

## PSICOPATOLOGIA EN LA IVE

El tema de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) ha permanecido envuelto en consideraciones legales y morales, lo que ha dificultado el que en la actualidad se posean datos consistentes sobre la prevalencia de psicopatología en las mujeres que lo solicitan; aunque la idea general apunta a un mayor predominio de trastornos afectivos, ansiedad, depresión, distress emocional...

El Dr. Luis Rojas Marcos, psiquiatra y Comisario de Salud Mental de la ciudad de Nueva York, en un artículo de opinión publicado en 1992(1) señala: " En la mayoría de países industrializados se permite la IVE bajo ciertas condiciones y con un procedimiento médico seguro, efectivo y económico. Se calcula que unos cuarenta millones de mujeres de todo el mundo se enfrentan anualmente con este desafío intolerable de una maternidad que no quieren ... y buscan la opción del aborto ... con el estallido de un enorme conflicto emocional cuando se enfrentan con la disyuntiva de elegir entre una maternidad que no quieren y un aborto que aborrecen. Estudios recientes demuestran claramente que, cuando el aborto se lleva a cabo dentro de un contexto social que lo acepta, la mayoría de las mujeres se sienten profundamente aliviadas, menos angustiadas y más esperanzadas después de interrumpir el embarazo. En cambio, las mujeres que desean intensamente terminar su embarazo y no lo consiguen, además de sufrir depresión y ansiedad durante un largo tiempo muchas de ellas terminan, consciente o inconscientemente, volcando su frustración y resentimiento hacia el hijo que nació de una gestación que trataron de evitar. A su vez, estos hijos indeseados, cuando llegan a la edad adulta, sufren una alta incidencia de trastornos mentales y de conducta, depresión, alcoholismo y drogadicción, tienen a menudo problemas con la ley, o expresan frecuentemente insatisfacción con la vida ".

Ya en 1909, el psiquiatra alemán E. Kraepelin hizo referencia a que el aborto mitiga el sufrimiento psíquico, alejándose de la teoría del aborto como trauma. En 1978 la OMS resumió los hallazgos internacionales diciendo "...Contamos ahora con un volumen cuantioso de datos procedentes de muchos países tras un seguimiento esmerado y objetivo, que sugieren un elevado índice de beneficios psicológicos y una baja incidencia de secuelas psicológicas adversas; además, cuando se produce la depresión post-aborto, a menudo se debe, al parecer, a situaciones de estrés ajenas al aborto". Más recientemente, en 1991, un psiquiatra canadiense, Paul K.B. Dagg revisó 225 artículos sobre el tema, llegando a la siguiente conclusión: "Las secuelas

negativas aparecen en una minoría de mujeres y cuando se producen estos síntomas, normalmente parecen ser la continuación de los síntomas que habían aparecido antes del aborto y tienden a menguar inmediatamente después del mismo"

En España es a partir de la aprobación de la Ley de Despenalización del Aborto de 1985 que se produce gran aumento de la interconsulta psiquiátrica por este motivo, ya que uno de los supuestos contemplados por la misma es la interrupción del embarazo por causa psiquiátrica, dando lugar a un creciente interés por el tema. En el Hospital del Mar de la ciudad de Barcelona que atiende mayormente a una población urbana con graves problemas sociales y económicos, ante la evidencia del alto nivel de estrés y conflicto emocional que presentaban muchas de las mujeres que solicitaban la IVE, se llevó a cabo en 1989 un estudio preliminar con un instrumento de detección de psicopatología y estrés ( el GHQ-28) en 100 mujeres, hallando un alto porcentaje de positividad probable del 75%. Hay que señalar que en aquellas fechas solicitar la IVE era de enorme complejidad administrativa, con idas y venidas al Hospital en espera de la resolución, vivido por muchas mujeres como si se tratara de ir a un juicio médico-legal, con enorme presión social contraria, largas esperas que podían obligar a tener que emplear como técnica abortiva las instilaciones de sueros salinos o prostaglandinas que prolongan la experiencia durante largas horas (o días).

En función de ello se llevó a cabo el presente estudio con una muestra más amplia, 207 mujeres que solicitaron la IVE. Inicialmente diseñamos un estudio de cohortes prospectivo sobre una muestra de 200 mujeres que soliciten la IVE y 400 controles (mujeres embarazadas normales) a lo largo de un año, con objeto de estimar la incidencia de psicopatología en el periodo de investigación y detectar los factores de riesgo de mayor vulnerabilidad para presentar psicopatología en la IVE. Iniciado el estudio en el Hospital pronto aparecieron grandes dificultades que obligaron a cambiar el diseño inicial del estudio. Las primeras dificultades aparecieron cuando el Hospital dejó de ser el lugar donde se realizaban la mayoría de las IVE, reduciéndose, de un promedio de 150 IVE cada mes a unas 6-8 intervenciones mensuales, para mujeres de riesgo (IVH+, cardiópatas, etc. ). Ello impedía disponer de una muestra amplia y representativa de la población, dado el sesgo evidente al tratarse de un grupo pequeño de pacientes de riesgo, con enfermedades físicas graves.

Tutor Médica de Barcelona, uno de los Centros Médicos reconocidos para llevar a cabo la IVE, al reunir las condiciones de formar un Equipo

Ginecológico-Psiquiátrico, con personal de Enfermería y Trabajo Social altamente cualificados, abierto a la investigación y cooperación con nuestro Hospital, se consideró adecuado como Centro Médico donde realizar el estudio.

Los trastornos psiquiátricos descritos en la literatura con relación a la IVE son:

- a) *Distres emocional*: muchas mujeres se sienten tristes, deprimidas o culpabilizadas durante el periodo de duelo tras el aborto, constituyendo reacciones completamente normales, de corta duración y autolimitadas (3,4)
- b) *Depresiones Mayores*: sobre todo en aquellos embarazos interrumpidos por causas genéticas, quienes se asocian a mayor incidencia de depresión (5) y suicidio (6).
- c) *Trastornos psicóticos*: un estudio británico prospectivo encontró que la incidencia de psicosis post-aborto era de 0,3 por 1000 abortos legales comparado con la incidencia de psicosis post-partum de 1,7 por 1000 partos (5).
- d) *Disfunciones sexuales severas*. (7).

Existen pocos trabajos que hayan estudiado los factores que pueden conllevar la aparición de reacciones psicológicas negativas, pero la mayoría de autores están de acuerdo en señalar tres situaciones concretas:

1. *Aborto realizado en el segundo trimestre*: en la mayor parte de las mujeres que han retrasado la decisión de abortar ésta se debe a factores psicológicos como son miedo, rechazo y ambivalencia. Una decisión retrasada se ha relacionado con la edad, irregularidades en las reglas, bajo nivel de escolaridad y actitudes negativas ante el aborto, antecedentes psicopatológicos y ausencia de soporte familiar (8). También se ha asociado a una morbilidad y mortalidad más elevada (9). Por otro lado, el estrés de la propia técnica abortiva: instilaciones de sueros salinos o prostaglandinas, que prolongan la experiencia entre 12-36 horas aumentando las posibilidades de dolor y complicaciones médicas (10). En un estudio comparativo sobre pacientes con aborto mediante técnicas de dilatación y evacuación vs. administración de prostaglandinas, se encontró que a las tres semanas estas últimas estaban más deprimidas, enfadadas y culpabilizadas que las primeras (11).

2. *Aborto realizado por indicación médica o genética*: este grupo de mujeres pueden presentar con mayor frecuencia reacciones psicológicas adversas que la población a largo plazo (síndromes depresivos con sentimientos de culpabilidad) (11).
3. *Enfermedad psiquiátrica previa o concurrente*: parece ser que existe una correlación positiva entre el grado de alteración premórbida psiquiátrica y dificultades psiquiátricas post-aborto (12, 13). Se ha observado que las psicosis post-parto generalmente solo ocurren en mujeres con alteraciones emocionales pre-aborto (14).

### **OBJETIVO DEL ESTUDIO:**

Se propone un doble objetivo en el presente estudio:

- a) estimar la incidencia de psicopatología en la IVE, y con ello tener un conocimiento más preciso de la magnitud de los trastornos psiquiátricos de las mujeres, tanto respecto al antes como al después de la IVE,
- b) detectar posibles factores de riesgo de mayor vulnerabilidad para presentar psicopatología en la IVE.

### **HIPOTESIS DE TRABAJO:**

Las hipótesis que hemos incorporado a nuestro estudio son:

- a) Las mujeres con psicopatología previa tendrán más patología psiquiátrica antes y después de la IVE.
- b) Las mujeres que presentan factores de riesgo asociados, tendrán más patología psiquiátrica antes y después de la IVE.
- c) Las que solicitan la IVE en fases tardías (pasada la semana 21) tendrán más patología psiquiátrica post-IVE que aquellas que lo soliciten en las primeras semanas del embarazo.
- d) Las mujeres que no presenten ninguno de los factores negativos anteriores y tengan un contexto social y/o familiar que lo acepta y unas ideas no culpabilizadoras respecto al aborto, experimentaran, a las tres semanas postIVE, una disminución de los niveles de ansiedad y depresión anteriores al aborto.

### **SUJETOS:**

207 mujeres que de forma consecutiva acudieron a un centro no hospitalario especializado para llevar a cabo la IVE.

## MATERIAL Y METODOS:

Tras la visita ginecológica, el psiquiatra del centro solicitaba consentimiento informado y, si era positivo, la mujer pasaba al psicólogo clínico. Este valoraba la presencia de psicopatología mediante *Cuestionarios autoadministrados*:

1- GHQ-28

2-de Depresión de Beck.

Además de una Escala de Datos Sociodemográficos (3) y la Escala de Apoyo Social (4). Las que puntuaban superior a 6 (punto de corte 5) en el GHQ-28 o más de 11 en el Beck de depresión, eran exploradas mediante la Entrevista Estructurada SCID-DSM-III-R, para realizar el diagnóstico psiquiátrico.

A todas las mujeres se les dió además un sobre que contenía el cuestionario GHQ-28, el de Beck de Depresión y un Cuestionario de Estado de Animo (Edimburg), para que los enviara por correo de forma anónima y codificada al cabo de un mes.

## RESULTADOS:

Nuestra muestra de 207 mujeres que tiene una media de edad de  $27.5 \pm 7.8$  con un rango de 16-46 años, al no presentar diferencias significativas respecto a frecuencia de edades, es estadísticamente equiparable a la muestra de 9214 mujeres que abortaron en la Comunidad Autónoma de Cataluña en 1991, cuya media de edad era de 28.2 . El cuadro adjunto muestra como en los tres últimos años hay una tendencia al aumento del numero de abortos en el grupo de menores de 20 años, pasando de un 10,2 en 1991, a un 13,4 en 1992 y a un 17,8% en nuestra muestra.

	1991 N = 9214	1992 N = 1500	1993 N = 207
< 20 años	10.2	13.4	17.8
20-24 años	27.8	26.0	27.1
25-39 años	54.0	52.7	46.5
40 y más	8.0	7.9	8.6
X	28.2		27.5
DT	7.2		7.8

El análisis de las características personales de las 207 mujeres de la muestra es:

#### 1- ESTADO CIVIL:

	N	%
Solteras	122	58.9
Casadas	67	32.4
Viudas	1	
Divorciadas	4	1.9
Separadas	13	6.3

#### 2-CONVIVENCIA EN PAREJA:

	N	%
NO Pareja	112	54.1
SI Pareja	95	45.9

#### 3-NIVEL INSTRUCCION:

	N	%
Analfabeta	1	0
Hasta 5° EGB	33	15.9
Hasta 8° EGB	99	47.8
BUP - COU	39	18.8
Es. Universitarios	35	16.9

#### 4-SITUACION LABORAL:

	N	%
A sueldo	107	51.7
Estudiantes	34	16.4
En Paro	29	14.0
Sus labores	28	13.5
Profesionales	7	3.4

#### 5- INGRESOS:

	N	%
SI, propios	130	62.8
NO	77	37.2

#### 6-LUGAR RESIDENCIA:

	N	%
Zona urbana	149	72.0
Semi-Rural	32	15.4
Rural	26	12.6

## DATOS GINECOLOGICOS

1-ASISTENCIA CENTRO SANITARIO durante los 2 últimos años para la utilización o el control de métodos anticonceptivos:

	N	%	
NO	141	68.1	
SI	66	31.9	=
			C. Público = 22 33.3%
			C. Privado = 41 62.1%
			E. Social = 3 4.6%

2-HIJOS VIVOS:

	N	%
0	115	55.5
1	36	17.4
2	33	15.9
3	18	8.7
4	2	0
5	2	0

3-ABORTOS VOLUNTARIOS (IVE) ANTERIORES:

	N	%
0	166	80.2
1	32	15.4
2	7	3.4
3	1	0
4	1	0

4-CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO:

La media del tiempo de gestación es de 7.3 semanas (DT 1.7), rango 5-18

	N	%
5 semanas	18	8.7
6 semanas	40	19.3
7 semanas	84	40.6
8 semanas	34	16.4
9 semanas	12	5.8
10 semanas	8	3.8

11 semanas	3	1.4
12 semanas	7	3.4

#### 5- MOTIVO INTERRUPCION EMBARAZO:

99.6 % Peligro para la vida o para la salud física o psíquica de la embarazada.

#### CARACTERISTICAS PERSONALES Y SOCIALES:

	SI		NO	
	N	%	N	%
1-Conflicto familiar actual	26	12.8	177	87.1
2-Conflicto afectivo actual	37	28.8	166	71.2
3-Prob. económico/laboral	32	15.5	171	84.5
4-Soporte compañero/esposo	146	75.6	57	24.4
5-Soporte madre	20	9.9	183	90.1
6-Soporte amigos	18	8.9	185	91.1
7-¿Soporte adecuado?	152	74.9	51	25.1
8- ¿Condic. religioso/moral?	47	23.1	156	76.9
9-¿Culpa grave?	33	16.2	170	83.8
10-¿Retraso petición IVE?	41	20.2	162	79.8
a-Dudas seguir embarazo	29	14.0	174	86.0
b- Temores sociales	12	5.8	191	94.2
11- Dice usar anticonceptivos	134	66.0	69	34.0
a)Esta vez no usó	64	47.9		
b )F alló método	70	52.1		
12-Usa preservativo	85	41.9		
13-Usa pildora	36	17.7		
14-Usa DIU	7	3.4		
15-Ogino-Coitus Interrup.	70	34.5		

#### TECNICAS EMPLEADAS EN LA IVE:

a) Método utilizado en la IVE: 99.0 por Aspiración

b) Tipo anestesia empleada:

Local	98	48.3%
General o Sedación	105	51.7%

## ANTECEDENTES PSQUIATRICOS:

1.- Personales	SI	32	15.8%	Tipo:	Depresión	24	75%
	NO	171	84.2%		Ansiedad	3	5.6%
					Toxicomanías	3	5.6%
2.- Familiares	SI	63	31%		Depresión	43	68%
	No	140	69%		Ansiedad	11	17.5%
					Alcoholismo	3	5%

## ESCALA DE APOYO SOCIAL:

Puntuación media = 22.4 (DT 7.51)

Bajo nivel de apoyo	29	14.3%
Moderado nivel de apoyo	150	73.9%
Alto nivel de apoyo	24	11.8%

## GHQ-28. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG:

La puntuación media del GHQ-28 fué  $8.3 \pm 7.5$ .

Establecido el punto de corte en 6, encontramos que 90 mujeres, un 44.3%), puntuaron en este cuestionario de detección de Psicopatología y Estrés.

## ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESION DE BECK:

Puntuación media = 8.39 (DT 7.51) (no indicativo depresión)

	N	%
Ausencia depresión (0-11)	148	72.9
Depresión leve (19)	36	17.7
Depresión moderada (25)	11	5.4
Depresión grave (30)	8	3.9

Luego, 55 mujeres (un 27.1%) cumplían algún grado de depresión según la escala de Beck.

## TRASTORNOS PSIQUIATRICOS DE LA MUESTRA:

Pasaron a la entrevista psiquiátrica un total de 111 mujeres (un 55.7%) dado que cumplían con criterios de positividad probable. Todas fueron evaluadas mediante la Entrevista Estructurada SCID-DSM-III-R. De ellas, 62 mujeres, un 30.5 % de la muestra cumplían criterios de Trastorno Psiquiátrico antes de la IVE. Los diagnosticos establecidos fueron según el DSM-III-R:

		N	%
311.00	Trans. Depresivos mixtos	15	24.1
309...	Trans. Adaptativos	33	53.2
	a) depresivos	11	33.3
	b) mixtos	14	42.4
	c) ansiosos	8	24.2
300.02	Trans. Ansiedad generaliz.	6	9.7
300.40	Trans. Distímico	5	8.1
	Otros	3	4.8
V62.89	Probl. derivados desarrollo biográfico	28	25.2*

(\*) Se detectó la presencia de un alto nivel de estrés, de corta duración en 28 mujeres (un 25.2%) de las entrevistadas, que corresponde al eje V del DSM-III.

Conclusión: Un 44.3 % de las mujeres, antes de la IVE sufrían Psicopatología y Estrés en grados importantes:

- Un 30.5 % cumplen criterios de Trastorno Psiquiátrico
- Un 13.8 % tenían Altos niveles de Estrés (Distrés emocional)

## SEGUNDA FASE. RESULTADOS AL CABO DE UN MES:

Al cabo de un mes del aborto, 56 mujeres (un 27.6%) contestaron los cuestionarios anteriores. En este grupo se observaron diferencias significativas respecto a los valores iniciales del GHQ-28

	X	DT	Int.	N
Inicial = Pre IVE	7.55	6.62	0-25	203
Un mes post IVE	3.14	4.96	0-20	56

(Diferencias significativas  $F = 34.28$ ,  $P = 0.0001$ )

También se encontraron diferencias significativas respecto al Beck inicial:

	X	DT	Int.	N
Inicial = Pre IVE	6.84	5.92	0-39	203
Un mes post IVE	4.39	5.78	0-24	56

(Diferencias significativas  $F = 8.86$ ,  $P = 0.0004$ )

#### **CORRELACIONES ENTRE GHO-28 y BECK con las diferentes variables:**

1. A mayor puntuación en el GHO-28, mayor puntuación en la escala de depresión de Beck ( $F 0.64$ ,  $P. 0.0001$ )
2. A menor edad, mayor puntuación en el Beck de depresión ( $0.16$ ,  $P 0.02$ ). Las menores de 20 años puntúan más en la escala de Beck de depresión.
3. A mayor numero de semanas de embarazo, mayor puntuación en el GHQ ( $0.16$ ,  $P. 0.02$ )
4. A menor apoyo social mayor puntuación en el GHQ. ( $0.2$ ,  $P 0.005$ ) Y también en el Beck de depresión ( $0.19$ ,  $P. 0.005$ )
5. A menor nivel de instrucción, mayor puntuación en el GHQ ( $F 3.04$ ,  $P 0.01$ )
6. La situación laboral: Las mujeres en paro puntúan más en el GHQ ( $F 3$ ,  $PO.0008$ )
7. Las que tienen conflicto familiar con motivo de presente embarazo, puntúan más en el GHQ y también en la escala de depresión de Beck ( $F 13.2$ ,  $PO.004$ ). También tienen mayores puntuaciones en ambas escalas, las que además tienen conflicto afectivo ( $11.24$ ) o conflicto económico-laboral ( $11.19$ )
8. Las que no tienen soporte social o personal, puntúan más en el GHQ y en el Beck ( $F 14.9$ ,  $P 0.0002$ )
9. Las que no tienen ingresos propios puntúan más en la escala de depresión de Beck ( $F 4.4$ ,  $P. 0.03$ )
10. Las que señalan tener condicionamiento religioso o moral negativo respecto a la IVE, tienen mayor puntuación en ambas escalas ( $F 12.2$ ,  $P. 0.001$ )
11. Cuando hay retraso en la petición de la IVE, puntúan más en las dos escalas ( $F 18.4$ ,  $P 0.0001$ )
12. Cuando hay temores a los procedimientos técnicos de la IVE ( $F 7.4$ ,  $P 0.0001$ ), puntúan más en las dos escalas. Significativamente las que tienen miedo excesivo a la anestesia, las que tienen temores

infundados, las que expresan sentirse muy angustiadas por la intervención médica en sí.

13. Las que han tenido abortos previos, puntúan más en el GHQ (F 3.99, P 0.0004)
14. Cuando hay antecedentes psiquiátricos personales (F 9.04, P 0.0003) puntúan más en las dos escalas
15. Cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares, también puntúan más en las dos escalas (F 6.16, P 0.004)
16. Con la anestesia local o general, no hay diferencias estadísticamente significativas respecto a los valores del GHQ:
- 17.

	N	%	X (GHQ)
Anestesia local	98	48.32	8.0
Anestesia general	105	51.72	8.5

Si hay diferencia significativa cuando se combinan las variables *anestesia* (local / general) y *tiempo* (antes/después de la IVE):

Las mujeres que recibieron anestesia general, al mes después de la IVE presentaban una mejoría más marcada (según el GHQ) que aquellas que recibieron anestesia local. Las 56 mujeres que participaron en la segunda fase, respecto a la anestesia local o general, muestran los siguientes valores

	Antes IVE	Post IVE	Dif.
Anestesia local	6.4	4.1	2.3
Anestesia general	9.0	2.0	7.0

Esto es, la elevada puntuación del GHQ antes de la IVE, correlaciona con estrés alto (9.0) y se reduce de forma importante (2.0) al cabo de un mes de la IVE; reducción que no se observa de forma tan marcada con las que recibieron anestesia solo local.

**CORRELACIONES ENTRE GHQ-28 Y BECK con las diferentes variables**

<b>Puntúan más en GHQ-28</b>	<b>Puntúan más en el BECK</b>
	Las de menor edad
	Las menores de 20 años
Más semanas embarazo	
A menor apoyo social	A menor apoyo social
Menor nivel de instrucción	
Estar en el paro	
Conflicto familiar actual	Conflicto familiar actual
Conflicto afectivo	
Conflicto económico/laboral	
No soporte social o personal	No soporte social o personal
	No ingresos propios
Condicionamiento negativo religioso	Condicionamiento negativo religioso
Retraso petición IVE	Retraso petición IVE
Temores técnica IVE	Temores técnica IVE
Abortos previos	
Antec. Psiquiátricos personales	Antec. Psiquiátricos personales
Antec. Psiquiátricos familiares	Antec. Psiquiátricos familiares

**REGRESION MULTIPLE: 1.- El peso de las diferentes variables en el GHQ-28**

	<b>R</b>	<b>F</b>
Conflictos afectivos y económico-laborales	0.36	29.85
Retraso petición de IVE	0.43	22.90
El soporte que recibe no es adecuado	0.46	18.39
Condicionamiento religioso negativo	0.49	15.97
Conflicto familiar por este embarazo	0.50	13.78

**REGRESION MULTIPLE: 2.- El peso de las diferentes variables en el BECK**

	<b>R</b>	<b>F</b>
Retraso petición IVE	0.32	23.04
El soporte que recibe no es adecuado	0.41	19.8
Antecedentes psiquiátricos personales	0.45	17.19
Condicionamiento religioso negativo	0.49	15.09
Edad: cuanto menor edad, más Beck	0.53	15.50
Conflicto familiar por este embarazo	0.55	14.50

Estas variables que inciden en elevar las puntuaciones del distres emocional de la mujer en las semanas anteriores a la IVE, sugieren necesidad de apoyo psicológico a las mujeres cuando:

- Hay conflicto en la pareja respecto a la decisión de abortar y retraso en la petición de la IVE.
- Abandono del compañero (o inhibición del mismo ante el problema) y pérdida del soporte social.
- Incapacidad o ambivalencia importantes para la toma de decisiones.
- Conflictos familiares a raíz del presente embarazo.
- Abortos previos debidos a causa médica o genética.
- Miedo excesivo a las intervenciones médicas o a la anestesia.
- Historia previa de trastorno psiquiátrico.
- Trastorno psiquiátrico actual.

### CONCLUSION:

A fin de evitar el distres emocional en el IVE, ésta debe realizarse en un centro médico que pueda ofrecer a la mujer y acompañantes una atención personalizada, comprensiva y con soporte profesional cálido. Un trato delicado que ayude a la mujer a poder valorar los pros y los contras que le permitan llegar a una toma de decisión no culpabilizadora y sin ambivalencias. Aquí el psiquiatra, psicólogo y/o asistente social tienen una gran tarea de apoyo a la decisión libre de la mujer.

Debe incorporarse a la red hospitalaria pública los elementos positivos de los centros privados no hospitalarios:

- ❖ línea telefónica post intervención, por si hubiera complicaciones médicas.
- ❖ la simplicidad de la cirugía ambulatoria que permite reducir el tiempo total de permanencia de la mujer en el centro a un máximo de dos horas.
- ❖ la presencia de personal asistencial que da confianza a la mujer desde la recepción hasta la despedida.
- ❖ Anestesia general de corta duración para las menores de 20 años y las muy angustiadas ante los procedimientos médicos.

La significativa disminución en las puntuaciones de los instrumentos de Detección de Psicopatología y Estrés antes señalados (de 8 a 3 en el GHQ-28 y de 7 a 4 en el Beck de depresión), avalan la hipótesis y permiten indicar que la IVE para las mujeres que no tienen factores de riesgo asociados, alivia el distres previo y se trata de una aflicción breve.