación con las no deprimidas, y viceversa en el caso de las positivas (Tabla 9).

Tabla 9. Medianas, rangos intercuartilares y valores p para la prueba de U de Man Whitney según sintomatología depresiva elevada al momento de tomar la decisión de la ILE

Sintomatología depresiva elevada						
		Si		No		
		Mediana	RIQ	Mediana	RIQ	p
Negativas	Estresada**	3	2-3	1	0-3	0.000
	Culpable**	3	2-3	0	0-2	0.000
	Triste**	3	2-3	1	0-2	0.000
	Arrepentida**	2	0-3	0	0-1	0.000
	Enojada**	2	1-3	0	0-1	0.000
	Confundida**	2.5	1-3	1	0-2	0.000
	Avergonzada**	1	1-3	0	0-0	0.000
Positivas	Tranquila**	0.5	0-1	2	0-3	0.000
	Segura**	1	0-3	3	2-3	0.000
	Aliviada**	0.5	0-2	3	1-3	0.000
	Satisfecha*	0	0-2	2	0-3	0.005

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$

Nota: Los rangos de respuesta para las emociones van de 0 a 3 [nada (0), poco (1), regular (2) y mucho (3)]

Finalmente, al término del proceso, todas las emociones tanto negativas como positivas alcanzaron diferencias estadísticamente significativas entre quienes presentaron y no presentaron sintomatología depresiva elevada ($p < 0.000$). Destaca que la mediana de las emociones negativas fue cero para aquéllas que no tenían sintomatología depresiva elevada; y de 3 (valor máximo de la evaluación) para las emociones positivas. También es importante notar que las medianas de las emociones negativas fueron menores en comparación con el momento anterior (tomar la decisión de la ILE) para aquéllas que sí tuvieron sintomatología depresiva elevada (Tabla 10).

Tabla 10. Medianas, rangos intercuartilares y valores p para la prueba de U de Man Whitney según sintomatología depresiva elevada al término del procedimiento

		Sintomatología depresiva elevada				
		Si		No		
		Mediana	RIQ	Mediana	RIQ	p
Negativas	Estresada**	1	0-1	0	0	0.000
	Culpable**	1	1-3	0	0-1	0.000
	Triste**	2	1-3	0	0-1	0.000
	Arrepentida**	1	0 - 2.25	0	0-1	0.000
	Enojada**	1	0-2	0	0-0	0.000
	Confundida**	1	0.75 – 2.25	0	0-0	0.000
	Avergonzada**	1	0-3	0	0-0	0.000
Positivas	Tranquila**	2	1-3	3	3-3	0.000
	Segura**	1	0-3	3	3-3	0.000
	Aliviada**	1.5	1-3	3	3-3	0.000
	Satisfecha**	1.5	0.75 - 3	3	2-3	0.000

** $p < 0.001$

Nota: Los rangos de respuesta para las emociones van de 0 a 3 [nada (0), poco (1), regular (2) y mucho (3)]

En el análisis de asociación entre las variables de emociones y la sintomatología depresiva elevada que se observa en la Tabla 12, se muestra que el aumento de emociones negativas en cualquier momento del proceso aumenta la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva posteriormente. Al mismo tiempo, el aumento de emociones positivas disminuye la probabilidad de presentar sintomatología depresiva elevada, excepto al momento de recibir la noticia del embarazo en donde no se halló una asociación estadísticamente significativa (Tabla 11).

Tabla 11. Asociaciones entre emociones negativas y positivas en cada momento del proceso y sintomatología depresiva elevada

		OR	IC95%
Negativas	Al momento de recibir la noticia del embarazo	4.884	(2.383 – 10.010)
	Al momento de tomar la decisión de la ILE	10.772	(4.425 – 25.980)
	Al término del procedimiento	7.273	(3.294 – 16.059)
	Total	30.117	(7.850 – 115.54)
Positivas	Al momento de recibir la noticia del embarazo	0.438	(0.182 - 1.053)
	Al momento de tomar la decisión de la ILE	0.351	(0.209 - 0.590)
	Al término del procedimiento	0.303	(0.180 - 0.511)
	Total	0.174	(0.079 - 0.385)

Al revisar más detalladamente la relación entre cada una de las emociones y la sintomatología depresiva elevada para cada momento del proceso, se observa que al momento de recibir la noticia de estar embarazada aumentan emociones negativas tales como ‘culpable’ (OR=1.16, IC95% = 1.14 – 2.28), ‘triste’ (OR=2.13, IC95% = 1.42 – 3.21), ‘arrepentida’ (OR=1.75, IC95% = 1.20 – 2.54), ‘enojada’ (OR=1.59, IC95% = 1.13 – 2.24), ‘confundida’ (OR=2.49, IC95% = 1.41 – 3.57) y ‘avergonzada’ (OR=4.74, IC95% = 2.51 – 8.97); aumenta también el riesgo de presentar sintomatología depresiva elevada posteriormente, particularmente en la emoción ‘avergonzada’, la que muestra el riesgo más elevado entre las emociones negativas. Acerca de las emociones positivas para este mismo momento, únicamente se halló asociación para ‘segura’ (OR=0.536, IC95% = 0.33 – 0.86) como un factor protector; es decir, el aumento en esta emoción al momento de enterarse que se encuentran embarazadas disminuye la probabilidad de presentar sintomatología depresiva elevada (tabla 12).

Al momento de tomar la decisión de interrumpir el embarazo y al término del proceso, estas asociaciones se repitieron para todas las emociones; es decir, el aumento en las emociones negativas incrementó también la probabilidad de presentar sintomatología depresiva elevada. A su vez, el incremento en todas las emociones positivas disminuye este riesgo (tabla 12). Es importante notar que al finalizar el procedimiento destacan las emociones negativas: ‘enojada’ y ‘estresada’ por la magnitud del riesgo (OR=4.94, IC95% = 2.372 – 8.514; OR=4.30, IC95% = 2.148–8.61, respectivamente); y entre las que más disminuyen la probabilidad de presentar sintomatología depresiva elevada al término del proceso destacan: ‘satisfecha’ y ‘tranquila’ (OR=0.49, IC95% = 0.32 – 0.73 y OR=0.475, IC95% = 0.313-0.72, respectivamente).

Tabla 12. Medianas, rangos intercuartilares y asociación entre cada una de las emociones negativas y positivas y la sintomatología depresiva elevada

	Al momento de recibir la noticia del embarazo		Al momento de tomar la decisión de la ILE		Al término del procedimiento	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Negativas	Estresada	1.562 (0.987 - 2.472)	2.738 (1.679 - 4.466)	4.301 (2.148 - 8.614)		
	Culpable	1.616 (1.143 - 2.286)	4.501 (2.566 - 7.893)	2.911 (1.846 - 4.588)		
	Triste	2.136 (1.420 - 3.215)	3.409 (2.053 - 5.660)	2.929 (1.910 - 4.491)		
	Arrepentida	1.753 (1.206 - 2.548)	2.530 (1.683 - 3.805)	2.672 (1.653 - 4.319)		
	Enojada	1.597 (1.136 - 2.245)	3.810 (2.364 - 6.141)	4.494 (2.372 - 8.514)		
	Confundida	2.249 (1.415 - 3.574)	2.131 (1.453 - 3.126)	4.035 (2.216 - 7.350)		
	Avergonzada	4.748 (2.512 - 8.977)	2.983 (1.899 - 4.687)	3.645 (2.050 - 6.479)		
Positivas	Tranquila	0.791 (0.461 - 1.356)	0.476 (0.316 - 0.717)	0.475 (0.313 - 0.721)		
	Segura	0.536 (0.333 - 0.863)	0.455 (0.308 - 0.672)	0.374 (0.249 - 0.560)		
	Aliviada	0.924 (0.500 - 1.707)	0.520 (0.363 - 0.745)	0.458 (0.305 - 0.686)		
	Satisfecha	0.697 (0.331 - 1.466)	0.601 (0.420 - 0.860)	0.490 (0.329 - 0.731)		

5.3.2 Relación entre riesgos pre existentes y sintomatología depresiva elevada

Acerca de los antecedentes de violencia sexual, se excluyó del análisis la variable de violencia sexual por parte de la pareja actual, debido a que sólo tres mujeres contaban con dicho antecedente y ninguna de ellas tuvo un puntaje mayor a 53 en la CESD-R; es decir, ninguna mostró sintomatología depresiva elevada. La tabla 14 muestra las asociaciones entre las variables de abuso sexual antes de los 15 años (OR=1.41, IC95% = 0.38 - 2.79) y violencia sexual después de esta edad (OR=1.22, IC95% = 0.295 - 5.065). Se observa que ninguna de las dos variables se encuentra relacionada con la presencia de sintomatología depresiva elevada posterior al proceso de una interrupción legal del embarazo, aunque podría decirse que sí existe una tendencia para configurarse como un factor de riesgo (Tabla 13).

Por otro lado, respecto a los antecedentes de depresión, el autoreporte de haber estado deprimida alguna vez antes de este embarazo sí muestra un aumento del riesgo de presentar sintomatología depresiva elevada (OR=3.28, IC95% = 1.27 - 8.47), en comparación con aquellas mujeres que nunca se habían sentido deprimidas en su vida. Destaca también que el reporte de que la madre de la participante haya estado deprimida alguna vez en la vida, aumenta el riesgo de presentar sintomatología depresiva elevada posterior al proceso de la ILE casi 4 veces en comparación con aquéllas cuya madre no estuvo deprimida (OR=4.86, IC95% = 1.54 - 15.263) (Tabla 13).

Tabla 13. Frecuencias y asociación entre los antecedentes de violencia sexual y depresión en la vida con la sintomatología depresiva elevada actual

	Frecuencia (%)	OR	IC95%
Antecedentes de Violencia sexual			
Abuso Sexual antes de los 15 años (N=114)	7 (6.14)	1.41	(0.387 – 2.798)
Violencia Sexual después de los 15 años (N=114)	3 (2.63)	1.22	(0.295 – 5.065)
Antecedentes de depresión			
Autoreporte de depresión (N= 114)	23 (20.17)	3.286	(1.273 – 8.479)
Percepción de la depresión de la madre (N=109)	25 (22.93)	4.861	(1.548 – 15.263)
Percepción de la depresión del padre (N=96)	9 (9.37)	1.490	(0.562 – 3.952)

5.4 Modelos de regresión logística

La tabla 14 muestra los Odds Ratio (Exp (B)) y los intervalos de confianza para cada una de las variables en relación con la sintomatología depresiva elevada. Se puede observar que en este modelo solamente las emociones negativas mostraron una asociación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva elevada (OR=4.607, IC95% = 1.93 – 10.96). El modelo explicó el 24% de la varianza ($R^2=0.241$) y de acuerdo con la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow es ajustado ($p<0.170$).

Tabla 14. Modelo de regresión logística con variables antecedentes y emociones al momento de recibir la noticia del embarazo

Variables	B	OR	I.C. 95%	
			Inferior	Superior
Emociones negativas al momento de recibir la noticia del embarazo	1.528	4.607	1.936	10.962
Percepción de la depresión de la madre	0.971	2.641	0.735	9.487
Autoreporte de depresión	0.899	2.456	0.801	7.531
Violencia sexual después de los 15 años	0.619	1.858	0.268	12.874
Emociones positivas al momento de recibir la noticia del embarazo	0.341	1.406	0.472	4.189
Abuso sexual antes de los 15 años	-0.731	0.481	0.118	1.962
Constante	-4.901	0.007		

Con la finalidad de detallar mejor el modelo, se introdujeron solamente las emociones negativas al momento de recibir la noticia del embarazo. La tabla 15 muestra que fueron ‘avergonzada’ (OR=4.27, IC95% = 2.11 – 8.66) y ‘confundida’ (OR=1.96, IC95% = 1.08 – 3.57) las emociones con asociación estadísticamente significativa y que aumentaron el riesgo de presentar sintomatología depresiva elevada. El modelo explicó el 34% de la varianza ($R^2=0.338$) y es ajustado ($p<0.558$).

Tabla 15. Modelo de regresión logística con cada una de las emociones negativas, al momento de recibir la noticia del embarazo

Emociones negativas	B	OR	I.C. 95%	
			Inferior	Superior
Avergonzada	1.453	4.276	2.110	8.668
Confundida	0.677	1.968	1.085	3.570
Triste	0.260	1.297	0.757	2.223
Enojada	0.088	1.092	0.654	1.826
Estresada	0.083	1.087	0.588	2.010
Culpable	-0.064	0.938	0.540	1.631
Arrepentida	-0.113	0.893	0.489	1.631
Constante	-3.945	0.019		

Se realizó la misma estrategia de análisis para el modelo de regresión logística al momento de tomar la decisión de la interrupción del embarazo (ILE). Como se puede apreciar en la tabla 16, para este momento del proceso únicamente las emociones negativas tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva elevada (OR=10.57, IC95% 3.17 – 35.24). El modelo explicó el 34% de la varianza ($R^2=0.338$) y resultó ajustado ($p<0.964$)

Tabla 16. Modelo de regresión logística con emociones al momento de tomar la decisión de la ILE

Variables	B	OR	I.C. 95%	
			Inferior	Superior
Emociones negativas al momento de tomar la decisión de la ILE	2.359	10.579	3.175	35.249
Violencia sexual después de los 15 años	1.668	5.301	0.380	73.960
Percepción de la depresión de la madre	1.007	2.738	0.593	12.649
Autoreporte de depresión	0.126	1.135	0.309	4.173
Emociones positivas al momento de tomar la decisión de la ILE	0.031	1.031	0.466	2.283
Abuso sexual antes de los 15 años	-1.239	0.290	0.046	1.809
Constante	-5.220	0.005		

Al analizar emoción por emoción al momento de tomar la decisión de la ILE, lo que se observa es que ‘culpable’ y ‘enojada’ son las emociones que resultaron con asociaciones estadísticamente significativas respecto de la sintomatología depresiva elevada (OR=2.31, IC95% = 1.05 – 5.11 y OR=2.30, IC95% = 1.17 – 4.51, respectivamente). El modelo explicó el 43% de la varianza ($R^2=0.431$) y es ajustado ($p<0.963$) (Tabla 17).

Tabla 17. Modelo de regresión logística con cada una de las emociones negativas, al momento de tomar la decisión de la ILE

Emociones negativas	B	OR	I.C. 95%	
			Inferior	Superior
Culpable	0.841	2.318	1.051	5.114
Enojada	0.833	2.301	1.171	4.519
Triste	0.476	1.609	0.698	3.710
Estresada	0.457	1.580	0.814	3.067
Avergonzada	0.329	1.390	0.725	2.664
Arrepentida	0.307	1.359	0.709	2.604
Confundida	-0.582	0.559	0.250	1.250
Constante	-5.142	0.006		

Después se realizó el mismo análisis para el modelo de regresión después de haber realizado el procedimiento. Este modelo explicó el 36% de la varianza ($R^2=0.358$) y resultó ajustado ($p<0.558$). Lo que muestra la tabla 18 es que tras haber finalizado la ILE, son las emociones negativas las que se asociaron de manera estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva elevada ($OR=6.35$, $IC95\% = 1.88 - 21.45$), así como la percepción de la depresión de la madre ($OR=5.57$, $IC95\% = 1.21 - 25.66$).

Tabla 18. Modelo de regresión logística con emociones al término del procedimiento

Variables	B	OR	I.C. 95%	
			Inferior	Superior
Emociones negativas al término del procedimiento	1.850	6.358	1.884	21.455
Percepción de la depresión de la madre	1.718	5.573	1.210	25.666
Violencia sexual después de los 15 años	1.287	3.624	0.443	29.638
Autoreporte de depresión	0.711	2.037	0.604	6.866
Emociones positivas al término del procedimiento	-0.225	0.798	0.330	1.931
Abuso sexual antes de los 15 años	-0.611	0.543	0.105	2.816
Constante	-3.487	0.031		

Finalmente se desagregó la variable de emociones negativas al término del procedimiento y lo que se identificó es que la emoción ‘enojada’ es que la se encuentra con una asociación estadísticamente significativa respecto a la sintomatología depresiva elevada ($OR=5.43$, $IC95\% = 1.62 - 18.18$). Así mismo, la percepción de la depresión de la madre fue la variable que reporta el mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva elevada ($OR=20.10$, $IC95\% = 2.38 - 169.822$). El modelo explica el 39% de la varianza ($R^2=0.393$) y es ajustado ($p<0.425$) (Tabla 19).

Tabla 19. Modelo de regresión logística con cada una de las emociones negativas, al término del procedimiento

Emociones	B	OR	I.C. 95%	
			Inferior	Superior
Percepción de la depresión de la madre	3.001	20.104	2.380	169.822
Enojada	1.692	5.432	1.623	18.186
Triste	0.571	1.770	0.806	3.886
Estresada	0.532	1.703	0.617	4.697
Culpable	0.464	1.591	0.604	4.187
Confundida	0.082	1.085	0.348	3.383
Avergonzada	-0.377	0.686	0.235	2.005
Arrepentida	-0.471	0.624	0.253	1.540
Constante	-5.027	0.007		

En resumen, los resultados muestran que 26.32% de las 114 mujeres participantes presentaron sintomatología depresiva elevada una semana después del procedimiento y que únicamente las emociones negativas mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la presencia de dicha sintomatología en los tres momentos de la medición: al recibir la noticia del embarazo (OR=4.607, IC95% = 1.93 – 10.96), al tomar la decisión de interrumpirlo (OR=10.57, IC95% 3.17 – 35.24) y una vez finalizado el procedimiento (OR=6.35, IC95% 1.88 – 21.45).

Sin embargo las emociones negativas que tuvieron asociaciones estadísticamente significativas con la presencia de sintomatología depresiva elevada variaron de acuerdo al momento de la evaluación: al recibir la noticia del embarazo fueron avergonzada (OR=4.27, IC95% 2.11 – 8.66) y confundida (OR=1.96, IC95% 1.08 – 3.57); al momento de tomar la decisión, culpable (OR=2.31, IC95% 1.05 – 5.11) y enojada (OR=2.30, IC95% 1.17 – 4.51) y finalmente al término del procedimiento se asoció con la emoción enojada (OR=5.43, IC95% 1.62 – 18.18).

En cuanto a los antecedentes de violencia sexual no se encontró asociación con la presencia de sintomatología depresiva elevada ni en el análisis bivariado (abuso sexual: OR=1.41 IC95% 0.387 – 2.798 y violencia sexual después de los 15 años: OR=1.22, IC95% 0.295-5.065), ni en los modelos de regresión logística en ninguno de los tres momentos.

Con respecto a los antecedentes de depresión sí se encontró asociación, primero en el análisis bivariado con del auto reporte de depresión (OR=3.28, IC95% 1.27 – 8.47) y con la percepción de la depresión de la madre (OR=4.86, IC95% (1.54 – 15.26) y después en el modelo de regresión logística se mantuvo únicamente la asociación entre la percepción de la depresión de la madre y la presencia de sintomatología depresiva elevada al término del procedimiento (OR=5.57, IC95% 1.21 – 25.66).

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

6.1 Discusión

Esta investigación cumplió con el objetivo de analizar la relación entre las emociones positivas y negativas antes, durante y después del proceso de un aborto legal voluntario en la Ciudad de México y la presencia de sintomatología depresiva elevada tras la interrupción del embarazo, tomando en cuenta los antecedentes de depresión y violencia sexual.

Los resultados muestran que una cuarta parte (26.32%) de las participantes presentaron sintomatología depresiva elevada y que las emociones negativas se encuentran estadísticamente asociadas a dicho outcome. No obstante éstas emociones variaron en cada una de las evaluaciones cognitivas o momentos de la medición: al momento de recibir la noticia del embarazo (avergonzada y confundida); al tomar la decisión de la ILE (enojada y culpable) y al finalizar el procedimiento (enojada). Por otro lado, en el análisis bivariado, las emociones positivas presentes al tomar la decisión de la ILE y al finalizar el procedimiento mostraron una asociación estadísticamente significativa, disminuyendo la probabilidad de riesgo de presentar sintomatología depresiva elevada una semana después del aborto voluntario.

En cuanto a los riesgos asociados, a pesar de que la violencia sexual mostró una tendencia, no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas. En cambio, la percepción de la depresión de la madre mostró el incremento de riesgo más elevado en comparación con el resto de las variables en los modelos de regresión logística. A continuación se detallan y discuten cada uno de los hallazgos.

6.1.1 Sintomatología depresiva elevada

En principio, acerca del porcentaje de mujeres que reportaron la presencia de sintomatología depresiva elevada (26.32%) es indispensable señalar que ésta proporción es resultado de la estrategia de calificación que se utilizó para el CES-D-R en la que se seleccionó el último cuartil con las calificaciones más elevadas, lo que se puede interpretar como que estas mujeres manifestaron mayor intensidad de síntomas en comparación con otras mujeres que atravesaron por la misma experiencia en condiciones comparables, pero no es indicador del desarrollo de un trastorno mental.

A pesar de lo anterior, la proporción de mujeres con presencia de sintomatología depresiva elevada coincide con la evidencia internacional, por ejemplo en un estudio longitudinal llevado a cabo en Suecia en una clínica ginecológica y que estableció una línea base tras la interrupción del embarazo para depresión y trastorno de estrés postraumático con el Hospital Anxiety and Depression Scale, se reportó que los síntomas depresivos de las mujeres que habían llevado a cabo un aborto legal voluntario en el primer trimestre y con medicamentos fue de 22.8% (Lundell et al., 2013)⁸. Otro estudio en Rusia que evaluó a las mujeres una semana después del aborto con el Edinburgh Postnatal Depression Scale también en condiciones legales y seguras, reportó exactamente la misma prevalencia que el sueco (Yilmaz et al., 2010)⁹. En América Latina el único estudio parecido se llevó a cabo en Brazil, donde las 92 mujeres entrevistadas en la sala del hospital al término del procedimiento legal y seguro durante el primer trimestre y llevado a cabo con medicamentos reportaron una prevalencia del 30% de síntomas depresivos utilizando el CES-D de 20 reactivos y un punto de corte mayor a 15 (Boersma et al., 2014)¹⁰.

En el caso de México no existe una medición de sintomatología depresiva en mujeres que hayan llevado a cabo un aborto voluntario. No obstante, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la prevalencia de trastorno depresivo en mujeres adultas es de 10.4% (Berenzon et al., 2013), por lo que es esperable que la prevalencia de sintomatología sea mayor, incluso entre la población general. Por ejemplo en un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) se reporta una prevalencia de sintomatología depresiva de 19.91% entre mujeres que tienen al menos un hijo menor de 5 años; esta medición también se llevó a cabo con el CES-D pero abreviado con 7 reactivos y usando un punto de corte mayor a 9 puntos. Además, se señalan como factores de riesgo asociados violencia (OR=2.34; IC95% 1.06-5.15), tener más de

⁸ Se trata de un estudio longitudinal donde evaluaron a mujeres que habían llevado a cabo un aborto voluntario y que habían desarrollado trastorno de estrés postraumático o sintomatología vs las mujeres que habían abortado y no desarrollaron el síndrome de dicho trastorno en tres momentos: En cuanto a los síntomas depresivos disminuyeron para ambos grupos a lo largo del tiempo: línea base (35.3% vs 22.8% vs); 3 meses (22% vs 7%) y a los 6 meses (25% vs 6.6%) (Lundell et al., 2013).

⁹ Se comparó a mujeres que habían abortado con medicamentos vs mujeres que habían recibido una intervención quirúrgica; la prevalencia para este último grupo fue de 34.3%. La medición se llevó a cabo con el Edinburgh Postnatal Depression Scale punto de corte mayor a 10 (Yilmaz et al., 2010).

¹⁰ En este estudio se llevaron a cabo dos mediciones una antes del procedimiento y otra después. La primera muestra que el 60% de las mujeres reportó síntomas depresivos, mientras que una vez finalizado el aborto el porcentaje de mujeres con síntomas depresivos fue de 30% (Boersma et al., 2014).

cuatro hijos, sexo femenino del menor, mayor edad del último hijo, bajo peso al nacer, inseguridad alimentaria y haber iniciado vida sexual antes de los 15 años ($p < 0.01$) (De Castro et al, 2015).

También Lara et al., (2015) en un estudio longitudinal y utilizando el PHQ-9, han reportado que la prevalencia de síntomas de depresión prenatal en el primer trimestre en mujeres mexicanas corresponde al 16.6%, mientras que a las 6 semanas de posparto aumenta a 17.1% y a los seis meses posparto es de 20%. Alvarado-Esquivel et al., (2010) en una evaluación realizada con la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo en hospitales de Durango, encontró que la depresión posnatal fue de 32.6% en mujeres con hasta 13 semanas posparto.

Como se observa, la prevalencia de sintomatología depresiva elevada que se encontró en el presente estudio coincide con la tendencia de la evidencia internacional y no es mucho mayor que la de la población general en México o que la de otros grupos más específicos que suelen utilizarse como comparativos para la investigación de mujeres que realizan abortos voluntarios legales, por ejemplo mujeres embarazadas, mujeres en el posparto (cuya prevalencia de sintomatología depresiva podría ser incluso mayor en comparación con quienes interrumpieron el embarazo) o mujeres con hijos menores.

Entre los factores de riesgo para la depresión o para la presencia de sintomatología depresiva en la población general se han señalado por ejemplo: ser mujer, específicamente jefa de familia, dedicarse solamente a las labores del hogar o tener a cargo algún enfermo, tener mayor exposición a carencias relacionadas con la pobreza, aislamiento social, problemas legales, experiencias de violencia, consumo de sustancias y la migración (Berenzon et al, 2013). Además de acuerdo con Belló et al., (2005) la prevalencia de depresión en la población general se incrementa con la edad y disminuye a mayor escolaridad. Al respecto de grupos más específicos como las mujeres con hijos menores de 5 años, De Castro et al., (2015) señala que el mayor factor de riesgo para la presencia de sintomatología depresiva es la violencia, seguido de tener más de 4 hijos, que el menor de 5 años sea mujer, que haya tenido bajo peso al nacer, tener inseguridad alimentaria y haber iniciado la vida sexual activa antes de los 15 años ($p < 0.01$). Mientras que en el posparto, Lara et al., (2015) refiere que los factores de riesgo son menor edad, menor escolaridad, no tener pareja, estar desempleada y ser pobre. Así mismo Alvarado-Esquivel et al., (2010) señaló la

depresión previa, estrés durante el embarazo y después de éste, trauma, mala relación o abandono de la pareja, embarazo no deseado y problemas familiares.

Acercas de dichos factores de riesgo, tanto para la población general como para los grupos de comparación específicos, se debe repetir que pocas veces son tomados en cuenta por la literatura que busca una asociación entre el aborto y los trastornos mentales (Major et al., 2009). Quizás esto podría indicar que en realidad son estos factores de riesgo los que se configuran como estresores crónicos desencadenantes del trastorno mental y no el procedimiento del aborto, que como ya se ha mencionado, operaría más bien como un estresor agudo. El aborto entonces, genera una determinada respuesta emocional adaptativa que aumenta momentáneamente la carga de estrés con la que lidian las mujeres pero que una vez finalizado el proceso de afrontamiento desaparece; no obstante, el malestar permanecerá entre aquellas que presenten otros factores de riesgo, independientemente de si interrumpen el embarazo, dan a luz o tienen hijos pequeños. Los resultados acerca de los riesgos pre existentes tomados en cuenta en ésta investigación son analizados más adelante.

6.1.2 Emociones positivas y negativas

En otro orden de ideas y acerca de la pregunta por las emociones relacionadas con la sintomatología depresiva elevada, la asociación estadística de los modelos de regresión fue significativa solamente para las emociones negativas. Pero, es indispensable señalar que las medianas de las emociones positivas fueron mucho más elevadas al final del procedimiento que las emociones negativas y que ésta diferencia sí fue estadísticamente significativa. Además, en los análisis bivariados las emociones positivas se configuraron como un factor protector para el desarrollo de sintomatología depresiva elevada al momento de tomar la decisión de la ILE (OR=0.351, IC95% 0.180 – 0.511) y al término del procedimiento (OR=0.174, IC95% 0.079 – 0.385).

Este resultado es esperable en tanto que el *outcome* utilizado en este trabajo es la sintomatología depresiva elevada, es probable que se encuentren asociaciones estadísticamente significativas entre las emociones positivas si se incorporan otro tipo de variables como la sensación de bienestar o la resiliencia una vez finalizado el proceso del aborto. También estos hallazgos coinciden con lo reportado por Rocca et al., (2013) donde la prevalencia de emociones positivas para los grupos que habían obtenido un aborto en el

primer trimestre –incluso cerca del límite- fueron más elevadas que las emociones negativas, de hecho fueron de casi el doble, específicamente para la emoción “alivio”. Además, retomando lo planteado acerca de las teorías transaccionales del estrés, podríamos pensar que las mujeres que reportan mayores emociones positivas ante el proceso de un aborto voluntario, tomaron una estrategia enfocada en el problema que les permitió una búsqueda de información y toma de decisiones para resolver el estresor al que se enfrentaban – el embarazo no intencional- y que dicha estrategia fue efectiva, de manera que aunque la mediana de las emociones negativas fue más elevada al enterarse que estaban embarazadas, una vez tomada la decisión de interrumpirlo y cuando el procedimiento había finalizado, tenían una mayor sensación de alivio, tranquilidad, seguridad y satisfacción.

Por otro lado, al respecto de la asociación entre emociones negativas y sintomatología depresiva elevada, así como para la variación de las emociones específicas en cada momento de la medición, los hallazgos aquí presentados podrían ser resultado de evaluaciones cognitivas que no solo se relacionan con el procedimiento en sí, sino también con el contexto en el que se llevan a cabo las evaluaciones. Como ya hemos señalado, lo que determina que un embarazo sea o no intencional, no siempre responde a condiciones relacionadas con el deseo o con procesos racionales, sino también a las condiciones en las que ocurre, que podrían traducirse en estresores crónicos, como las condiciones económicas o personales por las que las mujeres atraviesan. Por otro lado, la toma de decisiones de la estrategia de afrontamiento y su ejecución, implica una ponderación de las opciones, y la disposición de recursos materiales y psíquicos que permiten a las mujeres transitar por este proceso. La disponibilidad de los recursos y los riesgos pre-existentes determinan el grado de adaptación de la respuesta, en función de la estrategia de afrontamiento elegida. En ese sentido los resultados de este trabajo, a la luz de las investigaciones en las que se inserta, apuntan a que son esos recursos y contextos los que explicarían por qué a pesar de que las medianas de las emociones positivas son más elevadas que las negativas al término del procedimiento, son éstas últimas las que sostienen las asociaciones significativas en el modelo final.

Lo anterior coincide también con los resultados del estudio de Rocca et al., (2013) donde el 24% de las mujeres reportaron sentir emociones negativas una semana después del procedimiento, no obstante la mayoría de ellas afirmó que había sido la decisión correcta. Algunos de sus resultados ayudan a explicar los del presente estudio, entre los que destacan

el hecho de que las mujeres latinas, en comparación con las mujeres afroamericanas, eran más propensas a tener respuestas emocionales negativas, y en comparación con las mujeres blancas, reportaban en menor medida que el aborto había sido la decisión correcta. Además, las mujeres que mostraron respuestas emocionales negativas fueron las que tuvieron mayor dificultad para tomar la decisión de interrumpir el embarazo. En ese sentido, el análisis bivariado mostró también relación entre las emociones negativas y la historia psiquiátrica previa de las mujeres, el estigma con respecto al aborto y la falta de apoyo social. No obstante, estas asociaciones desaparecían en el modelo multivariado.

Además si se miran estos hallazgos a la luz del marco conceptual sobre el estrés y el afrontamiento hay varios puntos que destacar: el primero es que probablemente la estrategia de afrontamiento que eligieron quienes sí desarrollaron síntomas de depresión no fue totalmente eficaz para controlar el estrés agudo y que el proceso completo de la situación embarazo no intencional-aborto podría haberse configurado como un estresor crónico, al estar probablemente acompañado de otras dificultades, tales como sostener creencias estigmatizadoras alrededor del procedimiento o las propias características del contexto en el que lo llevaron a cabo (tener antecedentes de depresión o de violencia sexual, por ejemplo no contar con el apoyo de la pareja o la familia, que sea un embarazo no intencional con el que sí quisieran continuar, contrastes con las expectativas acerca del plan de vida). El hecho de que las emociones negativas, particularmente la confusión, la vergüenza, la culpa y el enojo resultaran asociadas a la sintomatología depresiva elevada en los tres momentos de evaluación, permite hipotetizar que se relacionan con el estigma asociado al aborto en nuestra sociedad, aunque no haya sido tratado aquí.

De acuerdo con Kumar et al., (2009) el estigma por aborto es un “atributo negativo adherente a las mujeres que buscan terminar un embarazo y que las marca interna o externamente como inferiores para los ideales de la feminidad” (Kumar et al., 2009: 628). Según dicha autora, el problema con las mujeres que abortan en todas las culturas es que desafían tres de las premisas básicas sobre la “naturaleza” del ser mujer: 1) las mujeres solamente tienen relaciones sexuales para procrear, 2) la maternidad es inevitable y 3) las mujeres son por naturaleza vulnerables. No obstante, Kumar et al., (2009) reconoce que las variantes en la forma en la que se expresa dicho estigma están dadas por las construcciones históricas y culturales de cada sociedad en particular, es decir, se modifica junto con los

significados de la familia, la maternidad y la sexualidad y al mismo tiempo con las estructuras de poder diferenciales que modifican la participación de las mujeres en la vida pública y su plan de vida, es decir variables socioeconómicas, ocupación, raza u origen étnico, edad y acceso a ciertas oportunidades de desarrollo. Por lo tanto, son estas características de la cultura “local” lo que podría dar cuenta de las diferencias entre las mujeres anglosajonas y las mujeres latinas acerca de la “paradoja hispana”¹¹ hallada en la evidencia.

En México, Sorhaindo et al., (2014) realizaron una investigación cualitativa en la que se incluyeron grupos focales de mujeres que habían interrumpido el embarazo en Ciudad de México, Chiapas, Jalisco, Chihuahua y Yucatán junto con sus parejas para explorar acerca de las fuentes, experiencias y consecuencias del estigma por aborto. En los grupos focales estaban mezcladas mujeres adultas que habían llevado a cabo el procedimiento de manera segura aun cuando la ley fuera restrictiva en sus estados. Todas las entrevistadas señalaron que existía una fuerte presión en la sociedad mexicana, especialmente proveniente de las familias, en torno a la expectativa de ser madres y de tener un “instinto maternal” y que podía entenderse como un símbolo de madurez. En ese sentido, pensaban que haber elegido el aborto era socialmente condenado porque iba en contra de dicha presión y afirmaba más bien una conducta promiscua e irresponsable. Un hallazgo importante del estudio, es que esta presión para tener una familia no solo era percibida por las mujeres, sino que también para los varones que eran sus parejas aparecía como una prueba social de masculinidad.

Las mujeres no solo se sentían juzgadas por haber elegido el aborto, sino que además sentían que era probable que tuviera consecuencias – como un castigo- por ejemplo, la infertilidad; ellas y sus parejas preferían mantener la experiencia en silencio debido a que sentían miedo del juicio de sus familiares y amigos. Incluso dos de ellas, provenientes de Chihuahua, relataron un altercado público con un amigo que las insultó debido a que se enteró de su experiencia. No obstante, las mujeres que provenían de la Ciudad de México sí

¹¹ En la página 16 del marco teórico se describió este fenómeno: Es posible que algunas usuarias de métodos anticonceptivos no tengan intención de evitar un embarazo y decidan continuarlo cuando éstos les hayan fallado y que otras que sí tienen la intención de evitarlo se sientan felices de estar embarazadas cuando falla la anticoncepción. Esta ambivalencia es un fenómeno frecuente entre las mujeres latinas que utilizan anticonceptivos orales, en particular entre las adolescentes mexicanas, y por ello se le ha denominado “la paradoja hispana” (Aiken y Potter, 2013).

consideraban que las mujeres y sus parejas tienen derecho a elegir sobre su fertilidad (Sorhaindo et al, 2014).

A pesar de que todas las mujeres pensaban que tomaron la mejor decisión para sus circunstancias particulares, sí reportaron sentir dolor, vergüenza, tristeza, miedo y culpa relacionados con el aborto (Sorhaindo et al, 2014), coincidente con otros hallazgos sobre el tema (Shellenberg et al, 2011). Reconocieron también que la Iglesia Católica prohíbe el aborto y lo relaciona con un castigo divino; el miedo a ello agregaba sensaciones de ansiedad y exacerbaba la culpa y la vergüenza durante la experiencia volviendo más difícil la toma de decisiones y la sensación de bienestar posterior, sobre todo cuando la familia participaba de dichas creencias (Sorhaindo et al, 2014).

En esta línea, Steinberg (2016) también señala en un estudio en Estados Unidos sobre las condiciones previas a la interrupción del embarazo, que entre los predictores más importantes, tanto para los diagnósticos de ansiedad como de depresión, no solo se encuentran los eventos adversos en la infancia y la violencia de pareja, sino que el más importante (pues no solo es el que más aporta a la probabilidad de desarrollar el trastorno, sino también el que explica la mayor cantidad de varianza) es el estigma percibido acerca del aborto. Por ello la autora concluye que ayudar a las mujeres a sentirse menos estigmatizadas acerca de tener un aborto, puede ser una intervención importante previa a la interrupción, para disminuir los síntomas depresivos posteriores, pero también para mejorar el estado de salud previo a la interrupción, incluidas las condiciones de estrés.

En tanto que las emociones son indicadores de la eficacia con la que se manejan y resuelven los estresores, intervenir sobre estas creencias estigmatizadoras promueve la disminución de las emociones negativas y por lo tanto es posible que disminuya el riesgo aparición de sintomatología depresiva elevada al finalizar el procedimiento, o bien, pueda configurar las emociones positivas como factores protectores de dicha sintomatología; sin embargo, se requiere realizar más investigación al respecto.

Finalmente, en este estudio no se hallaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad y las emociones negativas o la sintomatología depresiva elevada, lo que contrasta con hallazgos de poblaciones anglosajonas, donde se encuentra que son las mujeres más jóvenes las que anticipan respuestas emocionales negativas y afrontamiento poco eficaz cuando reportan preocupaciones espirituales o piensan que el procedimiento es

similar al homicidio o bien cuando han sido presionadas para tomar la decisión (Ralph et al., 2013). Esta situación podría deberse a varias causas: a una tendencia a presentar ciertas reacciones emocionales o síntomas ante la decisión de abortar por el estigma asociado sin importar la generación; al hecho de que porque dos terceras partes (62%) eran mujeres ubicadas en el mismo rango de edad, entre los 20 y 29 años y esto dificultó comparar con otros grupos de edad; o debido a que el número de la muestra no haya sido suficiente.

6.1.3 Riesgos pre existentes.

6.1.3.1 Autoreporte de depresión y la percepción de la depresión de la madre.

Los resultados del estudio mostraron que el 20.17% de las participantes reportaron haberse sentido deprimidas alguna vez en la vida y al mismo tiempo presentaron sintomatología depresiva elevada posterior a la interrupción del embarazo. Además, el 22.93% mencionó que su madre estuvo deprimida alguna vez en la vida y reportó también la presencia de sintomatología depresiva elevada al finalizar el proceso del aborto voluntario.

En el análisis bivariado se mostró una asociación entre el autoreporte de depresión alguna vez en la vida y la presencia de sintomatología depresiva elevada después del procedimiento de la interrupción legal del embarazo (OR=3.28, IC95% 1.27 – 8.47). Sin embargo, esta relación desapareció al incorporarse en los modelos de regresión logística con las variables de emociones y violencia sexual. Por otro lado, en el análisis bivariado también se encontró una asociación entre la percepción de la depresión de la madre y la presencia de sintomatología depresiva elevada posterior al aborto (OR=4.86, IC95% 1.54 – 15.26). Esta relación se sostuvo en el modelo de regresión ajustado por las emociones y los antecedentes de violencia sexual al término del procedimiento (OR=6.35, IC95% 1.88 – 21.45); además la significancia de dicha asociación se sostuvo también al incorporarla al modelo únicamente con las emociones negativas al término del procedimiento (OR=20.10, IC95% 2.38 – 169.822).

No existe evidencia directa de cómo se relaciona la percepción sobre la depresión de la madre con la depresión en mujeres adultas, pero se sabe que las mujeres están en mayor riesgo de desarrollar depresión a lo largo de su vida y que son muchos y de variada índole los factores que influyen en ello. El National Institute of Mental Health (NIH) reconoce que los antecedentes familiares de depresión son un factor que incrementa la probabilidad de que

las mujeres desarrollen esta enfermedad, no obstante es probable que dicho riesgo implique la combinación de los factores genéticos con diversos factores ambientales (NIH, 2016). De acuerdo con Garber y Cole (2010) el mayor factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo es justamente haber tenido padres con dicho trastorno; los autores enumeran modelos que han tratado de explicar dicha transmisión intergeneracional, entre las explicaciones se encuentra la herencia, una disfunción neuroregulatoria innata, la exposición a afectos, cogniciones y conductas maternas negativas y el incremento de estrés en la familia debido a la enfermedad que padecen los padres. De hecho, en su estudio encontraron que el predictor más importante para la depresión en adolescentes era que su madre hubiera estado deprimida y los eventos de vida estresantes a los que dichos adolescentes tuvieron que enfrentarse; no obstante estos dos factores de riesgo guardaban colinealidad, es decir, estaban relacionados entre sí.

Coincidente con Garber y Cole (2010), la mayor parte de la evidencia sobre transmisión generacional de la depresión se produce alrededor de los adolescentes. Al respecto los hallazgos de Agerup et al., (2016) en un estudio que incorporó padres, madres y adolescentes, muestran que solo los problemas “internalizados” de la madre (insatisfacción económica, enfermedad o discapacidad o enfermedades mentales)– y no la del padre– se sostiene como predictor de la depresión de los hijos adolescentes. Al mismo tiempo Mellick et al., (2015) señalan que la depresión en la adolescencia es uno de los predictores más importantes para el desarrollo de dicho trastorno en la vida adulta y que los estudios con adolescentes muestran que los menores con madres deprimidas tienen un mayor riesgo de presentar dicho trastorno debido a los efectos negativos que el padecimiento puede tener en la interacción entre madres e hijos, por ejemplo la crítica, hostilidad o sobreprotección. Al respecto de sus hallazgos sobre la depresión actual de la madre y las críticas que hacen a sus hijas adolescentes, las autoras mencionan que las hijas de madres deprimidas son más propensas a apoyar afirmaciones autocríticas, a dar interpretaciones negativas de eventos vitales y a tener pensamientos negativos automáticos.

Esto concuerda también con lo que señala Jacobs et al., (2015) acerca de que la diferencia en el impacto sobre la transmisión generacional de la depresión por la influencia de la depresión de la madre y no del padre, puede ser explicada por los roles de género de acuerdo con los cuales las mujeres siguen siendo responsables de la crianza y por lo tanto

tienen mayor interacción con los hijos, por lo que sus comportamientos tienen mayor impacto sobre éstos. Acerca de los mecanismos mediante los cuales opera esta transmisión Feurer et al., (2016) halló que los hijos con madres que presentaban un trastorno depresivo recurrente mayor, también presentaban un mayor estrés crónico en varios dominios de su vida, por ejemplo en la interacción con sus pares, en la interacción madre-hijo y en la interacción con otros miembros de la familia; encontraron también que el estrés crónico con sus pares puede permanecer incluso después de la remisión de la depresión materna.

Otras hipótesis que la evidencia señala sobre la influencia de la depresión de la madre en la depresión de las hijas (os), se han construido alrededor de este padecimiento en el periodo del puerperio, pues las mujeres que presentan estos episodios, tienden a mostrar mayores emociones negativas y ser menos sensibles de las necesidades de sus bebés e incluso a desarrollar conductas de maltrato o abuso, generando consecuencias en el apego y desarrollo emocional de los infantes, que luego les traerá dificultades en la interacción social y que de acuerdo con Verbeek et al., (2016) podrían permanecer hasta la adolescencia y la vida adulta. Así mismo, en otro estudio de cohorte retrospectiva en donde se entrevistó a madres que habían tenido algún trastorno mental durante el puerperio, el 26% reportó que su hijo (a) había tenido algún trastorno mental durante la vida, particularmente depresión (Abbott et al., 2004).

Esta evidencia podría explicar los hallazgos de nuestro estudio debido a que el antecedente de percepción de la depresión de la madre, independientemente de si sucedió en el puerperio o no, podría modificar la forma en que los estresores son evaluados y enfrentados por las mujeres y las estrategias de afrontamiento, se ponen en marcha. Este antecedente además forma parte de los factores de riesgo para padecer depresión alguna vez en la vida que a su vez podría ser predictor de la sintomatología depresiva actual.

Por otro lado, en un estudio reciente Ralph et al., (2014), muestra que al menos para las mujeres más jóvenes, la influencia más importante para tomar la decisión del aborto había sido la opinión de los padres, seguida por la opinión de la pareja. Esta importancia se debía a la poca independencia económica y a la probable relación más cercana entre las mujeres jóvenes y sus padres. No obstante, en este mismo estudio, se encontró que la percepción de falta de apoyo social era la variable que tenía más influencia sobre los sentimientos de menor autoeficacia para lidiar con el aborto y que esto se agravaba entre las mujeres más jóvenes

en comparación con las adultas. Mientras más jóvenes, las mujeres tienden a informar en mayor proporción a sus madres que realizarán el procedimiento y aparece en oposición al apoyo por parte de la pareja, pues quienes sentían más apoyo por parte de la pareja, eran quienes al mismo tiempo reportaron menos sensibilidad de la madre hacia la decisión de interrumpir el embarazo. Son las mujeres que reportaron menor apoyo de la madre en su decisión, quienes anticiparon también que se sentirían más tristes, más avergonzadas y menos aliviadas con respecto al procedimiento en comparación con aquellas que no habían informado a la madre o aquellas que contaban con su apoyo.

Lo anterior hace suponer que la asociación entre la percepción de la depresión de la madre y la presencia de sintomatología depresiva elevada tras el procedimiento, podría guardar relación con el grado de apoyo social que logran conseguir las mujeres en una figura importante socialmente como es la propia madre – especialmente en un contexto donde se ha manifestado que la maternidad como expectativa tiene un gran peso social-.

En este estudio no encontramos diferencias con respecto a la edad, pero la literatura sí señala un efecto diferencial con respecto a la búsqueda del apoyo materno, siendo más importante entre las mujeres más jóvenes. Por ejemplo, en México, un estudio que buscaba identificar a quién recurrían más las y los adolescentes en busca de apoyo social y explorar la relación entre éste y su estado emocional entre los 13 y 15 años de edad, reporta que las mujeres tienen una marcada preferencia por buscar apoyo social con la familia de origen, luego con las y los amigos y finalmente no buscar ayuda; destaca que en el caso de las inquietudes sexuales, la segunda opción fue no buscar ayuda. Los adolescentes mostraron menor malestar emocional cuando contaban con apoyo social familiar, y las mujeres que no acudieron con la familia cuando tuvieron conflictos, mostraban mayor sintomatología depresiva (González Forteza, 1993). Estos hallazgos podrían enlazarse también con lo que señala Sorahindo (et al, 2014) acerca del estigma por aborto en México, pues las mujeres que reportan haberlo percibido mencionaron también que les dificultaba buscar información o soporte financiero, pero sobre todo, soporte emocional de sus amigos y familia; las mujeres se sentían particularmente discriminadas por otras mujeres de mayor edad que ellas.

6.1.3.2 Violencia sexual

Como ya se ha mencionado, ninguna de las formas de violencia sexual consideradas en este trabajo se asociaron de manera estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva elevada. Los resultados con respecto a la exposición previa a la violencia sexual son poco coincidentes con la literatura reportada previamente (Hall, 2014; Hathaway; 2005). No obstante, esto puede deberse, entre otros motivos, al pequeño tamaño de muestra; pues aunque de las 114 mujeres, una proporción importante había sido víctima de violencia sexual: un 22.8% (26 mujeres) de abuso sexual infantil, un 8.8% (10) de violencia sexual después de los 15 años y 2.6% (3) padecieron violencia sexual por parte de la pareja actual; entre quienes tuvieron presencia de sintomatología depresiva elevada la proporción de mujeres con antecedentes de violencia sexual realmente eran insuficientes para realizar el análisis (abuso sexual 6.14% (7) y violencia sexual después de los 15 años 2.63% (3) y ninguna recibía violencia sexual por parte de la pareja actual).

Respecto a las proporciones sobre abuso sexual, aunque elevado, podría decirse que se encuentra en un rango esperable para la población estudiada de acuerdo con la evidencia internacional y nacional sobre el tema. Por ejemplo en un meta análisis realizado por Stoltenborgh et al., (2011) en el que se consideraron 217 publicaciones entre 1980 y 2008, la prevalencia de abuso sexual infantil varió entre 0.1% y 71%, esta variabilidad se atribuye a las comparaciones hechas entre distintas definiciones, formas de medición y poblaciones, así como las diferencias legales y culturales que podrían agravar el problema. La prevalencia del abuso sexual infantil que hallaron en el meta análisis combinando los estudios, fue de 11.8%, mientras que los estudios que utilizaban autoreporte fue de 12.7% y desagregando por sexo, la prevalencia para mujeres fue de 18%. No se incluyeron estudios realizados en América Latina porque aquellos que cumplían con los criterios de inclusión de la búsqueda no eran suficientes para ser comparados con el resto de las publicaciones, sin embargo la prevalencia reportada para mujeres latinas en Estados Unidos y Canadá fue de 22.2%.

En México de Frías y Erviti (2014) que reportaron una prevalencia de abuso sexual solo entre niñas y adolescentes escolarizadas de 6.82% con base en Encuesta Nacional de Exclusión, Intolerancia y Violencia en Escuelas de Nivel Medio Superior 2007 que contaba con una muestra representativa a nivel nacional. No obstante, de acuerdo con las autoras esta cifra puede ser conservadora, debido a que las experiencias traumática y socialmente

indeseables tienden a no reportarse y al tipo de población considerada. A pesar de ello, otro hallazgo en común con el de dicho estudio es que la mayoría de los abusos eran perpetrados por miembros de la familia y vecinos.

Por otra parte, la prevalencia de violencia sexual alguna vez en la vida después de los 15 años que para este estudio fue de 8.8% y aunque el agresor no era la pareja actual, la mayor parte de los agresores sí había tenido una relación de pareja con las mujeres. Esta cifra es más elevada que la de reportada en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares de 2011 que fue del 7.33% entre las mujeres mayores de 15 años que habían sido agredidas sexualmente por parte de su pareja alguna vez en la vida independientemente de su situación conyugal (Casique y Castro 2011). No obstante el porcentaje reportado aquí es menor que el de mujeres captadas en el servicio de consulta externa de unidades hospitalarias del estado de Hidalgo, que fue de 13.9% al preguntarles por relaciones sexuales no consentidas con la pareja (Juárez et al., 2016).

El porcentaje de agresiones sexuales por parte de la pareja actual en nuestro estudio fue de 2.6%, menor que el de la ENDIREH de 2011 donde se reporta que las agresiones sexuales por parte de la pareja en el último año fueron del 2.34% (Casique y Castro, 2011). En otro estudio, también en servicios de salud entre mujeres derechohabientes del IMSS en la Ciudad de México, se reportó que el porcentaje de mujeres embarazadas que enfrentaba violencia por parte de la pareja actual era de 10% (Doubova et al., 2007) y de acuerdo con Cervantes-Sánchez et al., (2010) este tipo de agresión, pero entre mujeres jóvenes embarazadas (también derechohabientes del IMSS), es de 4%. Así mismo en un estudio representativo de la población en Ecatepec la violencia sexual reportada por las mujeres donde el agresor es la pareja actual es de 8.5% (Cortés et al., 2015).

Por lo anterior, puede decirse que las proporciones de violencia sexual halladas en este estudio coinciden con las reportadas en otros estudios, específicamente mexicanos e incluso son inferiores a las de estudios realizados en lugares como Hidalgo y Estado de México o en otros servicios de atención a la salud. Aunado a ello y a pesar de que las asociaciones no fueron estadísticamente significativas, sí se muestra una tendencia para que la violencia sexual se configure como un factor de riesgo de sintomatología depresiva elevada que quizás podría ser más definitivo aumentando el tamaño de muestra (abuso sexual

OR=1.41, IC95% 0.38 – 2.79 y violencia sexual después de los 15 años OR=1.22, IC95% 0.29 – 5.06).

Además, estos resultados nos llevan a plantear algunas hipótesis que requieren explorarse en estudios subsecuentes. Por ejemplo, podría plantearse por un lado que las mujeres que interrumpen el embarazo han estado menos expuestas a la violencia sexual – ya que las proporciones son menores en comparación con otros servicios de salud-; o bien que éstas mujeres son más resilientes, pues a pesar de los antecedentes de violencia sexual no han desarrollado síntomas depresivos. No obstante para comprobar la viabilidad de ésta hipótesis habría que explorar la presencia de otro tipo de manifestaciones sintomatológicas como la ansiedad, ya que tradicionalmente la violencia sexual como abuso sexual infantil o durante la adultez se ha asociado con trastorno de estrés postraumático (Stoltenborgh et al., 2011).

Sobre éstas hipótesis, la evidencia recolectada por Kaye-Tzadok y Davidson-Arad (2016) muestra que las discusiones sobre el término resiliencia han llevado a pensar que no se trata de una característica o capacidad de un individuo, sino de un proceso de ajuste en presencia de factores protectores en el que de alguna forma se modifica el significado de los estresores o de las circunstancias adversas disminuyendo el riesgo de desarrollar algún trastorno mental. Estos investigadores han encontrado que la puesta en marcha de estrategias cognitivas como el autoperdón y la confianza son mediadores en el desarrollo de trastorno de estrés postraumático y depresión en sobrevivientes de abuso sexual infantil. El autoperdón se refiere a una estrategia cognitiva que las y los sobrevivientes de abuso sexual infantil ponen en marcha frente al sentimiento de culpa que experimentan con ésta experiencia y que devuelve al sujeto la sensación de que puede influir en los acontecimientos vitales que le ocurren. Por su parte la confianza es un mecanismo que se activa ante una amenaza o un estresor y se relaciona con una sensación de agencia para cumplir metas, planearlas y alcanzarlas efectivamente (Kaye-Tzadok y Davidson-Arad, 2016).

Esta perspectiva de la resiliencia no solo coincide con lo planteado aquí sobre el proceso embarazo no intencional-aborto como posible estresor agudo; sino que permite preguntarse acerca de las estrategias de afrontamiento que pusieron en marcha las mujeres con antecedentes de violencia sexual vs las que no tenían dicho antecedente. Además sugiere, como se ha afirmado antes en este trabajo, que las estrategias que se ponen en marcha en un

momento dado de la vida ante una situación estresante y que se han reconocido como eficaces, serán utilizadas en nuevas experiencias.

6.2 Alcances, limitaciones y sugerencias para otros estudios

Para una lectura más precisa de estos resultados es necesario señalar que el estudio contó con varias limitaciones, la primera de ellas es que la muestra se eligió a conveniencia y se realizó únicamente en una clínica que proporciona el servicio de ILE, elegida además por las autoridades correspondientes de la Secretaría de Salud dadas las condiciones logísticas y de disponibilidad, esto limita por un lado la comparabilidad de los resultados en tanto que las mujeres que acuden a dicha clínica podrían tener características similares entre sí y podrían ser distintas a las de las mujeres que acuden a clínicas ubicadas en otros lugares de la ciudad. Por otro lado, los hallazgos no son generalizables a toda la población que interrumpe el embarazo en la Ciudad de México, pero se destaca que las características sociodemográficas de las participantes coinciden con las reportadas para el total de mujeres que han llevado a cabo una ILE desde que se puso en marcha el programa.

Otra de los inconvenientes sobre el procedimiento es que la aplicación del cuestionario se realizó directamente en la sala de espera de la clínica de ILE, donde el espacio es reducido y en varias ocasiones no se contaba con suficiente privacidad para llevar a cabo la entrevista, lo cual pudo modificar las respuestas al respecto de variables como la violencia sexual. A pesar de ello, las proporciones coincidieron con las reportadas en otros estudios.

Probablemente la precisión más necesaria de mencionar, tiene que ver con la aplicación del instrumento de depresión, el CESD-R que se aplicó de manera diferencial con respecto al tiempo que había transcurrido entre el procedimiento de la ILE y el momento de la entrevista. Esto ocurrió por razones relacionadas con la logística de la propia clínica en donde fueron recabados los datos y por los meses en los que ocurrió el levantamiento de información que coinciden con periodos festivos y vacacionales. Ello nos obligó a recodificar todas las respuestas marcadas con la opción de las últimas dos semanas a la opción de 5 a 7 días, esto desestima algunas de las características de la versión del CES-D-R que utilizamos, pues fue imposible graduar la severidad de los síntomas. No obstante, lo que los resultados muestran es que no existen diferencias significativas entre la semana en la que fue realizada la entrevista y el número de casos reportados de sintomatología depresiva elevada.

Ligado con lo anterior, otra de las limitaciones es justamente el tiempo transcurrido entre el procedimiento y la entrevista, dado que no permite evaluar efectos a mediano y largo plazo sobre la salud mental de quienes sí reportaron sintomatología depresiva elevada. Algunos estudios señalan que es necesario llevar a cabo un estudio longitudinal (Lazarus, 1985; Major, 2009; Russo, 2014; Steinberg, 2016) que permita hacer otra evaluación pasados varios meses o incluso un año después de la ILE para conocer si existe algún impacto a largo plazo sobre la salud mental de las mujeres.

Como ya se ha señalado en la literatura internacional (Ralph et al., 2014; Rocca et al., 2013; Steinberg, 2016) es necesario mejorar la investigación en este campo de estudio utilizando diseños más rigurosos que los transversales y longitudinales retrospectivos (Vigneta, 2009), tales como los prospectivos o de casos y controles, que permitan evaluar las consecuencias del aborto vs el embarazo no intencional a mediano y largo plazo en la vida de las mujeres. Pero también se vuelve evidente la necesidad de utilizar de metodologías mixtas o cualitativas basadas en el estado de la cuestión que amplíen la vista de variables para las que no bastan los indicadores cuantitativos como intencionalidad del embarazo, la trayectoria reproductiva o cuestiones relacionadas con las expectativas y oportunidades del plan de vida. Por ello es indispensable explorar los modos en que se relacionan estas variables para considerar de manera más amplia el contexto sociocultural y sociopolítico, ampliando la perspectiva acerca del estado de salud mental post aborto.

Los mismos estudios (Major et al., 2009 y Russo, 2014) señalan que continuar con un embarazo no intencional es mucho más riesgoso para la salud mental de las mujeres que llevar a cabo un aborto, por lo que comparar estos resultados con mujeres que tienen otros outcomes reproductivos es una de las observaciones más importantes que se reportan en la literatura sobre el tema y sería útil comparar los resultados presentados aquí, tomando en cuenta no solo la temporalidad de la evaluación, sino también procurando la comparación con otros grupos de mujeres que podrían enfrentar problemáticas cercanas; por ejemplo aquellas que continuaron con el embarazo a pesar de no ser intencional o que llevaron a cabo un aborto clandestino por la legislación en su estado es restrictiva.

Por otro lado, en cuanto a los riesgos pre existentes, a pesar de que el autoreporte es una medida que se utiliza constantemente, dada la importancia de la asociación y la alta prevalencia de depresión entre las mujeres, particularmente las embarazadas, habría que

utilizar un instrumento que diera cuenta de una manera mucho más precisa de la situación diagnóstica de las participantes. Así mismo es necesario incorporar una descripción más cuidadosa de la salud mental previa tanto de la participante como de la madre. Sobre todo porque en ambos casos solamente la mitad de las mujeres que reportaron que estaban deprimidas o cuya madre lo estaba, mencionó que recibió atención psicológica o psiquiátrica.

También es necesario incluir otras hipótesis, por ejemplo al respecto de la sobrevivencia de violencia sexual, que es una experiencia reportada frecuentemente por las mujeres en todo el mundo y particularmente en México, en cuyas estrategias de afrontamiento y procesos resilientes se ha puntualizado poco. Así como la necesidad de investigar, particularmente en México no solamente para el diagnóstico de depresión, sino para otros problemas de salud que también han sido tradicionalmente asociados al aborto, por ejemplo la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático.

Esta tesis no indagó acerca de otras variables relevantes en el tema, como el estigma y el apoyo social; tampoco incluyó un aspecto que la literatura refiere frecuentemente acerca de la valoración de la decisión del aborto como correcta a pesar de la manifestación de respuestas emocionales negativas o incluso de síntomas de depresión (Lazarus, 1985; Major, 2009; Ralph et al., 2014; Rocca et al., 2013; Russo, 2014). Incorporar éstos indicadores podría ayudar a describir la experiencia del aborto de manera más cercana a la realidad de las mujeres.

A pesar de que la primera intención de este proyecto de investigación sí fue desarrollar un estudio longitudinal que tomara como grupo de comparación a mujeres que continuaron con el embarazo, solo fue factible desarrollar un estudio transversal que no cuenta con grupo de comparación. Lo anterior debido a varias razones, la primera es que el tema no es prioritario en términos de financiamiento para las convocatorias oficiales de los organismos responsables de la investigación académica en México; aunado a ello, el contexto sociopolítico y cultural que promueve ideas prejuiciosas y misóginas vulnerando el Estado Laico en México y que amenaza constantemente la certidumbre jurídica del contexto de legalidad del aborto en la ciudad, dificulta la negociación logística entre los actores involucrados en el tema (usuarias, autoridades legislativas, autoridades en materia de salud, organizaciones de la sociedad civil, investigadoras, etc).

Sin embargo, la colaboración interinstitucional que ha establecido el equipo de investigación del que forma parte este trabajo ha sido una experiencia exitosa en tanto que es poco frecuente la conformación de equipos multidisciplinarios entre Academia y ONG que desarrollen objetivos acerca de una necesidad específica de información. Cabe destacar que el estudio de factibilidad del proyecto amplio de investigación, se llevó a cabo sin financiamiento y todas las investigadoras participaron en todas las fases, reuniones, gestiones, trabajo de campo y análisis de resultados a lo largo de dos años.

A pesar de lo anterior, es necesario señalar que éste es uno de los pocos estudios que se han realizado sobre el estado emocional previo al procedimiento del aborto, es además el único que, desde la despenalización del aborto en la ciudad de México en 2007, lo ha abordado desde el marco teórico del estrés y que ha explorado la experiencia como un proceso que transita por distintos momentos en los que los factores involucrados y las respuestas emocionales se transforman conforme va avanzando la experiencia. Otra de las fortalezas metodológicas es que no se trata de un estudio retrospectivo sobre la historia de abortos inducidos, sino que todas las entrevistadas transitaron por el mismo procedimiento en condiciones y tiempos similares. Una característica que vale la pena destacar es que se incorporaron a la medición emociones positivas reportadas por las propias mujeres mexicanas en la consulta psicológica.

6.3 Conclusiones

En concreto, estos hallazgos muestran que las emociones sí están relacionadas con el desarrollo de sintomatología depresiva elevada, específicamente las emociones negativas en tres momentos del proceso: avergonzada y confundida al recibir la noticia del embarazo, culpable y enojada al tomar la decisión de la ILE y enojada al término del procedimiento. No obstante, es necesario matizar estas aseveraciones, pues a pesar de que esta relación ha sido probada, para la mayoría de las mujeres son las emociones positivas las que se presentan con más intensidad al finalizar el procedimiento.

Por otro lado, la presencia de síntomas depresivos podría estar relacionada con riesgos pre existentes tales como los antecedentes de depresión y la percepción sobre la depresión de la madre y probablemente con otros factores que aquí no se han revisado como las creencias estigmatizadoras, la transmisión intergeneracional de la depresión y la falta de apoyo social.

En la lectura conceptual en la que se inserta este trabajo, las mujeres que reportaron las emociones negativas específicas ya mencionadas, mostraron una evaluación secundaria que no fue favorable para la resolución del estresor agudo embarazo emocional-aborto. Esto, debido a que probablemente contaban con condiciones que modificaban su respuesta ante el estrés y que podrían configurar ésta experiencia como un estresor crónico. Sin embargo, nuestra evaluación ocurrió solo una semana después del evento y se focalizaba sobre la reacción emocional posterior, por lo que no es suficiente para dar cuenta de efectos a mediano y largo plazo y probablemente la presencia de sintomatología depresiva elevada en algunas de las participantes se trate de una evaluación normal que desaparezca a lo largo del tiempo. Es por eso que realizar estudios de seguimiento con esta población podría ser una estrategia útil para comprender dicha experiencia.

Dado que la mayoría de las mujeres no presenten síntomas depresivos, que esto coincide con las estadísticas internacionales y que las emociones positivas son las que tienen las medianas más elevadas al final del procedimiento, se puede concluir que la mayoría de las mujeres resolvieron de manera efectiva, lo que al principio era evaluado como un motivo para sentirse estresadas, tristes, arrepentidas, enojadas y confundidas. Y que una vez llevadas a cabo las evaluaciones primaria y secundaria (evaluación de la situación como altamente estresante y toma de decisiones y acciones para solucionarlo y controlarlo) así como la estrategia de afrontamiento - en este caso la ILE- y todos los procesos cognitivos que ello implicó; las mujeres resolvieron de manera exitosa el estresor agudo ante el que se encontraban.

Para la mayoría de las mujeres en este estudio la estrategia de afrontamiento elegida del acceso al aborto legal y seguro, se caracterizó como un factor protector ante el riesgo que enfrentaban de desarrollar sintomatología depresiva elevada después de una interrupción voluntaria del embarazo, debido a una situación altamente estresante como era el embarazo no intencional. Así mismo, este trabajo demuestra que el proceso embarazo-aborto puede ser abordado desde las teorías transaccionales del estrés y que en ese sentido las emociones pueden ser utilizadas como indicadores de la eficacia –o fracaso- de estrategias de afrontamiento. Sin embargo, es necesario llevar a cabo investigaciones más precisas para contar con evidencia contundente al respecto de ésta lectura incorporando a la investigación medidas sobre el tipo concreto de estrategias que ponen en marcha las mujeres que

interrumpen el embarazo, así como su historia al respecto de otros eventos estresantes y estrategias que han utilizado con anterioridad.

Particularmente relacionado con el punto anterior, es necesario comenzar a transformar el lenguaje científico que se focaliza sobre los riesgos para desarrollar una enfermedad mental y sustituirlo por evidencia que permita ubicar los factores de protección y de acompañamiento para disminuir los posibles estresores crónicos en una experiencia como el aborto. Por eso, estos hallazgos podrían ser útiles en al menos dos áreas: la de investigación académica y la de intervención o aplicación práctica que ayude a las mujeres a lidiar con el complejo contexto en el que se presenta la situación del embarazo no intencional y el aborto, no solo en términos de acompañamiento para quienes viven la experiencia, sino de prevención y en general del ejercicio libre, seguro y placentero de la sexualidad.

En México existen varios modelos de acompañamiento post aborto que abordan el proceso desde una perspectiva de género y consideran variables del contexto relevantes. A pesar de que se han documentado testimonios de ellos¹², todavía no existe investigación “formal” que los evalúe y cuantifique su eficacia. Dos de ellos (Fondo MARIA y Las Libres) brindan acompañamientos para que las mujeres puedan acceder al derecho del aborto legal aún cuando en sus entidades no cuenten con el servicio público y legalizado. Por un lado Fondo María forma acompañantes que transitan con las mujeres todo el proceso en la medida en la que éstas lo soliciten, desde información y transporte hasta presencia física al acudir a la clínica. En el caso de Las Libres, se trata más bien de proporcionar aborto con medicamentos independientemente de la disponibilidad del servicio en la entidad. Algunas de las acompañantes son mujeres que también han resuelto un embarazo no intencional por medio de un aborto voluntario y que guían a otras en la toma de decisiones. Contar con convicciones éticas a favor de los derechos humanos y con información científica veraz y oportuna es indispensable para este tipo de intervenciones.

El único modelo especializado en la salud mental de las mujeres que interrumpieron el embarazo es el de ADAS (Acompañamiento Después de un Aborto Seguro) que combina elementos de distintas tradiciones de la psicología, así como perspectiva de género y

¹² Ver: Las Libres en: <http://www.laslibres.org.mx>; Fondo Maria en: <http://fondomaria.org> y ADAS: experiencia emocional de las mujeres que buscaron apoyo después de una interrupción legal del embarazo en el DF: <http://conlaa.com/adas-experiencia-emocional-de-las-mujeres-buscaron-apoyo-despues-de-una-interrupcion-legal-del-embarazo-en-el-df/>

consejería en salud sexual y reproductiva. La propuesta de este modelo es que las mujeres distinguan *los múltiples significados de su decisión y consideren su experiencia de aborto como oportunidad de revisión, análisis y comprensión de la vida personal* (Ortiz, 2008: 77). En este espacio se ofrece la oportunidad de reflexionar en un ambiente de comprensión, información y apoyo para que las mujeres puedan valorar el significado de su experiencia con respecto a etapas futuras de su vida.

Finalmente, la consejería que las mujeres reciben en el momento de llegar a la clínica de ILE no solamente debe contener información específica sobre el procedimiento, sino también sensibilización ante los mitos y las creencias equívocas y más bien relacionadas con el aborto clandestino que abundan entre las mujeres, aún cuando el procedimiento que están llevado a cabo sea seguro, legal y llevado a cabo en condiciones óptimas; dados los hallazgos relacionados con las emociones y el estigma.

La desmitificación de las consecuencias del aborto en la salud mental de las mujeres, así como la atención oportuna de aquellas que así lo requieren debido a la complejidad del contexto en el que toman la decisión, permite ejercer individualmente su autonomía y dignidad como seres humanos. Atender ésta problemática de salud pública no solo reduce los costos al sistema de salud generados por las complicaciones obstétricas o distribuye de manera más equitativa los recursos destinados a ese rubro, sino que contribuye a reducir la histórica inequidad en el acceso a los Derechos Humanos y específicamente al Derecho a la Salud de las mujeres.

Referencias

- Abbott, R., Dunn, V. J., Robling, S. A., y Paykel, E. S. (2004). Long-term outcome of offspring after maternal severe puerperal disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 365-373.
- Agerup, T., Lydersen, S., Wallander, J., y Sund, A. M. (2015). Maternal and paternal psychosocial risk factors for clinical depression in a Norwegian community sample of adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 35-41.
- Aguado, L. (2002). Procesos cognitivos y sistemas cerebrales de la emoción. *Revista de neurología*, 34(12), 1161-1170.
- Aiken, R. A., Potter, J. E. (2013) Are Latina Women Ambivalent About Pregnancies They are Using Contraception to Prevent? Evidence from the Border Contraceptive Access Study. *Perspectives on Sexual and reproductive health*. 45 (4), 196-203.
- Alvarado-Esquivel, C., Sifuentes-Álvarez, A., Estrada-Martínez, S., Salas-Martínez, C., Hernández-Alvarado, A. B., Ortiz-Rocha, S. G., ... y Sandoval-Herrerad, F. (2010). Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gaceta Médica de México*, 146(1), 1-9.
- Allanson, S., Astbury, J., Bandyopadhyay, M., Cabral de Mello, M., y Fisher, J. (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. World Health Organization.
- Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and aetiological aspects. *The British Journal of Psychiatry*, 152(5), 601-617.
- Barrett, G. (2002). *Developing a measure of unplanned pregnancy*. Tesis de doctorado London School of Hygiene y Tropical Medicine. Londres, Reino Unido
- Barrett, G., Smith, S. C., y Wellings, K. (2004). Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(5), 426-433.
- Beltrán-Jiménez, B., y Ortiz-Acosta, R. (2011) Síntomas depresivos, inteligencia emocional percibida y formas de afrontamiento en mujeres embarazadas. *Ansiedad y estrés*, (17) 2/3, 255-264.
- Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. (2005) Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*; 47 supl 1:S4-S11.

- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., y Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Boersma, A. A., van den Berg, D., van Lunsen, R. H., y Laan, E. T. (2014). Induced abortion is not associated with a higher likelihood of depression in Curaçao women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19(5), 359-367.
- Broen, A., Moum, T., Bødtker, A., y Ekeberg, Ø. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BioMed Central Medicine*, 3(1), 1.
- Campero, L. C., Atienzo, E. E., López, L. S., Prado, B. H., y Hernández, A. V. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149, 299-307.
- Casey, P. R. (2010). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24(4), 491–502. doi:10.1016/j.bpobgyn.2010.02.007
- Casique, I., Castro, R., (2011). *Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*, México: Instituto Nacional de las Mujeres: 144-150.
- Cervantes-Sánchez, P., Delgado-Quiñones, E. G., Nuño-Donlucas, M. O., Sahagún-Cuevas, M. N., Hernández-Calderón, J., y Ramírez-Ramosa, J. K. (2016). Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de una unidad de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(3), 286-91.
- Conrad, S. M., Swenson, R. R., Hancock, E., y Brown, L. K. (2014). Sex differences and HIV risk behaviors: the interaction between the experience of multiple types of abuse and self-restraint on HIV risk behaviors. *Journal of child sexual abuse*, 23(5), 558-576.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud. (2002). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Recuperado de http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
- Cook, R. J., Ortega-Ortiz, A., Romans, S., y Ross, L. E. (2006). Legal abortion for mental health indications. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, (95) 2, 185-190.

- Cortés, C. I. J., Rivera Aragón, S., Amorin de Castro, E. F., y Rivera Rivera, L. (2015). Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigación Psicológica-Psychological Research Records*, (5)3, 2224-2239.
- Cripe, S. M., Sanchez, S. E., Perales, M. T., Lam, N., Garcia, P., y Williams, M. A. (2008). Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 100(2), 104-108.
- De Castro, F., Place, J. M., Villalobos, A., y Allen-Leigh, B. (2015). Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública de México*, 57(2), 144-154.
- Dobova, S.V., Pámanes-González, V., Billings, D. L., y Torres-Arreola, L. D. P. (2007). Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 582-590
- Draucker, C. B., y Mazurczyk, J. (2013). Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing outlook*, 61(5), 291-310.
- Faisal-Cury, A., Savoia, M. G., y Menezes, P. R. (2012). Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(01), 295-305.
- Feurer, C., Hammen, C. L., y Gibb, B. E. (2016). Chronic and episodic stress in children of depressed mothers. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 45(3), 270-278.
- Figueroa-Lara A, Aracena-Genao B, Reyes-Morales H, Lamadrid-Figueroa H. (2010) Factores asociados con la búsqueda del servicio de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. *Salud Publica de México*, 54, 401-40
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science and Medicine*, 26(3), 309-317.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1990). Coping and emotion en Stein, N., Leventhal, B., Trabasso, T., (eds) *Psychological and biological approaches to emotion*, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates pp.313-332.

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. México (2010) Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Recuperado de: http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php
- Freyermuth, G., Luna, M., Muños, J. (2016). Mortalidad Materna en México. Numeralia 2014. Observatorio de Mortalidad Materna en México. México
- Frías, S. M., y Erviti, J. (2014). Gendered experiences of sexual abuse of teenagers and children in Mexico. *Child abuse and neglect*, 38(4), 776-787.
- Garber, J., y Cole, D. A. (2010). Intergenerational transmission of depression: A launch and grow model of change across adolescence. *Development and Psychopathology*, 22(04), 819-830.
- Gaviria, S. L. (2004). Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos del aborto inducido. *Revista Avances*, 5(1), 118-129.
- Gommel, Michelle. (1997). Nations for Mental Health. A Focus on Women. Geneva: World Health Organization.
- González-Forteza, C. (1992) *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento : Impacto sobre el estado emocional en adolescentes*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- González-Forteza, C., Lira, L. R., y Echeagarray, F. A. W. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Vignau-Brambila, L. E., y Ramírez-Villarreal, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.
- Hall, M., Chappell, L.C., Parnell, B.L. et al., (2014). Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 11(1):s/n. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001581
- Hathaway J, Willis G, Zimmer B, Silverman JG. Impact of partner abuse on women's reproductive lives. *Journal of American Medical Women's Association* 60, 42–5.
- Jacobs, R. H., Talati, A., Wickramaratne, P., y Warner, V. (2015). The influence of paternal and maternal major depressive disorder on offspring psychiatric disorders. *Journal of child and family studies*, 24(8), 2345-2351.
- Juárez F; Singh S; Maddow-Zimet (2013) *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Mexico: Causes and Consequences*, Nueva York: Guttmacher Institute.

- Juárez, S. M., Espinosa, R. O., Ceruelos, A. H., y Alvarado, P. V. (2016). La violencia de género en el segundo nivel de atención en Hidalgo. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICESA*, 2(4)
- Kaye-Tzadok, A., y Davidson-Arad, B. (2016). The contribution of cognitive strategies to the resilience of women survivors of childhood sexual abuse and non-abused women. *Violence against women*, Doi: 1077801216652506.
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625-639.
- Langer-Glas, A. (2003). Unwanted pregnancy and unsafe abortion: its impact on health in Mexico. *Gaceta Médica de México*, 139(Suppl 1), S3-S7.
- Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., Martín, J. P. B., Navarro, J. L., y Lara-Tapia, H. (2015). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of affective disorders*, 175, 18-24.
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F., y Juárez, F. (2006). Depressive symptoms in pregnancy and associated factors in patients of three health institutions in Mexico City. *Salud Mental*, 29(4), 55-62.
- Lazarus, A. (1985). POG 043 Psychiatric Sequelae of Legalized Elective First Trimester Abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 4(3), 141-150.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). *Estrés y proceso cognitivos*. México: Roca.
- Lemus, C.M., (2005) *Estrés, tratamiento en psicología y estrategias alternativas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Lerner, Guillaume y Melgar (2016) *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. México: El Colegio de México e Institut de recherche pour le developpement
- Lerner, S. (2008) El derecho a decidir: la diversidad de opciones ante la despenalización del aborto en Enríquez, L y De Anda, C. (coords.) *Despenalización del aborto en la ciudad de México*. México: GIRE, PUEG, IPAS, pp 59 – 64.
- Lundell, I. W., Öhman, S. G., Frans, Ö., Helström, L., Högberg, U., Nyberg, S., ... y Svanberg, A. S. (2013). Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study. *BioMedical Center women's health*, (13) 1, p1-21.

- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., y Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434-445.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., y West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863-890.
- Mellick, W., Kalpakci, A., y Sharp, C. (2015). Current maternal depression moderates the relation between critical expressed emotion in mothers and depressive symptoms in their adolescent daughters. *Psychiatry research*, 227(2), 224-229.
- Menkes C, Suárez-López L. (2013) El embarazo de los adolescentes en México: ¿es deseado? *Coyuntura Demográfica* (4) 21-28.
- Mercier, R. J., Garrett, J., Thorp, J., y Siega-Riz, A. M. (2013). Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 120(9), 1116-1122.
- Miller, E.; Decker, M.R. McCauley, H.L.; Tancredi D.J... Silverman, J.G. (2010) Pregnancy coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. *Contraception*, 81(4): 316–322
- Muñoz Cabrera, P. (2011). Violencias interseccionales. *Debates feministas y marcos teóricos en el tema de pobreza y violencia contralas mujeres en Latinoamérica. CAWN (Central American Women's Network), Tegucigalpa, Honduras.*
- Naranjo, M. L (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190.
- 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).
- National Institute of Health (2016). Depression. Recuperado de: <https://www.nlm.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Öberg, M., Stenson, K., Skalkidou, A., y Heimer, G. (2014). Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 93(1), 45-51.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Gender and Mental Health*. Geneva: WHO

- Organización Mundial de la Salud. (2016a). Aborto. Recuperado en mayo de 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016b) Mortalidad Materna Recuperado el 4 de marzo de 2016: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
- Orozco., Reséndiz, M. T. M., Galván, R. I. R., López, A. L., y González, G. R. (2011). Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(4), 240-247.
- Ortiz, O. (2008). *Un acercamiento al aborto legal en México: la experiencia de las mujeres* en Freyermuth G., y Troncoso E., (coord.) El aborto acciones médicas y estrategias sociales. México: Ipas México, pp 81 - 88
- Ortiz, O. (2010). *Acompañar para empoderar. Guía de apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto*. Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA. Recuperado de: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/613>
- 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.
- Paul, M., Lichtenberg, S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P. G., y Creinin, M. D. (Eds.). (2011). *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Reino Unido: John Wiley y Sons.
- Perry, B. D., y Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 7(1) 33-51.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., y Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611.
- Ralph, L., Gould, H., Baker, A., y Foster, D. G. (2014). The role of parents and partners in minors' decisions to have an abortion and anticipated coping after abortion. *Journal of Adolescent Health*, 54(4), 428-434.
- Ramos Lira, L., y Saltijeral Méndez, M. T. (2008). ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 31(6), 469-478.

- Ramos-Lira, L., Saldívar-Hernández, G., Medina-Mora, M. E., Rojas-Guiot, E., y Villatoro-Velázquez, J. (1998). Prevalence of sexual abuse in students and its relationship with drug consumption. *Salud Pública de México*, 40(3), 221-233.
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M. T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. A., y Martínez-Vélez, N. A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182-191.
- Raphael J. (2005) Teens Having Babies: The unexplored role of domestic violence. *The Prevention Researcher*, 12 (1): 15-17.
- Roberts TA, Auinger MS, Klein JD. (2005) Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36, 380-385.
- Rocca, C.H., Kimport, K., y Foster, D.G. (2013). Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(3), 122-131.
- Russo, N. (2014). Aborto, maternidad no deseada y salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 283-291.
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., ... y Schieve, L. (2003). The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 94-101.
- Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., ... y Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Global Public Health*, 6(sup1), S111-S125.
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo (2016) *Interrupción Legal del Embarazo (ILE)*. Recuperado de: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2016-29-de-septiembre.pdf>
- Smith, C., y Carlson, B. E. (1997). Stress, coping, and resilience in children and youth. *The Social Service Review*, (71) 2, 231-256.
- Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C. D., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C., y García, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women y Health*, 54(7), 622-640.

- Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE. (2014). Abortion and mental health: Findings from the National Comorbidity Survey-Replication. *Obstetrics y Gynecology*; 123(2, Pt. 1), 263–270.
- 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.
- Steinberg, J. R., y Finer, LB. (2011). Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science and Medicine*. 72(1):72-82. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.10.006.
- Steinberg, J. R., y Tschann, J. M. (2013). Childhood adversities and subsequent risk of one or multiple abortions. *Social Science and Medicine*, 81, 53-59.
- Stockman, J. K., Lucea, M. B., y Campbell, J. C. (2013). Forced sexual initiation, sexual intimate partner violence and HIV risk in women: A global review of the literature. *AIDS and Behavior*, (17) 1-16.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Stotland, N. L. (2002). Psychiatric issues related to infertility, reproductive technologies, and abortion. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 29(1), 13-26.
- Tamayo, Mara (2013). *Aspectos emocionales y familiares post aborto en mujeres de 20 a 35 años en el UMF número 20 del IMSS*. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México
- Tenkku, L. E., Flick, L. H., Homan, S., Loveland Cook, C. A., Campbell, C., y McSweeney, M. (2009). Psychiatric disorders among low-income women and unintended pregnancies. *Women's Health Issues*, 19(5), 313-324.
- 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.
- Verbeek, T., Bockting, C. L., van Pampus, M. G., Ormel, J., Meijer, J. L., Hartman, C. A., y Burger, H. (2012). Postpartum depression predicts offspring mental health problems in adolescence independently of parental lifetime psychopathology. *Journal of affective disorders*, 136(3), 948-954.

- Vignetta, C. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., y Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436-450.
- Villagomez, P., Mendoza, D., Valencia J. (2011) Perfiles de Salud Reproductiva Distrito Federal. CONAPO: México
- Yilmaz, N., Kanat-Pektas, M., Kilic, S., y Gulerman, C. (2010). Medical or surgical abortion and psychiatric outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 23(6), 541-544.
- Zamberlin, N., Romero, M., y Ramos, S. (2012). Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reproductive Health*, (9) 34. doi:10.1186/1742-4755-9-34

Anexos

Anexo A. Instrumentos



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

CUESTIONARIO PARA MUJERES QUE ACUDEN A CLÍNICAS DE ILE EN EL D.F.

Número de folio:

Encuestadora

Hora

Fecha

Resultado:

Completa

Incompleta

Rechazo

Clínica

Día	Mes	Año	

1

2

3

Buenos/as días/tardes:

Mi nombre es: _____. Como ya le mencioné en el Consentimiento Informado, este cuestionario se está aplicando como parte de un estudio sobre asuntos relacionados con la salud de las mujeres que acceden a una Interrupción Legal del Embarazo.

NO ES UN EXAMEN; por lo tanto, NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. Por favor, en cada pregunta respóndame honesta y sinceramente. Es muy importante que conteste todas las preguntas. Como ya se le informó, su identidad permanecerá en el anonimato; es decir, nadie sabrá que usted ha respondido este cuestionario.

En cada pregunta indíqueme la respuesta que le resulte más adecuada a su manera de pensar o de sentir. En caso de que tenga dudas, por favor hágame saber.

D. SOCIODEMOGRÁFICOS

Empezaremos con algunos datos generales.

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?	<p style="text-align: center;">_____ Años cumplidos</p>
2. ¿Cuál es el último grado escolar que cursó?	<ul style="list-style-type: none"> [0] No estudió [1] Primaria incompleta [2] Primaria completa [3] Secundaria incompleta [4] Secundaria completa [5] Carrera comercial [6] Carrera técnica [7] Preparatoria incompleta [8] Preparatoria completa [9] Licenciatura incompleta [10] Licenciatura completa [11] Diplomado o Maestría [12] Doctorado
3. ¿A qué se dedica?	<ul style="list-style-type: none"> [1] Empleada [2] Empleada doméstica [3] Obrera [4] Jornalera o peona [5] Trabajadora por su cuenta [6] Patrona o empleadora [7] Trabajadora sin pago [8] Estudiante [9] Ama de casa [10] Jubilada o pensionada [11] Discapacitada que no trabaja [12] No responde [13] Otro _____
4. Si usted realiza actividades por las que recibe un ingreso económico, ¿diría que éste es el más importante en el sostenimiento de su hogar?	<ul style="list-style-type: none"> [0] No tengo ingresos económicos [1] Sí tengo ingresos pero mi aportación no es la más importante [2] Sí tengo ingresos y mi aportación es la más importante (pase a la pregunta 6)
5. Entidad donde vive 6. Delegación/municipio	<p>_____</p> <p>_____</p>
7. ¿Este fue su primer embarazo (independientemente que lo haya finalizado o no)?	<ul style="list-style-type: none"> [0] No [1] Sí (pase a la pregunta 28)

8. ¿Tiene hijos (as)?	[2] No (pase a pregunta 19) [3] Sí
9. ¿Cuántos años tenía cuando se embarazó por primera vez?	[0] _____ Años cumplidos
10. En esa ocasión ¿estaba utilizando algún método anticonceptivo?	[0] No (pase a pregunta 23) Sí
11. ¿Cuál?	[1]
12. ¿Quería embarazarse a esa edad?	[0] No Sí
13. ¿Antes de esta ocasión había usted interrumpido voluntariamente un embarazo?	[0] No (pase a pregunta 26) [1] Sí, una vez [1] Sí, más de una vez
14. ¿Qué edad tenía la primera o única vez que interrumpió un embarazo?	[2] _____ Años cumplidos
15. ¿Qué hizo para interrumpirlo?	[1] Fue a una clínica [2] Usó pastillas por su cuenta Otro (Especificar) : _____
16. ¿Alguna vez ha tenido un aborto espontáneo?	[0] No (pase a pregunta 28) [1] Sí, una vez [3] Sí, varias veces
17. ¿Qué edad tenía la primera o única vez que tuvo un aborto espontáneo?	[2] _____ Años cumplidos

RP. RELACIÓN DE PAREJA Y CONVIVENCIA

Ahora le voy a preguntar algunos datos sobre su pareja.

1. Actualmente ¿tiene pareja?	[1] Sí [2] No (pase a pregunta 5)
2. ¿Cuánto tiempo llevan juntos?	[0] Menos de un año [1] _____ Años
3. ¿Es mayor que usted?	[1] De la misma edad (se llevan entre uno y dos años) [2] Es mayor ____ (se coloca la diferencia de edad) [3] Es menor ____ (se coloca la diferencia de edad)

4. ¿Viven juntos?	[1] Sí, viven juntos: en unión libre [2] Sí, casados [3] No
-------------------	---

VP. VIOLENCIA DE PAREJA

Las siguientes preguntas se refieren a su **pareja actual o su última pareja**. Nos interesa saber si le han ocurrido las situaciones que le mencionaré a continuación.

	[0] Nunca	[1] Rara vez	[2] Algunas veces	[3] Todo el tiempo
1. ¿Con qué frecuencia su pareja ha tenido relaciones sexuales con usted por la fuerza aunque usted no quería tenerlas?	[0]	[1]	[2]	[3]

VIOLENCIA SEXUAL

Ahora le voy a preguntar sobre otro tipo de sucesos en la vida. Recuerde por favor que toda la información de este cuestionario es confidencial y anónima. Por favor marque la opción que mejor describa su respuesta en cada pregunta.

1. ¿Alguna vez alguien -sea o no de su familia -antes de que cumpliera 15 años- la manoseó, tocó o acarició alguna parte de su cuerpo; le hizo tocar alguna parte de su cuerpo o tuvo relaciones sexuales con usted cuando era muy pequeña o contra su voluntad?	[1] Sí ¿Cuántas veces? _____ [2] No (pase a pregunta 6) [3] No recuerda (si recuerda algo pasar a siguiente pregunta, si no, hasta pregunta 6)
2. ¿Qué edad tenía cuando esto le pasó por primera vez?	_____ Años cumplidos
3. La persona que lo hizo por primera o única vez, ¿era hombre o mujer?	[1] Hombre [2] Mujer
4. ¿Cuántos años le llevaba?	[1] De la misma edad (se llevan entre uno y dos años) [2] Era mayor ____ (se coloca la diferencia de edad) [3] Era menor ____ (se coloca la diferencia de edad)
5. ¿Qué relación tenía esa persona con usted?	[1] Padre / Madre [2] Padrastro / Madrastra [3] Tío (a) [4] Primo (a) [5] Abuelo (a) [6] Otro familiar

	<p>[7] Amigo (a) de la familia</p> <p>[8] Amigo (a) mío (a)</p> <p>[9] Novio (a)</p> <p>[10] Autoridad (Profesor, médico, cura, etc. (especificar)_____)</p> <p>[11] Vecino (a)</p> <p>[12] Conocido (a)</p> <p>[13] Desconocido (a)</p> <p>[14] Otro/a (especificar)_____</p>
6. De los 15 años en adelante, ¿alguien la obligó a tener relaciones sexuales cuando usted no quería hacerlo; es decir, usando la fuerza?	<p>[1] Sí ¿Cuántas veces? _____</p> <p>[2] No (pase a siguiente sección)</p> <p>[3] No recuerda (si recuerda algo pasar a siguiente pregunta, si no, hasta siguiente sección)</p>
7. ¿Cuántos años le llevaba?	<p>[1] De la misma edad (se llevan entre uno y dos años)</p> <p>[2] Era mayor ____ (se coloca la diferencia de edad)</p> <p>[3] Era menor ____ (se coloca la diferencia de edad)</p>
8. ¿Qué relación tenía esa persona con usted?	<p>[1] Padre / Madre</p> <p>[2] Padrastro / Madrastra</p> <p>[3] Tío (a)</p> <p>[4] Primo (a)</p> <p>[5] Abuelo (a)</p> <p>[6] Otro familiar</p> <p>[7] Amigo (a) de la familia</p> <p>[8] Amigo (a) mío (a)</p> <p>[9] Novio (a)</p> <p>[10] Esposo (a)</p> <p>[11] Pareja</p> <p>[12] Autoridad (Profesor, médico, cura, etc. (especificar)_____)</p> <p>[13] Vecino (a)</p> <p>[14] Conocido (a)</p> <p>[15] Desconocido (a)</p> <p>[16] Otro/a (especificar)_____</p>
9. ¿Esta persona estaba alcoholizada o drogada cuando le agredió sexualmente?	<p>1.- No</p> <p>2.-. La persona estaba alcoholizada</p> <p>3.- La persona estaba drogada</p> <p>4.- La persona estaba alcoholizada y drogada</p> <p>5.- No sé</p>

10. ¿Usted estaba alcoholizada o drogada cuando fue agredida sexualmente?	1.- No 2.- Yo estaba alcoholizada 3.- Yo estaba drogada 4.- Yo estaba alcoholizada y drogada 5.- No sé/No recuerdo
---	--

SM. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La siguiente sección se refiere a posibles problemas de salud mental que usted o alguno de sus padres pudieron presentar.

1. <i>Antes de saber de este embarazo, ¿había tenido síntomas como sentirse sola, triste o no tener ganas de hacer nada, al mismo tiempo y con tal intensidad y duración que usted diría que estaba deprimida?</i>	[0] No [1] Sí
2. <i>¿Ha consultado a algún psiquiatra o psicólogo por algún problema de este tipo? (Si la respuesta es no pasa a la pregunta 5)</i>	[0] No [1] Sí
3. <i>¿Su mamá ha estado deprimida? Esto quiere decir, que haya padecido de cambios fuertes del estado de ánimo, o de "los nervios"</i>	[0] No [1] Sí
4. <i>¿Ella ha acudido a consulta psiquiátrica? (Si la respuesta es no, pasa a la pregunta 8)</i>	[0] No [1] Sí
5. <i>¿Su papá ha estado deprimido? Esto quiere decir, que haya padecido de cambios fuertes del estado de ánimo, o de "los nervios"</i>	[0] No [1] Sí
6. <i>¿Él ha acudido a consulta psiquiátrica? (Si la respuesta es no, pasa a la siguiente sección)</i>	[0] No [1] Sí

EM. EMOCIONES Y AFRONTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA ILE

1. ¿Cómo se sintió con respecto a la noticia de estar embarazada?				
	[0] Nada	[1] Poco	[2] Regular	[3] Mucho
1h. Estresada	[0]	[1]	[2]	[3]
2h. Tranquila	[0]	[1]	[2]	[3]
3h. Culpable	[0]	[1]	[2]	[3]
4h. Triste	[0]	[1]	[2]	[3]
5h. Segura	[0]	[1]	[2]	[3]
6h. Arrepentida	[0]	[1]	[2]	[3]
7h. Enojada	[0]	[1]	[2]	[3]
8h. Confundida	[0]	[1]	[2]	[3]
9h. Aliviada	[0]	[1]	[2]	[3]
10h. Avergonzada	[0]	[1]	[2]	[3]
11h. Satisfecha	[0]	[1]	[2]	[3]

2. ¿Cómo se sintió EN EL MOMENTO en que tomó la decisión de interrumpir el embarazo? Marque las que apliquen				
	[0] Nada	[1] Poco	[2] Regular	[3] Mucho
1h. Estresada	[0]	[1]	[2]	[3]
2h. Tranquila	[0]	[1]	[2]	[3]
3h. Culpable	[0]	[1]	[2]	[3]
4h. Triste	[0]	[1]	[2]	[3]
5h. Segura	[0]	[1]	[2]	[3]
6h. Arrepentida	[0]	[1]	[2]	[3]
7h. Enojada	[0]	[1]	[2]	[3]
8h. Confundida	[0]	[1]	[2]	[3]
9h. Aliviada	[0]	[1]	[2]	[3]
10h. Avergonzada	[0]	[1]	[2]	[3]
11h. Satisfecha	[0]	[1]	[2]	[3]

3. ¿Cómo se siente AHORA QUE YA REALIZÓ LA INTERRUPCIÓN?				
	[0] Nada	[1] Poco	[2] Regular	[3] Mucho
1d. Estresada	[0]	[1]	[2]	[3]
2d. Tranquila	[0]	[1]	[2]	[3]
3d. Culpable	[0]	[1]	[2]	[3]
4d. Triste	[0]	[1]	[2]	[3]
5d. Segura	[0]	[1]	[2]	[3]
6d. Arrepentida	[0]	[1]	[2]	[3]
7d. Enojada	[0]	[1]	[2]	[3]
8d. Confundida	[0]	[1]	[2]	[3]
9d. Aliviada	[0]	[1]	[2]	[3]
10d. Avergonzada	[0]	[1]	[2]	[3]
11d. Satisfecha	[0]	[1]	[2]	[3]

CD. SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

Las siguientes preguntas se refieren a emociones y sentimientos que probablemente haya experimentado **durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS**. Por favor, **dígame la respuesta para indicar durante cuántos días de las dos últimas semanas se sintió así o si le ocurrió casi a diario**.

Durante cuántos días de las últimas dos semanas :	0 [0] días	1 – 2 [1] días	3 – 4 [2] días	5 – 7 [3] días	8 – 14 [4] días
CD1. ¿Ha tenido poco apetito?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD2. ¿No podía quitarse la tristeza?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

CD3. ¿Tenía dificultad para mantener su mente en lo que hacía?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD4. ¿Se ha sentido deprimida?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD5. ¿Ha dormido sin descansar?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD6. ¿Se ha sentido triste?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD7. ¿No ha podido seguir adelante?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD8. ¿Nada le ha hecho feliz?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD9. ¿Ha sentido que era una mala persona?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD10. ¿Ha perdido interés en sus actividades diarias?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD11. ¿Ha dormido más de lo habitual?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD12. ¿Ha sentido que se movía muy lenta?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD13. ¿Se ha sentido agitada?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD14. ¿Ha sentido deseos de estar muerta?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD15. ¿Ha querido hacerse daño?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD16. ¿Se ha sentido cansada todo el tiempo?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD17. ¿Ha estado a disgusto consigo misma?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD18. ¿Ha perdido peso sin intentarlo?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD19. ¿Le ha costado mucho trabajo dormir?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD20. ¿Le era difícil concentrarse en las cosas importantes?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD21. ¿Se ha molestado por cosas que generalmente no le molestaban?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD22. ¿Ha sentido que era tan buena como los demás®	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD23. ¿Ha sentido que todo lo que hacía era con esfuerzo?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD24. ¿Se ha sentido esperanzada hacia el futuro?®	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD25. ¿Ha pensado que su vida era un fracaso?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD26. ¿Se ha sentido temerosa?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD27. ¿Se ha sentido feliz?®	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD28. ¿Ha hablado menos de lo usual?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD29. ¿Se ha sentido sola?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD30. ¿Ha sentido que las personas eran poco amigables?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD31. ¿Ha disfrutado de la vida?®	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD32. ¿Ha tenido ataques de llanto?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD33. ¿Se ha divertido mucho? ®	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD34. ¿Se ha sentido que iba a darse por vencida?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
CD35. ¿Ha sentido que le desagradaba a la gente?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

Anexo B. Carta de consentimiento informado



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Carta de consentimiento informado para participantes

Interrupción legal del embarazo y problemas
de salud mental en mujeres del Distrito Federal

Código para el estudio: _____

¿Quiénes somos?

Somos un equipo de investigadoras y profesionales de la salud interesadas en la salud mental y sexual de las mujeres, y la estamos invitando a participar en un estudio del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Para que usted decida si quiere participar, le pido que lea con todo cuidado la siguiente información; si hay algo que no entienda o tiene preguntas de cualquier tipo, no dude en hacerlas porque así nos aseguraremos que usted ha comprendido de qué se trata el estudio y así podrá darnos su consentimiento voluntario.

¿Cuál es el objetivo del estudio?

Conocer las experiencias que preceden un embarazo, y en su caso la interrupción del mismo, y si éstas inciden en la sensación de bienestar o malestar que tienen mujeres embarazadas que acuden a clínicas de atención gineco-obstétrica o de interrupción legal del embarazo.

¿Cuál es el procedimiento del estudio?

Este consistirá en una entrevista que usted nos haría favor de contestar. Si usted acepta participar, será entrevistada por alguna de las integrantes del equipo de investigación todas somos psicólogas que estamos sensibilizadas y capacitadas en los temas mencionados.

Esta investigación es de riesgo mínimo pues no implica realizar ningún procedimiento físico o psicológico invasivo en su persona, sin embargo, consideramos que ciertos temas podrían ser difíciles para usted, por lo que le ofrecemos contención emocional o canalizarla si es necesario. Pero sobre todo queremos hacerle saber que la entrevista será un espacio seguro donde usted puede conversar abiertamente sobre diferentes aspectos de sus circunstancias de vida sin ser enjuiciada y con la seguridad de que lo que diga no saldrá de este espacio.

¿Qué le debe quedar claro?

- a) Que se le está pidiendo su cooperación para aceptar participar en este estudio
- b) Que la entrevistas será sin costo económico alguno
- c) Que usted puede cambiar de opinión o decidir por cualquier motivo no colaborar en el estudio, asimismo, puede retirarse en cualquier momento en que usted lo decida.
- d) Que cualquier decisión que tome no afectará de ningún modo la atención que está solicitando a la Clínica.

¿Cuáles son las ventajas de participar?

- a) Las preguntas y escalas que se le aplicarán en la entrevista, permitirán conocer sus emociones negativas y positivas alrededor del embarazo o de la interrupción, lo que puede serle útil para hacer planes dirigidos a su bienestar, ya que se le hará una pequeña devolución de lo observado y en caso de que se le solicite, se le podrá orientar a algún servicio.
- b) Usted de manera indirecta estará ayudando a las mujeres del Distrito Federal, pues contribuirá al conocer de manera objetiva los factores que llevan a decidir embarazarse y a continuar el embarazo o a interrumpirlo. Asimismo ayudará a saber si existen diferencias en el bienestar y la salud mental de las mujeres, para hacer sugerencias de prevención y de atención. Específicamente, se busca contribuir a implementar una atención oportuna a problemas de salud mental de las mujeres que solicitan una interrupción legal del embarazo en las Clínicas de Interrupción Legal del Embarazo del Distrito Federal.
- c) El beneficio que conlleva este estudio es mayor al posible riesgo, y es de beneficio principalmente comunitario pues puede impactar en las vidas de las mujeres, y en particular en las que acuden a los servicios que atienden la salud sexual y reproductiva, en la medida en que puedan detectarse y atenderse posibles problemas de salud mental.

Anonimato y confidencialidad: ¿quién se puede enterar de que participé en este estudio o de mis respuestas?

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales, es decir solamente el equipo de investigación tendrá acceso a las respuestas obtenidas. Asimismo, no se utilizará el nombre de ninguna de las participantes, pues se le asignará un código numérico para su identificación, presentándose resultados de forma estadística. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede acudir a las oficinas de la Dra. Luciana Ramos Lira o de la de la Psic. María Teresa Saltijeral, ubicadas en el tercer piso de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente Muñoz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. De preferencia le sugerimos llamar antes por teléfono para asegurar que podamos recibirla o simplemente puede hablar para que le resolvamos cualquier duda; la Dra. Ramos está en el 4160 5186 y la Psic. Saltijeral en el 416 05165.

Anexo C. Formato de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con una de las integrantes del equipo de investigación y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Me ha dejado claro que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo también que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución ni con la clínica a la que estoy asistiendo. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo buscar a la Dra. Luciana Ramos Lira o la Psic. María Teresa Saltijeral, cuyas oficinas se encuentran en el tercer piso de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. También puedo hablarles por teléfono para resolverlas o para hacer una cita. La Dra. Ramos tiene el teléfono 4160 5186 y la Psic. Saltijeral el 4160 5165

Nombre de la participante	Firma	Fecha
---------------------------	-------	-------

Nombre de la integrante del equipo de investigación	Firma	Fecha
---	-------	-------

Nombre del Primer Testigo	Firma	Fecha
---------------------------	-------	-------





Nombre del Segundo Testigo	Firma	Fecha
-----------------------------------	--------------	--------------

En caso de ser menor de edad, marque con una "x" la opción que prefiera:

_____ Estoy de acuerdo con que mi padre, madre o tutor (a) estén informados de mi participación y respuestas en el estudio.

_____ No estoy de acuerdo con que mi padre, madre o tutor(a) estén informados de mi participación y respuestas en el estudio.

Anexo D. Tarjeta de Contacto

			
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ			
Tarjeta de contacto para participantes			
<p>Título del proyecto: Interrupción legal del embarazo y problemas de salud mental en mujeres del Distrito Federal.</p>			
<p>Agradecemos mucho su participación.</p>			
<p>Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede acudir a las oficinas de la Dra. Luciana Ramos Lira o de la de la Psic. María Teresa Saltijeral, ubicadas en el tercer piso de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. De preferencia le sugerimos llamar antes por teléfono para asegurar que podamos recibirla o simplemente puede hablar para que le resolvamos cualquier duda; la Dra. Ramos está en el 4160 5186 y la Psic. Saltijeral en el 4160 5165.</p>			
			Fecha
			____/____/____
			Día Mes Año

Anexo E. Aprobación del Comité de Ética



Comité de Ética en Investigación

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Ref: CEI/C/001/2015.

Enero 12, 2015

Dra. Luciana Esther Ramos Lira
Investigador Principal
Presente

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
 **APROBADO**

Por medio de la presente me permito informarle que el proyecto titulado: "Interrupción legal del embarazo y problemas de salud mental en mujeres del Distrito Federal", ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos establecidos.

Atentamente,

Lic. María Teresa López Jiménez
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Mtra. en Psic. Guillermina Natera Rey, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.-Presente.
Dr. Carlos Berlanga Cisneros, Subdirector de Investigaciones Clínicas y Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.

Anexo F. Addendum del Comité de Ética



Comité de Ética en Investigación

"2015; Año del Generalísimo José María Morales y Pavón"

Ref.: CEIC/045/2015.

Dra. Luciana Esther Ramos Lira
Investigador Principal
Presente

Agosto 3, 2015

Por este medio me permito Informar a usted que el proyecto titulado: "Estudio de factibilidad: Elaboración y prueba de instrumento de screening/tamizaje de problemas de salud mental y su aceptabilidad en las usuarias y el personal de salud de clínicas de interrupción legal del embarazo" el cual se llevara a cabo en los Hospitales de la Secretaría de salud del D.F., ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos revisados y Aprobados: Original del formato de Addendum del Comité de Ética en Investigación, Carta de consentimiento informado para adolescentes.

Atentamente,

Lic. María Teresa López Jiménez
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Mtra. Em Psic. Guillermina Nalera Rey.- Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.-
Presente
Dr. Jorge J. Gonzalez Olvera, Secretario Técnico Del Comité de Investigación.-Presente

Anexo G. Directorio de Instituciones

SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Institución	Dirección	Teléfonos	Servicios que ofrece	Costo	Información importante
Instituto Nacional De Psiquiatra "Ramón de la Fuente Muñiz"	Calzada México-Xochimilco N° 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan C.P. 14370. Entrada por la lateral de periférico sur	D.F. al 4160-5372 Interior de la República al 01800 61 144 88	Se atiende a pacientes mujeres y hombres con trastornos psiquiátricos de moderados a severos, que requieran tratamiento farmacológico y que no pueden ser atendidos en centros de salud, hospitales generales. Se atiende a partir de los 13 años cumplidos.	Pre consulta: \$71.00. Historia clínica: \$142.00 El estudio socioeconómico para definir el costo de las consultas subsecuentes.	Para solicitar cita acudir al módulo de informes de lunes a viernes, de 8:00 a 14:30 hrs. o llamar a los teléfonos para agendar cita.
Centro de Servicios Psicológicos Fac. de Psicología, UNAM	Privada de Acasulco 18, Col. Oxtopulco Universidad	5658- 3744, 5658-3911	Atención a la población que presenta conductas adictivas (drogas, alcohol, tabaco, crianza positiva para niños menores de 12 años)	El costo de la cuota de recuperación fluctúa entre \$50.00 y \$200.00	Cita por teléfono de 9:00 a 20:00 de lunes a viernes.
Call Center, UNAM		5622- 2288	Atención psicológica enfocada a toda la población ante situaciones críticas, con problemas de adicciones, familiares, de pareja, bullying, sexualidad, ideación suicida.	Costo del servicio vía telefónica: Gratuito y confidencial	Horario de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes. Si la persona desea continuar en psicoterapia de manera presencial, se da la opción a través de distintos centros en DF
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Clínica del Programa de Salud Mental, UNAM	Circuito Interior Edificio F s/n, Facultad de Medicina, Ciudad Universitaria, UNAM	5623-2127/28/29	Consulta médico-psiquiátrica, Estimulación magnética transcranial, Psicoterapia, Valoración de conductas adictivas, Atención psicológica.	Servicio gratuito para estudiantes	Estar inscrita como estudiante de la UNAM. Acudir personalmente a programar su cita. Presentar credencial de la UNAM.
Clínica Relox	Privada Relox No. 30, Chimalistac, Álvaro Obregón, C.P. 01070, México, D.F.	5550- 5836, 5616- 3592	Tratamiento integral para la salud mental, psicoterapia individual, de pareja, familiar, de grupo, sexual, integración sensorial, psiquiatría.	A partir del estudio socioeconómico	Cita vía telefónica. Horario: 8:00 a 21:00 de lunes a sábado y domingos de 8:00 a 16:00 hrs.

ASOCIACIONES QUE ATIENDEN PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DE FAMILIA, PAREJA O INDIVIDUAL

Institución	Dirección	Teléfonos	Servicios que ofrece	Costo	Información importante
ILEF, Instituto Latinoamericano de la Familia A.C.	Av. México No. 191, Col. Del Carmen Coyoacán, México, D. F. C.P. 04100.	5659-0504 y 5554-5611	Se ofrece Psicoterapia de familia y pareja atendiendo las siguientes problemáticas: Crisis familiares, Comunicación, Manejo de problemas de conducta y aprendizaje en los niños, Dificultades con los adolescentes y otros adultos, Manejo de límites en la familia, Sexualidad, Violencia intrafamiliar. Abuso sexual, Divorcio, Infidelidad, Adicciones, Duelos, Problemas de la tercera edad, Enfermedades de algún miembro de la familia.		http://www.ilef.com.mx/atencion-clinica/
Centro ELEIA	Av. Insurgentes Sur 1971, 3er. piso, nivel terraza, Plaza Inn. Col. Guadalupe Inn. A unos pasos del metrobús Altavista.	Plantel sur: 5661-2177 Exts. 103, 104 y 107 Plantel Norte: 5370-9648	Diagnóstico, orientación y tratamiento de problemas psicológicos.	De acuerdo a los ingresos del paciente	Lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm http://www.centroeieia.edu.mx/ayuda-psicologica-df-atencion-psicologica
Centro de Salud Mental y Género	Pennsylvania 11. Coyoacán, Distrito Federal, Mexico	9180 0928	Atención mental y emocional de calidad a toda persona interesada en iniciar un proceso psicoterapéutico, que incluya la perspectiva de género y el respeto a la diversidad, para posibilitar su desarrollo y bienestar integral.		http://www.saludmentalygenero.com.mx/

ATENCIÓN EN VIOLENCIA

Institución	Dirección	Teléfonos	Servicios que ofrece	Costo	Información importante
Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) PGJDF	Gabriel Hernández No. 56 esq. Rio de la Loza, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06720	5345- 5248, 5345-5249	Atención a víctimas de violencia familiar. Atención médica, asistencia psicológica, asesoría legal, acompañamiento jurídico en materia penal, tramitación de medidas de protección de emergencia	Servicio gratuito	Si la víctima corre riesgo en su integridad física el CAVI dispone de albergues donde la mujer queda en resguardo. Posteriormente ingresa a terapia grupal. El horario es de 9:00 a 19:00 horas de lunes a domingo.
Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)	Pestalozzi # 1115, Col Del valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F.	5200- 9632/ 5200- 9633, 5200-9634	Atención médica, asesoría jurídica y atención psicológica a víctimas directas e indirectas de algún delito sexual.	Servicio gratuito	El horario de atención es de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 horas.
Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, (ADIVAC)	Salvador Díaz Mirón No. 140, Col. Santa Maria la Rivera, Cuauhtémoc, C. P. 06400, México, D.F.	5682-7969, 5547-8639	Atención a partir de los 3 años de edad, adolescentes, mujeres y hombres. Atención médica, legal y psicológica a personas con experiencias de violencia física, emocional y sexual.	Primer donativo \$180.00. Pagos subsecuentes \$220.00	Solicitar cita vía telefónica. Acudir a entrevista inicial para abrir expediente. Dependiendo de las necesidades es el proceso que se sigue con cada persona.
APIS: Fundación para la Equidad AC.	Retorno 19 No. 24 Col. Avante C.P. 04460 México, D.F.	55 39 39 17	Atención telefónica, psicológica y asesoría jurídica: Atención individual y grupos de autoayuda para mujeres jóvenes o adultas.		Medio para acudir a los servicios vía telefónica. Lunes a viernes de las 10 a.m a las 5 p.m
Instituto de las Mujeres del DF	Tacuba No. 76, 5º Piso, Col. Centro Histórico, Del. Cuauhtémoc, México D.F., C.P. 06010	5512-2845 ext. 122, 5512-2765 ext. 122, 5512-2792 ext. 123	Ofrece a través de las 16 Unidades Delegacionales los servicios de: Atención Psicológica y asesoría Jurídica	Servicio gratuito	Lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs. http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/
LIC. NAHYELI ORTIZ		Cel: 55 39 822129	Asesoría legal en casos de violencia		E-mail: justiciasistemica@gmail.com
LIC. CLARA PATIÑO		Cel: 55 3391 2568	Asesoría legal en casos de violencia		E-mail: clara_epf@hotmail.com

ASESORIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Institución	Dirección	Teléfonos	Servicios que ofrece	Costo	Información importante
Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSAC)	Tezoquipa No. 26, Colonia La Joya, Delegación Tlalpan C.P.14000, México, D.F.	5573-3460, 5513-7489	Si crees o sabes que tienes un problema sexual, pide una cita de primera vez. Esta cita se llama "Tamizaje" y consiste en una evaluación inicial y es realizada por un/a terapeuta sexual.	Entrevista inicial \$400.00	A partir de la primera cita, el terapeuta sexual que te atiende puede saber si tu problema puede resolverse con terapia, si lo indicado es canalizarte a alguna otra especialidad, o ambas cosas.
Ave de México A.C.	Querétaro 246 piso 3, Col. Roma Norte, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, D.F	1054- 3212	Participa en la promoción de la salud sexual y vivencia plena de los derechos humanos con énfasis en los derechos sexuales y la prevención del VIH y de otras ITS.	Accesible	Cita por vía telefónica o personal.
Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.	Ayuntamiento N° 85, Colonia Barrio de Sta. Catarina, Delegación Coyoacán, C.P. 04010, México, D.F.	5554- 5748, Fax: 5659- 2843	Organización sin fines de lucro, integrada por personas católicas, que defiende los derechos humanos de mujeres y jóvenes, en especial sus derechos sexuales y reproductivos.	Gratuito	Ofrece apoyo espiritual, tanto en la toma de decisión como en el post aborto. Comunicarse a los correos indicados solicitando la atención.
Clínica Especializada Condesa	Benjamín Hill No. 24, Colonia Hipódromo Condesa, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06140, México, D.F.	5515 8311, 5271-6439, 5271- 1217	Clínica de atención del VIH para personas que no poseen seguridad social IMSS e ISSSTE, que radiquen en el D.F. Se ofrece la prueba de VIH para toda la población.	Gratuito	Atención de lunes a viernes de 8:00 a 19:00 hrs. Acudir personalmente.
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) Xola	Calzada de Tlalpan 648, Colonia Moderna, Delegación Benito Juárez, México, D.F.	5546-9109, 5535-0194	Ginecología, Psicología, Medicina general (detección oportuna de cáncer y detección de ITS, servicio de laboratorio, ultrasonido, colposcopia, Papanicolaou y prueba de embarazo. Interrupción legal del embarazo (ILE) con medicamento, planificación familiar, orientación SSR.	Variable depende del servicio	Vía telefónica se ofrece la información de acuerdo a las necesidades de atención. Suc. Tlalpan: 5487- 0030, 5487- 0042. Suc. GAM: 5781- 8713, 5781- 6538, 5781- 8704. Suc. Revolución: 5546-9109, 5535-0194 Sucursal Neza: 5797- 1769, 5797- 1278.

TERAPEUTAS PRIVADAS

Institución	Dirección	Teléfonos	Servicios que ofrece	Costo	Información importante
Tp. Olivia Ortiz			Atiende en diferentes lugares, incluso de manera virtual.		adasmexico@gmail.com
María Lailson		55 5452 4700	Terapia de pareja, familia, individual		marialailson@hotmail.com
Lilia Monroy	Barranca del muerto	5618-2791 o cel 55-43382941	Terapia de pareja, familia, individual		limlquiron@yahoo.com.mx
Cristina Sánchez De Ita		cel 55 2093 9592	Terapia individual		crissan69@hotmail.com
Claudia Ledesma		cel 55 3210 0243	Terapia individual y familiar		cledesmah@hotmail.com
Psic. Rosario Rodriguez Lopez	Tlaxcala # 47, Colonia Roma Sur (entre Medellín y Monterrey)	Cel 55 27 57 50 20	Adolescentes, adultos(as), parejas.	\$550.00	