



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

**Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación**

**Departamento de Ciencias Humanas y Religiosas**

Interrupción voluntaria del embarazo y  
alteraciones psicológicas: análisis de factores de  
riesgo

Autora:

Maria Luisa Sánchez Camps

Directores:

Jorge López Puga

Aníbal Nieto Díaz

Murcia, Mayo de 2015





**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación  
Departamento de Ciencias Humanas y Religiosas

Interrupción voluntaria del embarazo y alteraciones  
psicológicas: análisis de factores de riesgo

Autora:

Maria Luisa Sánchez Camps

Directores:

Jorge López Puga

Aníbal Nieto Díaz

Murcia, Mayo 2015





**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

El Dr. D. Jorge López Puga y el Dr. D. Aníbal Nieto Díaz como Directores de la Tesis Doctoral titulada “Interrupción voluntaria del embarazo y alteraciones psicológicas: análisis de factores de riesgo” realizada por Dña. Maria Luisa Sánchez Camps en el Departamento de Ciencias Humanas y Religiosas autoriza su presentación a trámite dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 8 de Mayo de 2015.

## AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Jorge López Puga, doctor y profesor del departamento de Psicología de la Universidad Católica de Murcia, director de esta tesis doctoral, por su tiempo, dedicación, y su extrema paciencia con este proyecto, ya que sin él, y sin su dirección sin lugar a dudas esta tesis no hubiese visto nunca la luz
- Al Dr. Aníbal Nieto Díaz, Jefe de Servicio del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Profesor en la Universidad de Murcia, codirector de esta tesis, por su aportación.
- A la Dra. Doña Micaela Menárguez Carreño, Directora del Máster de Bioética de la Universidad Católica de Murcia, por animarme en este proyecto y por que sin ella este proyecto no hubiera comenzado.
- A Lina María Tomás por confiar en mí y en este proyecto desde el principio.
- A Andrés Hernández, Roxana y a Silvia, Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Católica San Antonio por su gran ayuda, y por atenderme cada vez que lo he necesitado.
- A Mariana Villaescusa Pedemonte, Subdirectora médica de atención primaria y materno infantil del Hospital universitario Virgen de la Arrixaca por atenderme en cada momento , darme su apoyo y confiar en mi en los difíciles comienzos de este proyecto.
- A D. Pablo Vigueras Paredes, abogado de la asesoría jurídica del Hospital Virgen de la Arrixaca por hacer posible la recogida de datos de las pacientes.
- A Dña. Maria Dolores, trabajadora social del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, por ayudarme y facilitarme los datos de las pacientes.
- Al Dr. Juan Enrique Pereñíguez Barranco, por esa facilidad que me brindó sus puertas para poder acceder a consultar las pacientes del centro de salud de Espinardo.
- A Carmen Carles por su ayuda.
- A Norma, por darme facilidades en los trabajos del Máster y brindarme su apoyo.
- A Dra. Prieto, médico adjunta de ginecología del hospital Universitario Virgen de la Arrixaca por brindarme su ayuda en este proyecto.

-A Pilar Marín, médico adjunta de ginecología del Hospital Virgen de la Arrixaca, por ser una persona excepcional, por tenderme su mano cada vez que lo he necesitado y por estar ahí en cada momento.

- A mis compañeros de guardia, por las facilidades que me han brindado y por su comprensión.

-A mi madre, por sus palabras de ánimo tan necesitadas a cada momento, por su apoyo incondicional que sólo una madre puede darte y por estar toda una vida a mi lado.

- A mis abuelos por todo lo que me han enseñado en la vida, por su fortaleza y por ser ejemplos a seguir. A mi abuela Isabel por todos los valores que me enseñaste, por tu fuerza y tu lucha, y porque desde donde estés sé que siempre estarás conmigo guiándome en cada momento de mi vida. A mi abuelo Salvador, por sus sabias enseñanzas, sus consejos, por su humor y por su templanza en cada circunstancia y por sus palabras de ánimo.

- A mi hermano por toda una vida juntos, por aguantarme en algunos momentos y por estar siempre ahí.

- A mi marido por su apoyo.

- A mis hijos, a mis dos angelitos, que son lo mejor que me ha podido regalar la vida, a mi hija Isabel, por su alegría, por su sonrisa, por sus ocurrencias, por lo que aprendo de ella y por cada instante y cada momento único que comparto con ella, y a mi pequeño Paul, por esa sonrisa y esos abrazos que me dedica cada día, por su fuerza y su alegría y por todos los momentos en los que podemos disfrutar juntos. A los dos por el tiempo que no les he podido dedicar y por darme fuerzas para poder terminar este proyecto en los momentos de flaqueza, por ser el motor de mi vida.

- A todas las personas, que han sido muchas, que de una u otra manera me han ayudado para la realización de esta tesis.





---

## ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	15
1.1. Interrupción voluntaria del embarazo: Aspectos sanitarios	17
1.1.1. Concepto de aborto	17
1.1.2. Técnicas practicadas en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)	17
1.1.2.1. Técnicas usadas en la IVE en el 1º trimestre	18
1.1.2.1.1. Aspiración	18
1.1.2.1.2. Aborto farmacológico	19
1.1.2.2. Técnicas usadas en la IVE en el 2º trimestre	20
1.1.2.2.1. Aspiración	20
1.1.2.2.2. Dilatación y evacuación	21
1.1.2.2.3. Inducción farmacológica	21
1.1.2.2.4. Método de la inyección intraamniótica	22
1.1.2.3. Técnicas usadas en la IVE en el 3º trimestre	22
1.1.2.3.1. Inducción farmacológica	22
1.1.2.3.2. Dilatación y evacuación	23
1.1.2.3.3. Método de la inyección intraamniótica/intracardiaca de cloruro sódico	23
1.1.2.3.4. Método de la minicesárea o histerotomía	23
1.1.3. Contraindicaciones de la IVE	24
1.1.4. Complicaciones del aborto	25
1.1.5. El aborto en el mundo	26
1.1.6. Cifras de aborto en España	27
1.2. Interrupción voluntaria del embarazo: Aspectos legales y éticos	32
1.2.1. La legislación española sobre el aborto	33
1.2.1.1. Antecedentes. Ley 1985	33
1.2.1.2. La nueva Ley Orgánica 2/2010 de 3 marzo sobre salud sexual y reproductiva y sobre la interrupción voluntaria del embarazo	35
1.2.2. El porqué de la nueva ley del aborto	37
1.2.3. Conflictos de derechos: Aborto como un derecho	38
1.2.4. Diferencias de la nueva ley del aborto con la ley de 1985	39
1.2.5. Aspectos posiblemente más polémicos de la actual ley	40

---

---

1.2.6.Estado actual de la ley del aborto en España	42
1.2.7.Dignidad de la persona humana y aborto	42
1.2.8.Concepto de autonomía:mujer y / o médico	45
1.2.8.1.    Autonomía de la mujer	45
1.2.8.2.    Autonomía del médico	47
1.2.9. ¿Autonomía y beneficencia frente a justicia en el aborto?	48
1.3. Interrupción voluntaria del embarazo y psicopatología	50
1.3.1.Vínculo materno-filial en el embarazo	50
1.3.1.1.    Vínculo de apego y embarazo: neurobiología	51
1.3.2.Aborto y salud mental en la mujer embarazada	52
1.3.2.1.    Aborto y contexto psicológico y psicopatológico de la decisión de abortar	53
1.3.2.2.    Revisión de la literatura científica de los efectos del aborto en la salud mental de la mujer embarazada	53
1.3.2.2.1.    Conclusiones	67
1.3.3.Cambios en el cerebro en un aborto inducido	70
1.3.3.1.    Embarazo y cerebro	70
1.3.3.2.    Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	71
1.3.3.3.    Síntomatología del Síndrome Post-aborto	75
1.3.3.4.    Estudios de neuroimagen en el TEPT	76
1.3.3.5.    Genética y vulnerabilidad al estrés	77
1.4. Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia	78
1.4.1. Concepto de objeción de conciencia	78
1.4.2. Características de la Objeción de conciencia	79
1.4.3. La objeción de Conciencia de los profesionales sanitarios	79
1.4.4. Ética, deontología y objeción de conciencia de los profesionales sanitarios	80
1.4.5. ¿Cómo y ante quién objetar?	83
1.4.6. La objeción de conciencia al aborto en la Ley Orgánica 2/2010	83
2. Objetivos e hipótesis	87
2.1. Introducción	87
2.2. Objetivos e hipótesis	88
3. Material y Métodos	91
3.1. Selección de la muestra	91

---

---

3.2. Instrumentos de medida	92
3.2.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y personales	92
3.2.2. La escala de ansiedad y depresión de Goldberg	93
3.2.3. La Escala de Optimismo LOT-R	95
3.3. Procedimiento	96
3.4. Análisis estadístico	97
4. Resultados	103
4.1. Introducción	103
4.2. Interrupción voluntaria del embarazo y problemas psicológicos	103
4.3. Interrupción voluntaria del embarazo y variables sociodemográficas	106
4.4. Interrupción voluntaria del embarazo y variables personales y familiares	110
4.5. Interrupción voluntaria del embarazo y consumo de sustancias tóxicas	111
4.6. Interrupción voluntaria del embarazo y problemas psicológicos: análisis de confusores	114
4.6.1. Interrupción voluntaria del embarazo y problemas de ansiedad	116
4.6.2. Interrupción voluntaria del embarazo y problemas de depresión	130
4.7. Interrupción voluntaria del embarazo y problemas psicológicos: modelos explicativos	144
4.7.1. Interrupción voluntaria del embarazo y sintomatología ansiosa: modelo explicativo	145
4.7.2. Interrupción voluntaria del embarazo y sintomatología depresiva: modelo explicativo	149
4.7.3. Interrupción voluntaria del embarazo y optimismo: modelo explicativo	153
4.8. Interrupción voluntaria del embarazo: circunstancias personales y consecuencias	156
5. Discusión	169
5.1. Introducción	169
5.2. Discusión de los resultados	169

---

---

5.3. Implicaciones prácticas y/o clínicas	182
5.4. Limitaciones del estudio	182
5.5. Orientaciones para una investigación futura	183
6. Conclusiones	185
7. Anexos	187
8. Referencias	197

---

**TABLA DE ABREVIATURAS**

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

D y E: Dilatación y evacuación.

ONG: Organización no gubernamental.

TC: Tribunal Constitucional.

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional.

APA: American Psychological Association.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

TEPT: Trastorno de estrés postraumático.

SPA: Síndrome Postaborto.

PACAP: activadora de la adenilato ciclasa de la pituitaria.

OC: Objeción de conciencia.

OMG: Organización Médica Colegial.

EADG: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

LOT-R: life Orientation Test Revised

MH: Mantel-Haenstel

BD: Breslow- Day

OR: Odds Ratios



## 1.INTRODUCCIÓN

El aborto o interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se puede definir según la Organización Mundial de la Salud como la *“interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno”*<sup>1</sup>.

En la sociedad occidental, el aborto es considerado un tema controvertido, es un fenómeno social que arroja estadísticas escalofriantes simplemente con los datos conocidos. Así, en el año 2010 según el Ministerio de Sanidad se declararon 113.031 abortos. Durante el año 2011 se declararon 118.359 abortos, un 4.7% más que en el año anterior. En el año 2012, se notificaron 112.390 abortos, y en el año 2013, se declararon 108.690 abortos, lo que ha supuesto una reducción de 3.3%. Del año 2010 al 2011 se produjo un ascenso importante en el número de abortos, para posteriormente producirse un descenso en el número de los mismos<sup>2</sup>.

La interrupción voluntaria del embarazo ha sido una práctica frecuente desde hace siglos dentro de la historia del aborto. Cuando nos referimos al aborto como interrupción voluntaria del embarazo, se genera la mayoría de veces una gran polémica donde confluyen intereses científicos, sanitarios, socioeconómicos, éticos y religiosos. Algunos de ellos quedan recogidos en los distintos ordenamientos jurídicos que hacen referencia al aborto dentro de cada país, ya que dependiendo de cada uno de ellos el aborto provocado puede contemplarse como un delito o un derecho.

El tema del aborto se podría considerar como un mal ideológico de la sociedad del siglo XX, que quedaría plasmado en la desprotección de la vida y la dignidad de los seres humanos.

En nuestra legislación, la interrupción voluntaria del embarazo se encontraba regulada como una conducta prohibida con carácter general, salvo en 3 supuestos excepcionales. Con la actual Ley Orgánica 2/2010, una ley de plazos, claramente ideológica, carente de argumentos para proteger la vida humana, sitúa la vida de los futuros ciudadanos en un peligroso espacio de desprotección y antepone dudosos objetivos y pulsiones ideológicas a una fuerte valoración de la

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

dignidad humana y a los derechos fundamentales que de ella derivan: la libertad de conciencia y la protección de la vida <sup>3</sup>.

El progreso sexual se ha transformado en una sexualidad que no tiene límite moral. Un embarazo, y un hijo, es una equivocación que hay que rectificar y ante esta forma de entender la sexualidad en nuestra sociedad, el aborto es la tasa que se está dispuesto a pagar.

Y la mujer por tanto puede decidir terminar con la vida del hijo que espera sin depender de nada ni de nadie, solo de su libre albedrío.

Atendiendo a nuestra realidad social, el aborto es un tema de actualidad además de ser una cuestión abierta al debate y a la polémica.

Figura 1. Imagen 4D embrión de 10 semanas de gestación



Fuente: Díaz Recaséns J, Bajo Arenas JM. Ecografía obstétrica



## 1.1. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: ASPECTOS SANITARIOS

### 1.1.1. Concepto de aborto

El aborto es definido según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la *“Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno”*<sup>1</sup>.

El concepto de cuándo el feto es viable fuera del útero, es un concepto que va cambiando con los avances médicos y tecnológicos. Actualmente, se sitúa alrededor de las 22 semanas de gestación.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): *“El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”*<sup>4</sup>.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia una interrupción de un embarazo a partir de la semana 22 de gestación ya no podría considerarse aborto, puesto que ese feto podría ser un recién nacido que se reanimara y podría sobrevivir, y entonces ya se hablaría de destrucción de un feto que es viable fuera del útero materno.

### 1.1.2. Técnicas practicadas en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Para evacuar el contenido uterino: nasciturus (potencial futuro nacido), saco y placenta, podemos utilizar técnicas farmacológicas y quirúrgicas.

Algunas técnicas se solapan en el 1º y 2º trimestre. La técnica debe elegirse en función de un conjunto de circunstancias como son las semanas de gestación, las condiciones anatómicas de la gestante, los antecedentes ginecológicos-obstétricos de la misma y las características del embarazo a interrumpir.

Dichas técnicas se utilizan más unas u otras según el nivel de especialización del centro y los conocimientos y pericia de sus prácticos. Para ello, hay centros acreditados para menos o más de 12 semanas.

La paciente ha de ser informada oral y por escrito de su diagnóstico, pronóstico y alternativas del tratamiento. También deben explicarse sus ventajas e

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

inconvenientes y la mujer decidirá la técnica a seguir, firmando un consentimiento previo del método elegido.

*1.1.2.1. Técnicas usadas en la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el 1º trimestre (hasta la 12 semana).*

Si se practica el aborto en este trimestre de gestación, dependiendo de la indicación médica, técnica utilizada y deseo de la paciente, estas mujeres se podrían intervenir con anestesia local o con sedación general. El dolor que va a percibir la paciente está relacionado con la tracción y dilatación del cérvix, con la aspiración y el legrado<sup>5</sup>.

A continuación explicamos en qué consiste cada una de las técnicas:

#### 1.1.2.1.1. Aspiración.

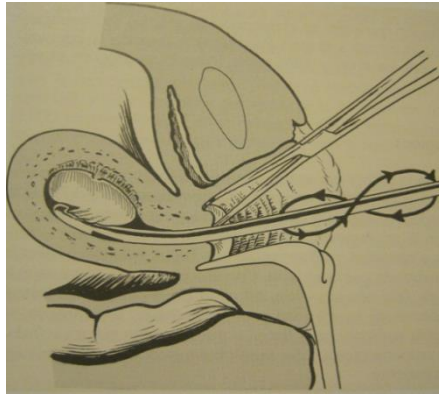
Es la técnica que normalmente más se utiliza. Se basa en la dilatación mecánica del cérvix uterino (utilizando el material apropiado), para poder insertar un tubo que se conecta a un eficaz aspirador atraumático (que puede ser eléctrico o manual)<sup>6</sup> que aspira al feto.

Después de este procedimiento, no sería necesario utilizar una legra roma para asegurarse<sup>7</sup> que la cavidad ha sido vaciada completamente, sólo en casos seleccionados. Tanto la aspiración como el acto de repasar posteriormente la cavidad uterina con una legra se podría realizar bajo control directo ecográfico, minimizando así los riesgos de dicha técnica<sup>8,9</sup>.

El alta suele ser precoz (aproximadamente entre 1 y 3 horas después del procedimiento) y suele depender del tipo de anestesia<sup>8,9</sup>.

Esta técnica se asocia con menos sangrado y menor dolor para la paciente <sup>10</sup>.

Figura 2. Cánula de aspiración



Fuente: Cirugía ginecológica Käser

#### 1.1.2.1.2 Aborto farmacológico: RU 486 (antiprogéstágeno) /prostaglandinas

Para realizar este tipo de técnica es necesario tener en cuenta una serie de pasos que detallamos a continuación:

1) En un primer momento, después de comprobar que no existen contraindicaciones, se administran las píldoras. El mecanismo de acción de la mifepristona (RU 486) es por bloqueo de los receptores de la progesterona dejando al embrión en desarrollo sin poder recibir los nutrientes que le llegaban a través del útero. La mifepristona hace efecto a las 24-48 horas.

2) Posteriormente, 36 a 48 horas después, a la mujer se le administrará una dosis de prostaglandinas, normalmente misoprostol (cytotec). El misoprostol produce contracciones uterinas, lo que llevará a desencadenar la expulsión del embrión de la cavidad uterina. Tanto para la administración de mifepristona como para la administración de misoprostol no hay una dosis óptima, pudiéndose utilizar distintas pautas de tratamiento<sup>11</sup>.

La mayoría de las mujeres abortarán durante las 4 horas siguientes, aunque aproximadamente un 30% abortarán durante los días posteriores (aproximadamente a los 5 días).

3) Por último, es necesario hacer un seguimiento después del tratamiento farmacológico, que suele ser aproximadamente a los 15 días, para ver si el proceso se ha resuelto favorablemente o si es necesario realizar un procedimiento quirúrgico complementario (esto suele suceder de un 5 a 10% de los casos).

Según la experiencia acumulada mundialmente es el régimen (mifepristona + PGE1) con menos efectos secundarios, menos coste e igual efectividad (comparado con legrado por aspiración) utilizada en las 8 primeras semanas de embarazo, con tasa de aborto completo del 99% en embarazos menores de 7 semanas y del 91% en embarazos de 8-9 semanas<sup>8,9</sup>.

#### *1.1.2.2. Técnicas usadas en la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el 2º trimestre (12 a la 24 semana)*

A partir de las 12 semanas se emplea anestesia general para realizar la IVE. Este tipo de anestesia aplicada en este procedimiento es rápida y poco profunda (se puede denominar sedación), donde la paciente se despierta a los pocos minutos (de 5 a 10 minutos) de dejar de aplicar la misma, y lleva consigo que la paciente pueda abandonar la clínica pocas horas después de realizar el procedimiento.

Para realizar una u otra técnica es necesario individualizar el caso dependiendo de la paciente, y sus circunstancias, y valorando también criterios quirúrgicos y anestésicos.

##### 1.1.2.2.1. Aspiración

Hasta la semana 14 de gestación es posible, sobre todo en multíparas, evacuar el útero en un solo tiempo. Posteriormente a la aspiración, la mayoría de veces es necesario hacer un legrado para confirmar que el útero está vacío.

Este procedimiento es aconsejable realizarlo bajo control ecográfico directo para minimizar posibles complicaciones. El alta se suele dar a las 2-4 horas del procedimiento<sup>8,9</sup>.

Es importante datar la gestación con una ecografía antes de realizar la intervención. La técnica puede no ser sencilla si se ha cometido un error al valorar la edad gestacional.

#### 1.1.2.2.2. Dilatación y Evacuación (D y E)

La técnica es parecida a la utilizada y descrita en el caso anterior, aunque a veces se requiere una dilatación cervical mayor, con lo que es necesario una preparación cervical previa con medicación, que suelen ser prostaglandinas para ayudar a la posterior dilatación mecánica del cérvix uterino, y poder proceder a la extracción de las partes fetales con una pinza especial de abortos ó pólipos. Posteriormente la paciente puede ser dada de alta a las 4-6 horas de realizar la técnica<sup>8,9</sup>.

Este método (Dy E) es el más usado en España<sup>8,9</sup>, siendo bastante eficaz y seguro cuando lo realiza un médico experimentado usando un instrumental adecuado<sup>6</sup>.

#### 1.1.2.2.3. Inducción farmacológica

El procedimiento se realizaría en dos fases. La primera de ellas sería una preparación cervical previa (que se realizaría con prostaglandinas) y después la inducción del parto (se realizaría con oxitocina), es decir, la inducción de contracciones uterinas para que tanto el feto como la bolsa amniótica, se desprendan de las paredes del útero. Posteriormente sería necesario realizar un legrado para asegurarse que no quedan restos fetales ni ovulares, y esto también se podría realizar bajo control ecográfico.

Este procedimiento se realiza en un centro hospitalario, con una estancia corta (unas 24 horas) y bajo control médico para prevenir posibles complicaciones. Además, las complicaciones pueden incrementarse ligeramente según aumentan las semanas de gestación, si se ha utilizado anestesia general y si además la paciente tiene alguna enfermedad de base importante<sup>8,9</sup>.

#### 1.1.2.2.4. Método de la inyección intraamniótica

Se suele emplear a partir de las 16 semanas de gestación (4 meses aproximadamente). Consiste en introducir una solución salina hipertónica –o una solución de urea- en el líquido amniótico mediante aguja larga a través del abdomen de la madre. Estas soluciones que se inyectan son irritantes para el feto y además provocan contracciones parecidas a las del parto.

El tiempo de inducción suele ser de 24-36 horas. Si las contracciones son ineficaces y se produce un retraso en la expulsión, es recomendable poner oxitocina intravenosa o utilizar prostaglandinas. Posteriormente es recomendable realizar una ecografía y en caso de persistencia de restos ovulares, realizar un legrado, para minimizar posibles complicaciones futuras <sup>8,9</sup>.

#### 1.1.2.3. *Técnicas usadas en la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el 3º trimestre (>25 semanas)*

##### 1.1.2.3.1. Inducción farmacológica

Este procedimiento es igual al descrito anteriormente para gestaciones < 12 semanas. En un primer tiempo se realizaría una preparación (maduración) cervical con prostaglandinas vaginales y en un segundo tiempo se instauraría oxitocina para provocar contracciones. Posteriormente es necesario valorar si la paciente precisa un legrado. Esto se realiza con una ecografía.

#### 1.1.2.3.2. Dilatación y evacuación (D y E)

La técnica sería igual que la descrita anteriormente en las gestaciones menores de 12 semanas. La sensibilidad del miometrio a medicamentos aumenta a medida que avanza el embarazo.

#### 1.1.2.3.3. Método de la inyección intraamniótica / intracardiaca de cloruro sódico

La técnica sería igual que la descrita anteriormente. También se puede introducir directamente la inyección de cloruro sódico a nivel cardiaco fetal bajo control ecográfico produciendo una parada cardiaca fetal y posteriormente inducción del parto.

#### 1.1.2.3.4. Método de la minicesárea o histerotomía

Esta técnica se aplica sólo en casos de fracaso de inducción del parto o contraindicación para el uso de otros procedimientos. Suele ser una técnica de última elección por su tasa de morbimortalidad si se compara con las técnicas descritas anteriormente. Además, antes de realizar esta técnica sería conveniente tomar la decisión entre varios profesionales y explicarle muy bien el procedimiento a la paciente<sup>12</sup>.

Esta técnica radica en practicar una incisión en el útero para poder extraer al feto y la placenta<sup>8</sup>.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), apoyándose en la definición de aborto de la Organización Mundial de la Salud, considera que una interrupción del embarazo en estas fases no debería ser llamada "aborto",

puesto que a partir de la semana 22 de gestación el feto podría vivir fuera del útero materno por sí mismo con el apoyo médico conveniente<sup>4</sup>.

Es importante en cualquier modalidad de aborto provocado, el apoyo de la ecografía y la profilaxis o cobertura antibiótica que colaboran con la disminución de las complicaciones <sup>8,9,13</sup>. No hay técnicas realmente propias de cada trimestre del embarazo, ya que algunas se solapan.

A continuación podríamos resumir las técnicas de IVE en la siguiente tabla:

Tabla 1. Técnicas de IVE.

FARMACOLÓGICAS	QUIRÚRGICAS
Mifepristona (RU 486)oral	Dilatación y Aspiración
Prostaglandinas solas (oral/vaginal)	Dilatación y evacuación
Mifepristona (oral)+ Prostaglandinas (oral y vaginal)	Dilatación y legrado
Prostaglandinas (oral/vaginal) + oxitócicos (endovenosos)	Histerotomía o microcesárea
Intraamniótico (suero salino/urea)	

Fuente: aborto 2006; [www.prosego.com](http://www.prosego.com)

### 1.1.3. Contraindicaciones de la interrupción voluntaria del embarazo

Los métodos instrumentales pueden estar contraindicados cuando existen modificaciones del canal cervical y/o de la cavidad uterina, sea por alteraciones anatómicas, patologías tumorales o cirugías previas. En especial para la práctica de la D y E, debe valorarse bien el cérvix cuando hay amputación o conización previas, porque éstas pueden aumentar el riesgo de desgarro cervical.



Los métodos farmacológicos tienen como contraindicaciones las propias de los fármacos y en el segundo trimestre es necesario tener en cuenta los casos con cirugía uterina previa ya que pueden aumentar el riesgo de roturas uterinas<sup>6</sup>.

#### **1.1.4. Complicaciones en el aborto**

El aborto, aparte de acabar con el embarazo y, en su caso, con el embrión o el feto no está libre de riesgos para la madre. Así, el tratamiento no quirúrgico del aborto espontáneo se puede asociar a una hemorragia más intensa y más larga en el tiempo, siendo a veces necesario realizar un legrado posterior porque puede no resolverse con este procedimiento. Sin embargo, el riesgo de infección suele ser menor que cuando realizamos un tratamiento quirúrgico<sup>14</sup>. Tanto si se opta por un tratamiento no quirúrgico como quirúrgico, éste ha de ser explicado minuciosamente a la paciente y se aconseja dejar constancia por escrito. Si se decide un tratamiento quirúrgico, la paciente deberá firmar un consentimiento informado.

Tipo de complicaciones:

- El aborto por dilatación y evacuación: sangrado, perforación uterina con lesión de órganos abdominales con los dilatadores o legras, infección del tracto genital, desgarros de cérvix, coagulopatías, etc.

-El aborto por inyección salina: rotura uterina, embolismo pulmonar.

-El aborto mediante el uso de prostaglandinas puede causar rotura uterina, sepsis, hemorragia, endometritis, vómitos, diarrea, fiebre, etc.

-Otro tipo de complicaciones que pueden aparecer a más largo plazo: sensibilización Rh, Síndrome de Asherman, insuficiencia cervical, amenorrea, etc<sup>13</sup>.

### 1.1.5. El aborto en el mundo

El registro de abortos provocados en todo el mundo cada año es de unos 46 millones, de los cuáles 26 millones ocurren en países donde el aborto es legal y los otros 20 millones se practican ilegalmente<sup>15</sup>.

A continuación se enumeran los países donde el aborto es sancionado de manera total y sin ninguna excepción:

El Salvador

Nicaragua

Malta

República Dominicana

Vaticano

El principal argumento que aportan estos países para sancionar el aborto totalmente es que consideran el derecho a la vida del neonato mucho más importante que el derecho a abortar de la mujer, debiendo ser esto protegido por el Estado. Actualmente estos países son minoría en el mundo. Sin embargo, muchos otros países (la mayoría) en sus legislaciones establecen requisitos previos para poder abortar, ya sea mediante un tiempo de espera, el facilitar una información completa sobre las distintas opciones al aborto, la opinión de distintos médicos, o el requerimiento de un consentimiento por parte de la pareja o los padres de la embarazada.

Por el contrario, otros países lo admiten sin restricciones, como es el caso de Canadá<sup>15</sup>.

### 1.1.6. Cifras de aborto en España

Los datos aportados por el Ministerio de Sanidad del año 2011, tras un año completo con la nueva Ley de plazos 2010(aborto libre antes de la 14 semana) han sido de 118.359 abortos, un 4,7% más que el año anterior. Durante el año 2010, se declararon 113.031 abortos. Esto supone un aumento total de 5.328 abortos, con respecto al año anterior. En el año 2012 se declararon 112.390 abortos y en el año 2013 la cifra fue de 108.690 abortos, lo que ha supuesto una reducción del 3.3 % (una reducción de 3.700 abortos respecto al 2012)<sup>2</sup>.

A continuación se muestran los datos que han sido extraídos del Ministerio de Sanidad y vamos a analizar a continuación algunos de sus aspectos<sup>2,16</sup>.

1. Según la **edad** de las madres que han realizado un IVE, la mayor tasa de abortos totales es la de 25-29 años (23.680 abortos), seguida del tramo de 30-34 años (23.647). A continuación seguirían las de 20-24 años,35-39 años,40-44 años,> 44 años y finalmente < 15 años.

Tabla 2. I.V.E. Número según grupo de edad. Año 2013. Total Nacional

Edad(años)	Total	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
<b>TOTAL I.V.E.</b>	108.690	503	12.268	22.963	23.680	23.647	18.230	6.794	605

Fuente: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad

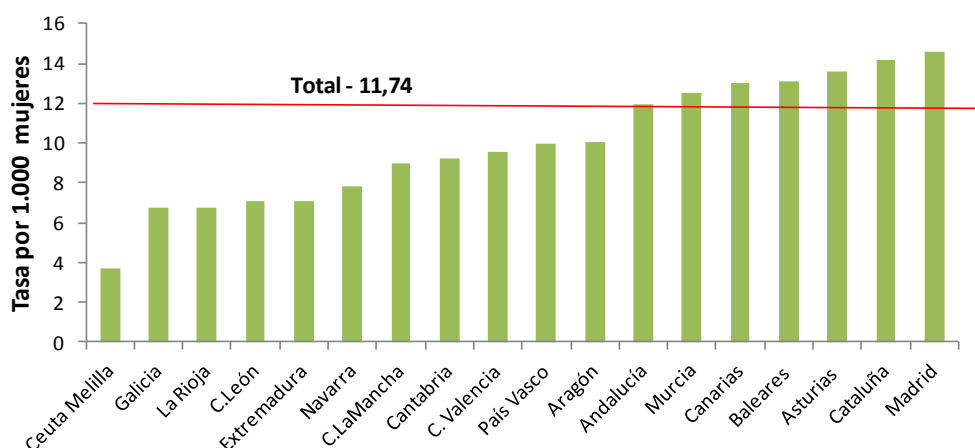
2. Según la **Comunidad Autónoma**, podemos ver que la tasa más alta de aborto se registra en Madrid (14.62), Cataluña (14.18%), Asturias (13.62%) y Baleares (13.06). Y las tasas más bajas de aborto corresponden a Ceuta y Melilla (3.74), La Rioja (6.78) y Galicia (6.78). Murcia ocuparía un sexto lugar.

Tabla 3. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Año 2013.Total Nacional

Comunidad Autónoma de residencia	Año 2013	Año 2012	Año 2011	Año 2010	Año 2009	Año 2008	Año 2007	Año 2006	Año 2005	Año 2004
Andalucía	11,91	13,08	13,09	11,73	11,31	11,29	11,22	10,46	9,99	8,98
Aragón	10,09	10,83	11,43	10,74	10,86	12,6	11,91	11,85	10,92	10,1
Asturias	13,62	14,34	13,79	10,42	8,09	8,07	7,72	8,33	8,27	8,55
Baleares	13,06	13,01	15	13,82	13,22	14,13	14,91	14	12,57	12,38
Canarias	13,03	12,79	13,16	10,46	9,36	10,03	10,74	8,87	7,23	6,23
Cantabria	9,19	9,9	10,36	9,12	7,93	6,09	4,63	4,86	4,42	4,51
C.LaMancha	8,97	9,6	9,92	9,18	8,18	8,54	8,2	6,71	6,65	5,79
C.León	7,11	7,25	7,75	6,62	6,03	6,78	6,38	6,4	5,86	5,8
Cataluña	14,18	14,28	14,49	15,2	16,1	16,49	14,31	13,57	11,46	10,89
C. Valencia	9,58	9,47	10,22	10,07	9,99	10,75	10,46	9,92	9,1	8,6
Extremadura	7,12	7,2	7,57	6,47	6,13	6,11	5,46	5,19	5,26	5,19
Galicia	6,78	7,01	7,76	6,46	5,81	3,53	4,51	4,4	4,43	4,47
Madrid	14,62	14,9	15,14	14,77	14,49	15,79	16	14,18	12,81	12,03
Murcia	12,56	13,32	14,39	14,72	14,99	16,59	14,8	13,1	11,7	10,48
Navarra	7,82	2,15	6,9	6,92	5,54	6,13	5,65	5,31	5,21	5,22
País Vasco	9,97	10,04	10,34	8,26	7,25	7,02	6,84	5,99	5,42	4,47
La Rioja	6,78	4,83	7,99	7,95	7,86	9,22	8,64	8,25	8,22	7,58
Ceuta Melilla	3,74	4,5	4,59	4,31	3,33	3,26	3,74	2,66	3,25	3,1
Total	11,74	12,01	12,44	11,49	11,41	11,78	11,49	10,62	9,6	8,94

Fuente: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. 2013

Figura 3. I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional. Año 2013



Fuente: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. 2013

3. Según el **motivo** aducido, con el cambio a la Ley de plazos, el 89.93% de las mujeres no alegaron ningún motivo para abortar. Un 6.94% alegaron riesgo para la salud de la embarazada, 2.84% alegaron riesgo de anomalías en el feto, y un 0.28% anomalías incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave.

Tabla 4. Distribución porcentual del número de abortos realizados según motivo de la interrupción. Total Nacional

Año	A petición de la mujer (%)	Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada (%)	Riesgo de graves anomalías en el feto (%)	Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable (%)	Varios Motivos (%)
<b>2013</b>	89,93	6,94	2,84	0,28	0,01

Fuente: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.2013

4. Según el **tipo de centro (privado o público)**, el 91.04 % de los abortos se realizan en centros privados (correspondiendo un 83,42 %, la mayoría a centros extrahospitalarios) y un 8.96 % en centros públicos.

Tabla 5. Distribución porcentual del número de abortos realizados según tipo de centro. Total Nacional.

Año	C públicos			C privados		
	Total (%)	Hospital (%)	Extrahospi (%)	Total (%)	Hospital (%)	Extrahospi (%)
2013	<b>8,96</b>	4,22	4,74	<b>91,04</b>	7,62	83,42
2012	6,48	2,78	3,7	93,51	7,06	86,45
2011	2,68	1,65	1,03	97,28	8,17	89,11
2010	1,84	1,84	0	98,16	9,61	88,55
2009	2,03	2,03	0	97,97	10,25	87,72
2008	1,91	1,91	0	98,09	10,86	87,23
2007	2,08	2,08	0	97,92	10,55	87,36
2006	2,51	2,51	0	97,49	9,11	88,38
2005	2,91	2,91	0	97,09	9,88	87,21
2004	3,57	3,56	0	96,44	9,72	86,73

Fuente: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.2013

5. Según las **semanas de gestación**, el 90.13 % se han realizado antes de la semana 12 de gestación.

Tabla 6. Distribución porcentual del número de abortos realizados según semanas de gestación. Total Nacional.

Año	8 ó menos semanas (%)	9 - 12 semanas (%)	13 - 16 semanas (%)	17 - 20 semanas (%)	21 ó más semanas (%)	No consta
<b>2013</b>	<b>68,51</b>	<b>21,62</b>	5,92	2,63	1,33	0,00
<b>2012</b>	68,15	22,08	5,86	2,64	1,28	0,00
<b>2011</b>	65,56	24,21	6,13	2,74	1,35	0,00
<b>2010</b>	63,52	24,92	6,68	3,27	1,54	0,07
<b>2009</b>	63,17	25,31	6,30	3,56	1,64	0,02
<b>2008</b>	62,90	25,80	6,11	3,49	1,67	0,02
<b>2007</b>	62,84	25,31	6,20	3,69	1,93	0,04
<b>2006</b>	62,23	25,71	6,14	3,87	1,97	0,08
<b>2005</b>	62,09	25,84	5,98	4,04	1,98	0,07
<b>2004</b>	61,43	26,50	6,33	3,69	2,02	0,03

Fuente: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.2013

6. Según la **cifra de abortos de repetición**: En 2013 hubo 40.480 abortos de mujeres que ya habían abortado anteriormente (un 37.25 %)<sup>2</sup>.

- 1 de cada 3 abortos ha sido precedido de otros abortos anteriores.
- 1 de cada 8 mujeres (13.375) han abortado en más de dos ocasiones anteriormente.
- En el 2013, 1.821 adolescentes (menores de 20 años (el 5%) han abortado más de una vez.
- Hay mujeres que practican sistemáticamente el aborto: para 1.870 mujeres (1.7%), éste sería la menos su quinto aborto.

## 1.2. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS

Dependiendo de las leyes vigentes en cada país, la interrupción voluntaria del embarazo, atendiendo a las circunstancias específicas, es considerada como una actuación que puede ser sancionable o no sancionable.

Así, dependiendo del país que se considere, el aborto provocado se puede considerar como un delito penalizado en cualquier momento, o como un derecho de la gestante (de la madre). En otros países, el aborto provocado puede despenalizarse bajo ciertos supuestos, siempre que se disponga del consentimiento de la madre.

La legislación en la actualidad, siguiendo la recomendación de la Organización de las Naciones Unidas<sup>17</sup>, considera que el aborto esté despenalizado en la mayoría de países, siendo esta indicación en caso de supuestos intermedios, y siempre considerando como requisito fundamental para un probable no castigo la voluntad de la embarazada.

A continuación, enumeramos algunos ejemplos donde podemos visualizar las distintas perspectivas desde las cuales los ordenamientos jurídicos no penalizan el aborto ya sea en uno o en todos los supuestos:

- En el modelo europeo-continental, el aborto se asocia con el derecho fundamental de la libertad de la mujer, reflejado como libertad o como derecho que tiene para ejercer su autonomía y/o decidir sobre sus fines reproductivos.

- En la mayor parte de los países islámicos, el aborto sólo se permite cuando la madre entraña un grave peligro por razones médicas.

- Según las organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales como, por ejemplo, Amnistía Internacional, o los organismos de protección de los Derechos Humanos de forma universal, como la Comisión y Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud, siguiendo el sistema internacional de protección de los derechos humanos comparan el conflicto que crea la no penalización del aborto con el derecho que toda mujer tiene a no ser sometidas a tratos inhumanos o crueles<sup>15</sup>.



Podemos constatar que la normativa que hay referente al aborto es un tema muy controvertido, polémico y discutible, ya que, tanto los que están a favor del mismo como los que están en contra, argumentan defender un derecho humano ya sea de la madre o del feto. Los defensores del aborto están a favor del derecho que puede ejercer la mujer gestante sobre su libertad, intimidad o autonomía y los que están en contra argumentan el derecho a la protección de la nueva vida que le otorgan al nasciturus.

### **1.2.1. La legislación española sobre el aborto**

#### *1.2.1.1. Antecedentes. Ley 1985*

La legislación relativa al aborto en España ha tenido una trayectoria difícil cargado de contratiempos políticos y de manifestaciones controvertidas por sus implicaciones antropológicas, éticas, ideológicas y jurídicas.

El antiguo Código Penal databa de 1944; en sus orígenes estaba en consonancia con el derecho penal autoritario en auge con la Europa del momento y penaba la práctica del aborto en cualquier circunstancia. Con la llegada de la democracia, dicho Código Penal experimentó numerosas reformas y modificaciones para adecuarlo al nuevo sistema. Una de estas reformas afectó directamente al tema que nos ocupa.

El Consejo de Ministros, el 2 de febrero de 1983, aprobó el anteproyecto de una ley que despenalizaba el delito de aborto bajo tres circunstancias, introduciendo así un nuevo artículo 417 bis en el Código Penal. El Grupo Parlamentario de Coalición Popular, el 2 de diciembre de 1983 interpuso un recurso previo de inconstitucionalidad contra el Proyecto de Ley del aborto ante el tribunal Constitucional, por interpretar que algunos artículos de la Constitución se habían visto dañados. El Tribunal Constitucional, el 11 de abril de 1985 mediante su Sentencia 53/1985, consideró, con siete votos a favor y seis en contra, que el proyecto de ley no cumplía con las exigencias derivadas del artículo 15 de la Constitución, al no garantizar la vida humana en formación (*naciturus*) en los casos de aborto terapéutico y eugenésico<sup>18</sup>.

Tras recoger las garantías jurídicas que exigió el Tribunal Constitucional y que fueron introducidas por las Cortes en una segunda lectura, la ley fue publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el 12 de julio de 1985. La modificación del artículo 417 bis quedaba así<sup>19</sup>:

“No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en un centro establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

1º: Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia o riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2º: Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3º: Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al afecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.”

*1.2.1.2. La nueva Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo sobre salud sexual y reproductiva y sobre la interrupción voluntaria del embarazo*

Después de un debate social y político, no exento de polémica, al final se realizó una reforma legal del Código Penal en relación al aborto. La nueva ley que regula el tema del aborto a partir del 5 de julio de 2010, es la Ley Orgánica 2/2010 del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta nueva ley establece un sistema de plazos combinado con tres supuestos<sup>20</sup>.

El sistema de plazos señala que la gestación podrá ser interrumpida en las primeras catorce semanas a petición de la mujer, sin ser necesario que ésta tenga que alegar alguna causa, siempre y cuando se cumplan dos requisitos. El primero se basa en la entrega de información a la mujer en un sobre cerrado; donde se les informa acerca de las ayudas públicas disponibles para la mujer embarazada, se explica la cobertura sanitaria durante el parto y puerperio, los derechos laborales en relación con el embarazo y la maternidad, las prestaciones y ayudas públicas que son ofrecidas para el cuidado y atención de los hijos, y se notifican documentos sobre centros disponibles de orientación familiar y asesoramiento a la mujer embarazada antes y después del aborto (algo muy importante en aquellas mujeres que tantas dudas tienen respecto a este tema). Además, se adjunta otro documento donde se recoge información sobre los apoyos que se le puede ofrecer a las personas con discapacidad -para el supuesto caso en el que se detecte alguna malformación o discapacidad en el feto. Además de estos textos realizados por el ministerio, cada comunidad autónoma elabora otro documento, en el cuál se informa sobre las prestaciones económicas, y en el que cada comunidad incorpora los datos que sean considerados convenientes, apropiados o necesarios para complementar esa información. El segundo requisito es que desde que se da toda la documentación (información) que se menciona anteriormente hasta que se realiza intervención es necesario que pasen al menos tres días desde, para intentar garantizar que la mujer recoja toda la información disponible sobre su situación y que, además, pueda disponer de un periodo de reflexión para recapacitar y considerar su decisión<sup>20</sup>.

La interrupción voluntaria del embarazo por causas médicas, también está regulada en esta ley, mediante tres supuestos:

- El *primer supuesto* es el peligro de la vida o salud materna, por el que se puede abortar hasta las veintidós semanas de gestación<sup>20</sup>.

- El *segundo supuesto* es malformación fetal, por el que se establece el mismo plazo que en el anterior supuesto (hasta las 22 semanas) <sup>20</sup>.

- El *tercer supuesto* es la detección de anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad fetal grave e incurable, en el que no se dispone plazo alguno para la intervención<sup>20</sup>.

En los dos primeros supuestos se necesita un documento elaborado antes de realizar el aborto, y este documento tiene que hacerlo un médico especialista distinto al que lo vaya a realizar. En el tercer supuesto, además de la elaboración de este documento, el diagnóstico tiene que estar confirmado por un comité clínico<sup>20</sup>. Este comité clínico tiene que estar formado por un equipo pluridisciplinar, en el cuál tienen que estar dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir a uno de estos especialistas para que le elabore el informe. Al menos un comité clínico tiene que haber en cada centro de la red pública sanitaria de cada comunidad autónoma.

Adicionalmente, la nueva ley introduce una modificación en relación al tratamiento de los datos de la paciente, ya que cuando se recogen los datos de la paciente, un código le será asignado que será utilizado para su identificación en el proceso. Asimismo, la total confidencialidad de los datos de la paciente queda garantizada en esta ley.

Además esta nueva ley también incorpora aspectos polémicos sobre educación sexual en chicas jóvenes. Las menores de 20 años, según el informe del Ministerio de Sanidad, constituyen el 12% del total de abortos del último año registrado (año 2013)<sup>2</sup>.

Actualmente España es el tercer país de la Unión Europea con mayor número de abortos<sup>2</sup>.

### 1.2.2. El porqué de la nueva ley del aborto

La aplicación de la anterior normativa de 1985 ha sido excesiva, ya que la solución de la indicación terapéutica o de “grave peligro para la salud psíquica de la embarazada” cubría, en la práctica, cualquier supuesto. Esta afirmación viene demostrada por los datos del Ministerio de Sanidad, donde en el año 2009 de los 111.485 abortos practicados en España, el 96.74% de los mismos se realizaron bajo el supuesto de “salud psíquica”<sup>2</sup> (algunos de ellos no aportan un informe previo elaborado por un médico especialista que no esté vinculado a la clínica abortiva).

A pesar de que el embarazo, por sí sólo, no produce riesgos para la salud mental de la mujer, en algunas ocasiones podría empeorar una situación psicopatológica existente. Por lo tanto, el aborto no es una forma de tratamiento etiológico, como veremos en la revisión bibliográfica más adelante. En las alegaciones de motivos de la ley se reconoce que la aplicación de la ley anterior ha generado incertidumbre e inseguridad jurídica.

Por eso, quizás se le reproche a la nueva ley que, más que tratar de proteger la vida del no nacido, lo único que intenta es librar las ilegalidades cometidas hasta ahora. Sin embargo, la nueva ley no ha tenido en cuenta sólo los desajustes de la ley de 1985, sino también el derecho comparado europeo y el avance producido en los últimos años en el reconocimiento tanto a nivel social como jurídico de la autonomía de la mujer, preservando de este modo el aborto como un derecho de esta autonomía de la mujer en las primeras 14 semanas de gestación, pudiendo prevalecer frente a la protección del nasciturus.

La nueva regulación del aborto implica un cambio en la concepción jurídica del mismo. Pasa de ser considerado un delito (ilícito penal) que protege el bien jurídico de la vida intrauterina, despenalizado en tres supuestos muy concretos (aborto terapéutico, ético y eugenésico), a un derecho de la mujer que le permite una toma de decisión libre sobre la continuidad de su embarazo<sup>21</sup>.

### 1.2.3. Conflicto de derechos: Aborto como un derecho

El aborto es una cuestión especialmente polémica porque supone una modificación en la contemplación del choque de intereses en juego: protección de la vida humana dependiente versus primar el derecho de la mujer a tomar su propia decisión a su libre determinación. Ya es terrible que el aborto pueda ser un derecho en algún supuesto, pero los términos de la ley son ilimitadamente amplios, puesto que el aborto se ha transformado en un derecho de la mujer que, en las primeras 14 semanas de gestación, prevalece sobre el derecho a la vida prenatal, pues la embarazada puede decidir la interrupción voluntaria del embarazo, es decir, la muerte de su hijo embrionario en las catorce primeras semanas, sin invocar ningún motivo, convirtiéndose el aborto libre en un derecho para la mujer<sup>22</sup>.

Por consiguiente, el modelo del plazo se dirige unilateralmente a favorecer a la mujer y no reconoce ningún bien jurídico digno de protección, no reconociendo al embrión o feto como bien jurídico a proteger en contradicción con lo expresado en la Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 53/1985. El artículo 14 de la Ley 2/2010 supone reconocer el libre hasta la semana 14 del embarazo<sup>20</sup> como un derecho de la mujer. Por este motivo esta Ley es incompatible con el derecho a la vida recogido en la Constitución<sup>23</sup>.

Para el Consejo de Estado ese derecho de la mujer tiene difícil encaje con la perspectiva constitucional del “nasciturus” como titular del derecho a la vida, siendo este derecho primordial y sobre él se basan todos los demás derechos (considerado así por las Naciones Unidas).

El problema de este planteamiento probablemente sea la consideración constitucional del embrión humano como “bien jurídico”. La STC reconoce que la vida del nasciturus constituye un bien jurídico, pero le niega la titularidad del derecho fundamental ya que no posee todavía personalidad jurídica, que según el Código Civil, la condiciona: 1. El haber nacido (art. 29). 2. Tener figura humana; y 3. Vivir veinticuatro horas enteramente fuera de cuerpo de la madre (art. 30).

Ante un conflicto de intereses entre un sujeto de derechos (la madre) y un “objeto” (el embrión o feto), la balanza se inclinaría siempre a favor del primero<sup>23</sup>.

Con todo esto se hace evidente que es necesario un nuevo marco jurídico para garantizar la existencia de una protección legal auténtica de la vida humana desde su comienzo. Es muy importante que esta nueva ley se elabore para la protección por la dignidad, respeto a la vida y a los derechos humanos que debe caracterizar al Derecho.

Dicha guía jurídica<sup>23</sup> debería considerarse en nuestro ordenamiento como se recoge en lo dispuesto por el Tribunal Constitucional en la Sentencia 116/1999, fundamento jurídico 5:

“La condición constitucional del nasciturus, según se declaró en la STC 53/1985 y nos recuerda el citado fundamento jurídico 3 de la STC 212/1996, cuya protección implica, con carácter general, para el Estado el cumplimiento de una doble obligación: la de abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación, y la de establecer un sistema legal de defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que, dado el carácter fundamental de la vida, incluya también, como garantía última, las normas penales”.

El embrión humano no es el primer paso hacia el ser humano, es un ser humano dando su primer paso<sup>23</sup>.

#### **1.2.4. Diferencias de la nueva ley del aborto con la ley de 1985**

La nueva normativa se estructura en una combinación de plazos e indicaciones.

La mujer será libre para abortar sin restricción alguna hasta las 14 semanas de gestación, límite que, a pesar de los medios técnicos actualmente disponibles, es difícil de precisar con el rigor que las leyes exigen. Se podrá abortar, de manera excepcional y hasta la semana 22 sólo en dos supuestos: cuando se detecten graves anomalías en el feto o cuando exista un riesgo grave para la vida o la salud de la embarazada. Para ello se requiere uno o dos dictámenes, respectivamente,

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

emitidos por médicos especialistas distintos a los que van a practicar la intervención<sup>20</sup>.

¿Cuándo se podría entonces decir que comienza a prevalecer el derecho del feto sobre la madre? Esto ocurriría a partir de la semana 22 de gestación, que es la que se considera como fecha que delimita el comienzo de la viabilidad del feto independientemente de la madre. Por tanto, si apareciera un riesgo para la salud de la madre a partir de estas semanas lo más indicado, según la ley, es la inducción del parto para “armonizar plenamente” el derecho a la vida e integridad física de la mujer y el poder proteger la vida en formación<sup>20</sup>. Esta es una diferencia muy importante con respecto a la ley de 1985, que permitía el aborto terapéutico durante toda la gestación.

No obstante, con la nueva ley también existe la opción de abortar pasadas las 22 semanas de gestación, siempre y cuando se aleguen y detecten anomalías fetales incompatibles con la vida o una enfermedad extremadamente grave e incurable del feto<sup>20</sup>. Pero en este caso, un comité clínico formado por tres especialistas (dos ginecólogos y un pediatra, uno de ellos puede ser elegido por la mujer) tendrá que confirmar el diagnóstico y posteriormente la mujer decidirá.

Según la nueva ley se garantiza el aborto dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud como una prestación sanitaria pública y gratuita, bajo la forma de interrupción voluntaria de embarazo<sup>20</sup>.

### **1.2.5. Aspectos posiblemente más polémicos de la actual ley**

Hay al menos tres aspectos que resultan polémicos con la nueva ley:

-Uno de ellos es la opción de abortar de forma libre y sin alegar motivo alguno durante las primeras 14 semanas de gestación. En él subyace la prevalencia del derecho de la madre a su autodeterminación sobre el de la vida fetal, lo cual no se asimila ideológicamente por una gran parte de la sociedad, empezando por la Iglesia Católica. A ello se añade la incertidumbre del establecimiento de la data del embarazo, que puede llevar a error.



El cálculo de la edad gestacional mediante ultrasonografía es el procedimiento más objetivo, pero al no decir la ley nada al respecto, se podría aplicar la definición de la OMS de que el embarazo se inicia con la implantación del embrión, lo cual sucede aproximadamente una semana o diez días después de la fecundación. Si a ello se suma la regla de Naegele, tradicionalmente utilizada para determinar la fecha probable de parto y que toma para el cómputo el primer día de la última menstruación, el límite de las 14 semanas para practicar el aborto se puede extender hasta las 17 semanas. Y ello tomando por válida la declaración de la mujer de la fecha de la última regla.

-El segundo es que en caso de que la mujer sea menor de edad (16 y 17 años) el consentimiento para la que se le pueda realizar el aborto les corresponde única y exclusivamente a ellas, según el régimen general que se aplica a las mujeres mayores de edad<sup>20</sup>.

Para que esto tenga encaje legal, la ley ha tenido que modificar la ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente<sup>24</sup>. De modo que en este caso es obligatorio que uno de los padres sea informado, excepto si la menor alega que esto le ocasionará un enfrentamiento grave con posibles consecuencias ya sean de violencia, coacciones, amenazas, malos tratos o desamparo. El médico es quien tendrá que evaluar las circunstancias que se le plantean a la menor y valorar si sus temores son fundados o no.

Aunque el médico es el profesional mejor posicionado para ello, y puede contar con informes de psicólogos, la interpretación que hace puede no coincidir con la de los padres. De esto puede derivarse una situación especialmente incómoda para el profesional, ya que la situación violenta que pretendía evitar para la menor la van a sufrir ellos mismos cuando sus padres se enteren que su hija ha abortado sin su consentimiento ni su conocimiento. En este caso, el médico no puede objetar ya que previamente ha aceptado realizar abortos.

- El tercer aspecto son los problemas de conciencia que pueden presentar los médicos a la hora de practicar un aborto. No solo los ginecólogos y anestesiólogos son los únicos especialistas afectados, también los médicos de familia pueden verse implicados en solicitudes de aborto del primer supuesto (aborto libre en las

primeras semanas de gestación). Afortunadamente la nueva ley ha recogido esta posibilidad bajo la forma de objeción de conciencia<sup>21</sup>.

### **1.2.6. Estado actual de la ley del aborto en España**

La actual ley de plazos de 2010, no obstante, está pendiente de que el Tribunal Constitucional falle el recurso que el actual Gobierno presentó en la oposición y que sigue vivo, casi cinco años después<sup>25</sup>. Actualmente el Gobierno popular, a través de su grupo parlamentario, no directamente, y después de muchas vueltas, modifica la ley de despenalización del aborto del gobierno socialista, aprobada en 2010, para un aspecto muy concreto: prohibir el aborto de las jóvenes de 16 y 17 años sin el consentimiento de sus padres, empezando la tramitación puesto que esta reforma tiene la mayoría para ser tomada en consideración<sup>26</sup>.

### **1.2.7. Dignidad de la persona humana y aborto**

Hoy en día, la sociedad en que vivimos no tiene en cuenta que cuando aplicamos el concepto de persona a los individuos, le estamos proporcionando a éstos un estatus concreto, que es el estatus de la “inviolabilidad”. Con este concepto debemos contraer la responsabilidad de aceptar el compromiso a tener respeto hacia él, y de proteger sus derechos. No hay que olvidar que un principio ético fundamental es el respeto de la vida humana desde la concepción, y que en esto consiste el respeto a la dignidad humana. Esto es un compromiso obligatorio para toda la población, desconociéndose obviamente en el caso del aborto<sup>27</sup>.

Supuestamente, se justifica acabar con una vida en el aborto porque al ser una “persona en potencia”, no se considera aún persona. Como explica Robert Spaemann: “Hablar de personas potenciales carece así mismo de sentido, porque el concepto de potencialidad solo puede surgir suponiendo el ser personal”<sup>28</sup>.

Actualmente, con la nueva ley del aborto es posible abortar sin ningún tipo de alegación, es decir, libremente durante las primeras 14 semanas de gestación.

Al consentir esta práctica, se está negando todo derecho y toda dignidad al ser humano hasta completar estas semanas de gestación, no considerándose al

embrión como ser humano ni teniendo en cuenta que la vida humana se inicia con la fecundación. Esta idea no se puede sustentar científicamente, ya que la ciencia, a día de hoy, no puede afirmar que la vida humana no comience con la fecundación. Ante la necesidad de una justificación al aborto libre hasta las 14 semanas se busca una explicación en la metafísica, intentando manejarla, y negando el estatus de persona al embrión y al feto, convirtiéndolo en un ser vivo cuando no supera las 14 semanas de gestación, negándole de esta manera el estatus de persona ni el de ser humano<sup>29</sup>.

Uno de los puntos que se objeta a favor de la ley del aborto es que la mujer tiene autonomía sobre su propio cuerpo y, por tanto, la capacidad de decisión sobre el mismo. Desde concepciones antropológicas, esto sería objeto de debate, ya que la autonomía no implica poder ir en contra de su propia vida, ni por supuesto de la nueva vida que lleva en este caso en su seno materno, puesto que ese otro (ese embrión o feto) tiene su propia dignidad y, por ende, también tiene derecho a una existencia. Tendría que ser el Estado el que debería modificar sus políticas, como por ejemplo, de educación sexual, ya que en la actualidad se está promoviendo un concepto de sexualidad a los adolescentes que dista mucho del concepto del respeto a su propia dignidad, a su cuerpo y a toda su unidad como persona, siendo éstos los valores reales que debería tener una sexualidad bien entendida<sup>27</sup>.

Habitualmente se suelen emplear razonamientos cuando son casos límite para defender el aborto hasta las 22 semanas de gestación (que es cuando se podría vivir fuera del útero materno). La mayoría de estos razonamientos se fundamentan en que son fetos con grandes malformaciones, que la mayoría de veces no llegan a término durante la gestación y pueden morir en las primeras horas posteriores a su nacimiento. Estos argumentos ponen a prueba el sentido más profundo de nuestra humanidad. Pero con el aborto además de pretender finalizar una vida en casos extremos, también se intenta finalizar cualquier vida humana que se esté gestando en el útero que pueda tener una discapacidad generada por otras enfermedades, resultando esta práctica absolutamente injusta y discriminatoria para la persona humana.

Una pregunta que nos deberíamos hacer a continuación de lo expuesto anteriormente es, ¿por qué si hay una discapacidad la dignidad humana no puede

ser adquirida hasta las 22 semanas, si hemos dicho que es a las 14 semanas cuando se les concede la dignidad humana? Con este concepto se está instaurando una nueva clase social que no tiene ningún derecho, violándose así el principio básico de la justicia, que es la igualdad de todos los seres humanos<sup>30</sup>, tanto en dignidad como en derechos.

Podemos seguir sumando a lo anterior el intentar que se eleve el aborto a la categoría de acto médico, otro error grave. Nos deberíamos hacer la pregunta siguiente ¿Por qué se quiere poner a los profesionales de la salud en contra de nuestros principios o de lo que nos dicta nuestra conciencia? Aunque se supone que estamos respaldados por la denominada objeción de conciencia, ésta no nos salva del desmoronamiento ético de nuestra profesión.

Es necesario profundizar más allá de la norma, y es necesario realizar un análisis prudente, honrado y justo, teniendo siempre al frente la imagen de la persona humana. Para que esto suceda es muy importante la responsabilidad que tienen los juristas, ya que son ellos los que tienen la decisión en sus manos, para que se mantenga el respeto de la vida humana.

### **1.2.8. Concepto de autonomía: mujer y/o médico**

En bioética es importante plantearse dos conceptos: El primer concepto sería sobre ¿cuál es el estatuto del embrión humano? ¿A quién nos estamos refiriendo cuando analizamos el tema del aborto? ¿Quién o qué es el embrión? ¿Y el feto? ¿Y el aborto? Todas estas cuestiones serían la puerta que se abriría para hacernos otras preguntas como ¿Cuándo comienza entonces la vida humana? ¿Es un concepto que está determinado por la Filosofía o por la ciencia? ¿O por ambas? El segundo concepto a plantearnos sería ¿qué es la autonomía de la mujer? ¿Hasta dónde puede llegar, es una autonomía sin límites como para poder decidir? ¿Y si esto es así, entonces podría la madre, el médico u otras personas tomar una decisión por el feto? ¿Es ético, moral y admisible el poder tener y disponer de una autonomía sin que implique ningún tipo de responsabilidad, ya sea ante uno mismo y/o ante los demás?

### 1.2.8.1. *Autonomía de la mujer*

Kant introdujo el concepto de autonomía en la ética<sup>22</sup>. El término autonomía desde la perspectiva Kantiana, engloba o posee un sentido formal, esto quiere decir que al ser humano por su propia razón en sí y no por ninguna condición externa a él las normas morales le vienen impuestas. En bioética el concepto de autonomía es definido como la capacidad que tiene una persona de poder tomar decisiones sin ser coaccionada en lo relacionado a su propio cuerpo y a la atención de salud, y en lo que concierne a la vida y la muerte<sup>31</sup>.

Una manifestación de la dignidad de la persona humana, de todos los seres humanos, es la autonomía y está íntimamente unida al vínculo existente entre la libertad y la dignidad de la persona<sup>32</sup>.

El tema del aborto no es únicamente un asunto en el que haya que tratar sólo el concepto de la autonomía de la madre, sino que hace referencia a ese enfrentamiento que se produce entre el principio de autonomía (de la que hace uso la madre) y el principio de beneficencia del feto como ser humano, donde su dignidad debería ser respetada.

En el marco de la bioética, el concepto de libertad y dignidad del hombre no son conceptos antagónicos, sino valores complementarios y es fundamental y muy importante entenderlos bien. La libertad y la autonomía no llevan implícito hacer siempre lo que uno quiere, le gusta, desea o le conviene en cada momento, pues ambas (libertad y autonomía) remiten siempre a la dignidad del ser humano que es la que debe dirigir y guiar su actuar como persona<sup>32</sup>, de modo que el concepto de libertad se refiere siempre al ser que le da su sentido y la posibilita, al mismo tiempo que la limita.

Por otro lado, la autonomía sería un fragmento de la libertad responsable del ser humano mediante la que sabemos que se debe actuar con respeto hacia la libertad de los demás y que debe proceder acorde a su propia dignidad de persona, siendo por tanto limitada. Moralmente, le obliga a respetar, conservar y proteger los bienes principales que corresponden a su dignidad: la vida, la salud, la conciencia propia y de los demás.

De este modo, una madre que, actuando libremente, toma la decisión de abortar, además de provocarle un daño muy grave e irreparable al feto porque lo priva de lo más importante que es la vida, también se está provocando a ella misma otra pérdida igual de irreparable que es su propia dignidad como persona. Por tanto, urge encontrar opciones y soluciones que ayuden a respetar la dignidad de todas las personas relacionadas con el proceso y que se verán implicadas en la decisión a tomar, y aquí debe incluirse a ese hijo no nacido<sup>33</sup>.

Con esta nueva ley se abre otro resquicio, que es permitir a una menor de edad tener la autonomía para poder abortar. Esto es, permitir a una menor que en la sociedad actual ha sido impulsada a vivir una sexualidad hedonista e imprudente, donde sólo importa el cuerpo y, como colofón, se le permite poder anular su ser madre hasta tal punto que sus padres no sean informados. La ley actual lleva implícita el desgaste de algunos conceptos jurídicos básicos, como el de "mayoría de edad" legal, otorgándosele la responsabilidad de abortar y, sin embargo, se le niegan otros derechos<sup>29</sup>.

Podríamos decir que la dignidad humana es la dignidad de un ser que es fin en sí mismo, y esto le viene dado por ser persona. En las decisiones morales, éticas y honestas de abortar están en juego tanto la dignidad de la mujer como la del feto. Y por supuesto el derecho humano a la vida, un derecho fundamental que todos los seres humanos tenemos. Este derecho no es un derecho positivo, no es que tengamos derecho a vivir para poder "exigir" a los demás que nos mantengan con vida siempre, sino que es un derecho negativo: es el derecho que tiene el feto a que nadie pueda vulnerar esa nueva vida, ya que todos tenemos derecho a que no nos quiten injustamente la vida. Los derechos humanos fundamentales como son el derecho a la vida, a la salud, a la libertad de conciencia no los tenemos porque la sociedad así lo establezca, sino que es al contrario, los demás y la sociedad deben respetarlos y también impulsar y favorecer su respeto, precisamente por ser la manifestación de lo más valioso y trascendente de cada vida humana, y ser la primera expresión de su dignidad<sup>34</sup>.

Por tanto, uno de los más importantes atentados contra los derechos humanos, que es el derecho humano fundamental a la vida, es el aborto. Es importante no equivocarnos y confundir la potencia de ser con el no ser cuando

nos referimos a la vida humana ya sea de modo embrionario o fetal, puesto que existe ya desde el primer momento un ser humano que puede desarrollar sus posibilidades y potencialidades a lo largo del tiempo. El embrión posee ya la condición humana, es decir, es un ser humano con la potencia de desarrollar todas esas particularidades que definirán como tal a una persona en su madurez. Por el hecho de “ser humano ya”, se tiene la dignidad humana.

#### *1.2.8.2. Autonomía del médico*

Podríamos comenzar este apartado con la siguiente pregunta: ¿puede el médico decidir por el feto?

No debemos olvidar que no todo lo que se permita legalmente es éticamente correcto, ya que la ética es independiente de lo que señalen las leyes. Esto se traduce en que el aborto puede que no se penalice en determinados supuestos, siendo permitido legalmente, pero esto no lo convierte en que sea éticamente y moralmente justificable ni aceptable.

La realidad es que, a veces, puede producirse una presión de la sociedad hacia los médicos para que asuman la práctica de realizar abortos legalmente autorizados, y esto puede ocurrir incluso dentro del propio sistema público de salud.

¿Qué podemos hacer ante esta situación? Por una parte, es necesario tener en cuenta que la mayoría de las organizaciones médicas tienen una posición generalizada en contra de esta situación y, por otra, tenemos las obligaciones éticas de proteger a la vida humana del ser no nacido aún que se manifiestan explícitamente en el código deontológico (como luego veremos en el apartado de la objeción de conciencia).

La Asociación Médica Mundial, en la declaración sobre el aborto terapéutico, señala<sup>35</sup>:

1. El primer principio moral que se impone al médico es el respeto a la vida humana desde su comienzo.
2. Las circunstancias que ponen los intereses vitales de la madre en conflicto con los intereses vitales de su criatura por nacer, crean un dilema y plantean

el interrogante respecto de si el embarazo debe o no ser deliberadamente interrumpido.

3. La diversidad de respuestas a esta situación es producida por la diversidad de actitudes hacia la vida de la criatura por nacer. Esta es una cuestión de convicción y conciencia individuales que debe ser respetada.

4. Es deber de la profesión médica asegurar la protección de sus pacientes y defender los derechos del médico dentro de la sociedad.

5. Por lo tanto, donde la ley permita el aborto terapéutico, la operación debe ser realizada por un médico competente en la materia y en un lugar aprobado por las autoridades del caso.

6. Si un médico estima que sus convicciones no le permiten aconsejar o practicar un aborto, él puede retirarse, siempre que garantice que un compañero cualificado continuará prestando atención médica.

Es muy importante que se respete el derecho a la objeción de conciencia en aquellos profesionales de la salud que lo soliciten, ya que esto está recogido en todos los textos deontológicos, mostrándose en los mismos tanto el campo lícito de la actuación de un médico como el de su abstención ética.

### **1.2.9. ¿Autonomía y beneficencia frente a justicia en el aborto?**

El acto mismo de abortar nunca puede ser un acto de beneficencia ni para la madre ni, por supuesto, para el feto, ya que rompe cualquier modelo perfecto de propuesta ética para una vida dichosa.

Es por ello que la mujer con un embarazo que no deseado tiene que tener en cuenta también los derechos justos del no nacido, ya que llevar a cabo una injusticia (en este caso sería no respetar la vida del hijo que lleva dentro) implica un acto maleficente para el hijo y, al mismo tiempo, para la persona en sí misma, ya que no está respetando su dignidad como persona y no está siendo, por tanto, justa con ella misma<sup>36</sup>.



Esto le puede acarrear un remordimiento por sus convicciones ideológicas y religiosas, además de llevar consigo para siempre en su conciencia el hecho de cometer una injusticia, tanto con ella misma como con su hijo, y esto le puede dañar irreparablemente su dignidad como persona.

Sin embargo, sería justo, ético y moralmente permitido, cuando un médico interviene porque está en riesgo la vida de la madre, aunque de forma secundaria y como consecuencia de esa actuación se pueda producir el aborto del feto de manera no deseada, después de aplicar rigurosamente el principio de doble efecto. En este caso estamos ante dos vidas en juego y es necesario que estos casos estén muy bien delimitados en la legislación<sup>37</sup>, pero a excepción de esto en todas las demás circunstancias no se puede dejar de tener en cuenta todo lo que hemos argumentado previamente sobre el deber de justicia que tenemos que tener de proteger la vida del ser humano que está por nacer, saber también que esa vida humana tiene una dignidad que hay que respetar y poner unos límites al principio de autonomía que tiene la madre y el médico. Por este motivo, es necesario que construyamos desde el principio de justicia los principios de autonomía y beneficencia. Es muy importante tener en consideración cuáles serían o cuáles tienen que ser las obligaciones de carácter absoluto, y sin excepciones que son las que priman antes que los principios de autonomía de la madre y del médico y del principio de beneficencia de la madre con el aborto, y éstos principios son el de no maleficencia ( es decir que no se le cause ningún daño al feto ni a la propia madre) y el de justicia: que es el del respeto al derecho a la vida del ser que aún no ha nacido.

En este punto es donde es muy importante que se unan el Derecho y la Bioética, ya que los dos desean el mismo fin que es la promoción de los derechos fundamentales y el respeto a la vida humana. Dicho de otra forma, proteger dentro de lo posible a la mujer con un embarazo no deseado, al feto y al médico, pero sobre todo, asegurar siempre los derechos de las más vulnerables, de la mujer y del feto<sup>36</sup>.

### 1.3. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y PSICOPATOLOGÍA

#### 1.3.1. Vínculo materno-filial en el embarazo

El embarazo es un estado nuevo para el cuerpo que requiere una adaptación tanto física como psicológica, ya que durante los 9 meses que dura un embarazo una serie de cambios van a acontecer, y aunque posteriormente después del parto la mujer vuelve a su "estado anterior a la gestación", tanto el cerebro como el cuerpo de la mujer nunca serán igual que antes de concebir. En general, el embarazo por sí sólo tiene un resultado beneficioso para la salud psíquica de la mujer, siendo un ejemplo de esto que a veces recuperar la normalidad neuroendocrina, después del parto, exige una adaptación por parte del cuerpo y de la mente de la madre, que puede acarrear cierto riesgo de modificaciones en el estado de ánimo, dando lugar a veces a la depresión postparto<sup>38</sup>.

Podemos decir que la gestación produce una serie de hormonas que provocan en la mujer un fuerte cambio fisiológico, neurobiológico que constituye el que se le puede denominar "cerebro materno"<sup>38</sup>. Durante el proceso fisiológico de la gestación, el cerebro de la mujer va cambiando tanto funcional como estructuralmente, ya que va respondiendo a las señales básicas que recibe del feto. Con el embarazo, en la madre es innato que tanto el cuidado como la protección de su descendencia ocupe un lugar único y privilegiado, desarrollándose sentimientos hacia ellos que sólo un proceso de esta magnitud puede producirlos, un amor incondicional a proteger esa vida que la madre lleva dentro<sup>39</sup>.

Esta unión que se crea entre madre y feto con el embarazo, se potencia con el parto y la lactancia, ya que el contacto cuerpo a cuerpo aumenta los circuitos neuronales, los más intensos de la naturaleza, que es esa unión que hay entre una madre y su hijo recién nacido. Esta unión de apego emocional y afectivo es inherente en el proceso biológico natural del embarazo<sup>40</sup>.

El embarazo es algo nuevo para el cuerpo de la mujer y para que la madre no lo reconozca como extraño y pueda producirse un rechazo del cuerpo de la

madre hacia el embrión, éste tiene que convertir el sistema inmunológico de la madre para que sea tolerante hacia él, dando lugar a lo que podría denominar “diálogo molecular de la gestación”. Este estímulo de tolerancia inmunológica en la madre produce en la gestación una fusión, una simbiosis de dos vidas, puesto que un ser no podría vivir sin el otro. Desde el inicio de la simbiosis de la gestación, se inicia el amor de la vida humana, que es un vínculo natural de la persona<sup>39</sup>. De hecho, la interrupción del proceso de gestación tiene consecuencias en la salud psíquica de la mujer, como veremos más adelante.

#### *1.3.1.1. Vínculo de apego y embarazo: neurobiología*

Como hemos mencionado anteriormente, durante la gestación suceden una serie de modificaciones en la vida emocional de la mujer y esto puede traducirse en una serie de modificaciones en el sistema nervioso. Estos cambios ha sido posible estudiarlos gracias al avance producido en las nuevas técnicas de neuroimagen, que nos permiten examinar el sistema nervioso central. Estas técnicas indican que hay una importante relación entre el sistema límbico y el desarrollo del proceso afectivo emocional que se crea entre la mujer embarazada y la nueva vida humana que se está gestando en su interior<sup>40</sup>. El sistema límbico, que se encuentra en el cerebro, está compuesto por distintas formaciones encefálicas, que son las encargadas de integrar la respuesta por parte del organismo ante distintos estímulos emocionales.

Además, para complicar un poco más estos hallazgos, se sabe que la gran mayoría de las regiones nerviosas están implicadas en procesos cognitivos superiores, y éstas también podrían estar relacionados con esa unión o nexo afectivo-emocional que ocurre durante el embarazo, dando lugar a un equilibrio completo y absoluto a toda la vida emocional, y es necesario que todos estos componentes estén en armonía para garantizar el buen funcionamiento y desarrollo de este vínculo materno-filial. Está demostrado que algunas hormonas que se liberan durante la gestación, sobre todo la oxitocina y vasopresina, pueden influir de forma decisiva sobre la plasticidad neurofuncional en el proceso del vínculo afectivo-emocional<sup>41</sup>.

Por tanto, estos hallazgos indican que es necesario que todos estos circuitos funcionen a la perfección durante el embarazo para así favorecer un nexo afectivo madre-hijo muy eficiente en la estructura psicológica normal. Por el contrario, pudiera ser que la alteración en alguna de estas estructuras lleve implícita alteraciones a nivel mental que se han confirmado en pacientes psiquiátricos<sup>32</sup> con técnicas de neuroimagen.

### **1.3.2. Aborto y salud mental de la mujer embarazada**

Un número considerable de mujeres españolas se han sometido a una intervención para realizar un aborto inducido. En nuestro país, y teniendo en cuenta los datos oficiales<sup>2</sup>, durante el año 2013 se han realizado 108.690 abortos. Cada vez existe mayor evidencia científica sobre los potenciales efectos psicológicos perjudiciales para la mujer que se somete a un aborto provocado, resultando curioso constatar que la mayor parte de abortos que se han realizado en nuestro país se han acogido al supuesto de riesgo para la salud psíquica de la madre. En el año 2009, este supuesto alcanzó al 96.74% de todos los abortos realizados<sup>2</sup>.

Sin embargo, como se expondrá más adelante, hay estudios que sugieren que el aborto supone un riesgo para la salud psíquica de aquellas mujeres que se someten a él.

#### *1.3.2.1. Aborto en el contexto psicológico y/o psicopatológico de la mujer*

El hecho de abortar implica tomar una decisión que constituye un hecho histórico irreparable por su gravedad e irreversibilidad. Generalmente, se asocian muchos factores (algunos de ellos condicionan y/o desencadenan ciertas patologías) en el momento de tomar la decisión de abortar. De hecho, es muy importante que estos factores sean tenidos en cuenta en los programas que se elaboren para prevenir el aborto, puesto que pueden condicionar e influir en la decisión de abortar en la mujer<sup>42</sup>.

Estos factores pueden ser agrupados en 3 etapas, dependiendo de su relevancia y frecuencia de ocurrencia<sup>42</sup>:

1. Factores personales y/o familiares. En un primer momento la mujer tiende a recurrir a su pareja, suele ser el padre biológico de la criatura, pero en muchos casos la mujer se encuentra con que su se desentiende, ya sea por miedo o por no querer ninguna responsabilidad. Posteriormente, la mujer suele recurrir a sus padres, pero ya con el miedo de pensar en cómo van a afrontar esta nueva información y, añadido muchas veces al mismo temor a la reacción de sus padres por miedo a sufrir otro rechazo hace que rechace la posibilidad de pedirles ayuda y busque otras alternativas. Un estudio con una muestra de 658 hombres y 906 mujeres ha identificado algunos posibles predictores en el momento de tomar la decisión de abortar en la mujer<sup>43</sup>. Entre los más importante estarían: no profesar la religión de forma activa, no haber tenido la referencia de una madre ni de un padre durante la infancia, haber abandonado el hogar de forma temprana, antecedentes de sexo forzado y antecedentes de tener relaciones sexuales con más personas al mismo tiempo. En relación con los hombres, son factores de riesgo: no profesar la religión de forma activa, haber sufrido abuso sexual antes de los 13 años, antecedentes de tener relaciones sexuales con más personas al mismo tiempo y compartir más de una noche con otra mujer<sup>42</sup>.

2. Factores provenientes del contexto social, el miedo a escándalos y rechazo. Para la madre embarazada es importante el qué dirán. Una mujer sola y joven que se haya quedado gestante se siente asustada porque piensa que su nuevo estado le va a causar vergüenza y va a ser motivo de desprestigio o deshonra social.

3. También puede intervenir en el momento de la decisión que la mujer embarazada soltera, sin pareja, no tenga una adecuada información en relación con el embarazo y con las ayudas y prestaciones que puede obtener, ya que es algo para lo que aún no estaba preparada, surgiendo así la lucha entre debatirse entre dos temores: el temor al embarazo y al parto y el temor a abortar<sup>42</sup>.

#### *1.3.2.2. Revisión de la literatura científica de los efectos del aborto en la salud mental*

Se presenta en esta sección una revisión de la literatura científica sobre la relación entre IVE y presencia de problemas de salud mental. Esta revisión nos permitirá más adelante discutir los resultados de nuestra investigación con los

obtenidos previamente. Es preciso apuntar que la mayoría de los grupos de comparación que se han utilizado en las investigaciones previas han estado formados por mujeres que dan a luz en embarazos no deseados, que no han sufrido abortos, que han sufrido abortos no provocados o que han dado a luz a niños en gestaciones deseadas. La existencia de grupos de comparación formados por mujeres no embarazadas es muy escasa.

Una primera revisión de las evidencias digna de mención es la realizada por la Academy of Medical Royal Colleges y el National Collaborating Centre<sup>44</sup> for Mental Health, publicada en Diciembre de 2011. En este amplio estudio participaron numerosos profesionales y grupos de trabajo para revisar la mejor evidencia disponible en la literatura sobre la asociación entre trastornos de salud mental y mujeres que han tenido una interrupción voluntaria del embarazo. Esta revisión intenta dar respuesta a una serie de preguntas como:

(a) ¿Cuál es la prevalencia de los problemas de salud mental de las mujeres que han tenido un aborto provocado?

(b) ¿A qué puede deberse que los resultados sobre los trastornos mentales en las mujeres que han sufrido un aborto sean poco convincentes?

(c) ¿En las mujeres que han abortado se puede decir que son más frecuentes los problemas mentales que en las mujeres que han tenido un embarazo no deseado y han llegado a término y han dado a luz?

En la revisión realizada se observó que la mayoría de los estudios examinados adolecían de numerosas limitaciones metodológicas. Las principales conclusiones a las que llegaron fueron:

(a) La incidencia de problemas de salud mental en mujeres con un embarazo no deseado era similar entre las que habían tenido una IVE y las que dieron a luz.

(b) Un embarazo no deseado estaba asociado a una mayor probabilidad de padecer problemas de salud mental.

(c) El factor predictivo más relevante para desarrollar trastornos de salud mental posteriormente a la práctica de un aborto era que la mujer tuviera una historia previa de trastorno mental.

(d) Los factores asociados a un aumento en la incidencia de problemas de salud mental para mujeres de la población general seguidos de un aborto o de un nacimiento fueron similares.

(e) Parece ser que la presencia de algunos factores externos pueden estar asociados a un aumento del riesgo de problemas de salud mental relacionados con el aborto. Entre éstos, podrían estar la presión a la que puede estar sometida la mujer para que aborte por parte de su pareja, o si la mujer ha vivido la experiencia del aborto de una manera negativa.

Para finalizar, los autores de esta revisión enfatizaron la necesidad de dar apoyo y atención a aquellas mujeres que tienen un embarazo no deseado, por el riesgo de que los problemas de salud mental aumenten, sea cual sea el resultado del embarazo.<sup>44</sup>

En otro estudio de revisión, tras valorar la evidencia científica acumulada en los últimos años, el Royal College of Psychiatrists británico corrigió en marzo de 2008 su consenso del año 1994, para aconsejar a los profesionales de la salud que las hojas informativas, que obligatoriamente han de proporcionarse a la mujer antes de someterse a un aborto inducido, expliquen minuciosamente los detalles sobre los riesgos de salud mental tras el aborto, para que el consentimiento sea lo más completo posible<sup>44</sup>.

Otra revisión de la literatura fue la que la American Psychological Association<sup>45</sup> (APA) encargó a la Task Force on Mental Health and Abortion, y que se publicó en 2008. La APA es la principal organización de profesionales de la psicología en los Estados Unidos, y la más influyente en el contexto internacional. La American Psychiatric Association publica el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, también conocido como DSM, siendo actualmente el texto de referencia para el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. En el DSM-III de 1987, el aborto se consideraba como un acontecimiento que podría ser potencialmente traumático y por tanto el desencadenante de un trastorno por estrés posttraumático. Sin embargo, en su posterior revisión en 1994 (DSM-IV) se excluyó el aborto como uno de los eventos potencialmente traumáticos, no sin cierta polémica y con la sospecha de intereses partidistas, ya que no cabe duda de que el

aborto inducido encaja con la definición de un evento potencialmente traumático (en relación con la pérdida de un familiar o ser querido) <sup>45</sup>. Actualmente ya se ha publicado el DSM-5<sup>46</sup>, donde tampoco se incluye el aborto como evento potencialmente traumático.

El propósito de este estudio fue revisar las investigaciones realizadas hasta la fecha sobre las relaciones entre salud mental y aborto provocado. Este Comité revisó los trabajos publicados en lengua inglesa desde 1989 que evaluaron la salud mental de las mujeres que habían tenido un aborto y comparándolas con otras mujeres que habían dado a luz o que no habían estado embarazadas. También revisaron los estudios sin grupo de control para estimar la incidencia de problemas mentales en las muestras de mujeres de Estados Unidos que habían tenido un aborto.

Las preguntas a las que se enfrentó esta revisión fueron las siguientes:

¿Puede causar el aborto algún trastorno mental en la mujer que ha abortado?

¿Cuál es la prevalencia de los problemas de salud mental en las mujeres que han tenido un aborto en Estados Unidos?

¿Cuál es el riesgo relativo de los problemas de salud mental asociados al aborto comparándolo con el de las mujeres que han terminado su embarazo mediante otra alternativa (dando a luz, en adopción, etc.)?

¿Cuáles podrían ser los factores para predecir las variaciones entre las alteraciones psicológicas secundarias al aborto en cada mujer?

Esta revisión reconoció que no habían estudios lo suficientemente rigurosos como para establecer una asociación directa entre alteraciones de salud mental y aborto, sin que se pudiera excluir el influjo de factores de confusión. Pero la conclusión principal y esencial a la que llegaron los autores de esta revisión fue que el riesgo relativo de padecer trastornos de salud mental, después de una interrupción voluntaria del embarazo que ocurra en el primer trimestre, no era superior al que puede darse en las mujeres que dan a luz, aunque sí sugieren que se detectaron situaciones de soledad, pena, tristeza, depresión o ansiedad en algunas mujeres que abortaron.



En esta revisión también se comprobó si aquellas mujeres que abortaron tenían antecedentes personales de padecer trastornos psicológicos anteriores a realizar el aborto, ya que si existieran, se podría predecir que la mujer tuviera una posible respuesta no adaptativa mental tras producirse el aborto. Cuando los autores de esta revisión analizaron estudios realizados con una metodología más sólida, encontraron que en las mujeres que habían abortado varias veces había evidencia de problemas mentales. No obstante, cabe la posibilidad de que la existencia de desequilibrios psíquicos previos, sentimientos opuestos ante la decisión de abortar o características personales sean los factores clave asociados con el desarrollo de problemas mentales después de un aborto.

En resumen, puede decirse que en el informe del Comité nombrado por la APA, aunque de forma no del todo explícita, se recogía la existencia de evidencias de que el aborto inducido es un alto factor de riesgo<sup>45</sup> para: (a) las mujeres con múltiples abortos, (b) las mujeres que no desean abortar y lo hacen por presión de terceros, (c) las menores que abortan y (d) las mujeres que han sufrido problemas previos de salud mental, ya que el aborto puede precipitar o agravar los problemas.

En otra revisión sistemática Charles et al<sup>47</sup>. evaluaron los problemas de salud mental que se habían producido en un tiempo más prolongado (por encima de los tres meses) secundarios al aborto y agrupados según la metodología de calidad de la APA. Se revisaron los artículos que evaluaron esta cuestión publicados desde el uno de enero de 1989 hasta el uno de agosto de 2008, obteniéndose 21 estudios que cumplían los criterios de inclusión y tenían un grupo control y 5 estudios sin grupo control. La calidad metodológica de los estudios fue valorada mediante una escala con cinco indicadores: grupo de control apropiado, control de los problemas mentales previos al aborto, utilización de herramientas válidas y fiables para evaluar la presencia de trastornos de salud mental, control adecuado de los factores de confusión y adecuada interpretación de los resultados.

Los autores llegaron a la conclusión que no se podía establecer de manera evidente que existiera una relación causal entre desarrollar problemas de salud mental tardíamente en las mujeres que habían abortado, sobre todo considerando

que cuanto mayor fue la calidad metodológica de los estudios que se evaluaron, una menor asociación entre riesgo de salud mental y aborto se observó. Una clara tendencia emergió de esta revisión sistemática: los estudios de mayor calidad fueron los que encontraron los resultados más neutrales, sugiriendo la existencia de tan sólo escasas diferencias entre las mujeres que abortan y los grupos control, en lo que respecta a su salud mental.

Posiblemente, la revisión de la literatura más comprehensiva sobre esta cuestión ha sido la llevada a cabo por Priscilla Coleman<sup>48</sup>, en la que se evaluó la evidencia de trastornos psíquicos en las mujeres que habían abortado, comparándola con la de mujeres que no lo habían hecho. Esta revisión englobó los artículos en lengua inglesa publicados entre 1995 y 2009. Un total de 22 artículos fueron seleccionados para su evaluación, 15 de Estados Unidos y 7 de otros países, que incluyeron un total de 877.181 mujeres, y donde se agruparon en tres grupos: (a) mujeres sanas no embarazadas, sin abortos; (b) mujeres sanas y embarazadas que habían dado a luz y (c) mujeres con un embarazo no deseado que habían abortado, que incluyó a 163.831 mujeres.

La conclusión a la que llegaron estos autores fue que había un 81% más de probabilidades de desarrollar problemas mentales en las mujeres que habían abortado que en aquellas que no lo habían hecho, y cerca de un 10 % de la incidencia de estos problemas se demostró ser directamente atribuible al aborto.

También se evidenció un mayor riesgo de consumir sustancias adictivas y de ideación suicida, si se comparaban las mujeres que habían tenido un aborto con aquellas mujeres que habían llevado el embarazo a término y habían dado a luz. Además encontraron que la probabilidad de padecer problemas de ansiedad en las mujeres que habían abortado era un 34% mayor que en los controles, y un 37% mayor la de sufrir depresión. De manera que en esta revisión reveló que el aborto provoca un riesgo entre moderado y muy alto de desarrollar problemas de salud mental.

Otro estudio que aporta datos relevantes al propósito de esta investigación fue el realizado por Fergusson et al.<sup>49</sup>, en el que se realizó un seguimiento longitudinal de una cohorte de 534 mujeres, de la que nacieron 1265 niños, en

Christchurch (Nueva Zelanda). El seguimiento de esta cohorte fue realizado desde el nacimiento hasta que cumplieron 30 años. En este estudio se comprobó que, al que corroboraron en otro posterior los mismos autores<sup>41</sup>, 284 mujeres tuvieron 686 embarazos antes de los 30 años, que incluyeron 153 abortos, ocurridos en 117 mujeres; 138 embarazos que se perdieron de forma natural, en 95 mujeres; 66 nacidos vivos de 52 mujeres que mostraron reacciones adversas y 329 nacimientos de 197 mujeres que no mostraron problemas médicos. A partir de estos datos, los autores alcanzaron las siguientes conclusiones:

El aborto inducido se asoció con un aumento de problemas mentales, entre 1,86 y 7,08 veces, cuando se comparó con las mujeres que no habían abortado.

Todos los resultados encontrados por estos autores son consistentes con la conclusión de que incluso después de ajustar con los factores confusores, la exposición a un aborto inducido estaba asociada con un pequeño pero consistente aumento en las tasas de problemas de salud mental. Sin embargo, aunque había evidencia de una asociación estadísticamente significativa entre la exposición al aborto inducido y tasas de sufrir trastornos de salud mental, la contribución del aborto provocado en las tasas de problemas de salud mental en la población era pequeña. Además, los trastornos de salud mental relacionados con el aborto representaban entre el 1,5% y el 5,5% de la totalidad de los trastornos mentales.

Posterior a este estudio, estos autores publicaron otro trabajo<sup>50</sup> donde confirmaron que el 85% de las mujeres que abortaron sufrían, por lo menos, alguna reacción negativa, tales como tristeza, culpabilidad, pena, decepción o remordimiento y un 34,6% sufrían cinco o más reacciones negativas. Aunque estos resultados contrastaron con los que encontraron en mujeres que experimentaban reacciones positivas, como sensación de felicidad, calma o satisfacción. El 59,6% mostraban una o más de estas reacciones positivas y un 52,5% mostraban tres reacciones positivas. Para finalizar, cabe destacar que alrededor del 90% de las mujeres que habían abortado pensaban que su decisión fue apropiada cuando se le preguntó sobre el aborto provocado y solamente un 2% pensó que su decisión fue incorrecta.

En 2009 otro estudio de Coleman et al.<sup>51</sup> con una muestra representativa de unas 3.000 mujeres de la población de Estados Unidos, examinó la relación entre

trastornos mentales e IVE controlando el influjo de 22 variables potencialmente confusoras de los resultados (demográficas, problemas de relación, experiencias traumáticas previas, etc.). En la muestra el 13% de las mujeres habían tenido al menos un aborto provocado. Una vez controlado el influjo de los confusores, el acto de abortar voluntariamente presentó una asociación estadísticamente significativa (estimada mediante odds ratios ajustadas,  $OR_{aj}$ ) con los siguientes diagnósticos psiquiátricos: trastorno de pánico ( $OR_{aj} = 2,1$ ), agorafobia ( $OR_{aj} = 1,9$ ), trastorno por estrés postraumático ( $OR_{aj} = 1,6$ ), trastorno bipolar I ( $OR_{aj} = 2,7$ ), depresión ( $OR_{aj} = 2,4$ ), dependencia del alcohol ( $OR_{aj} = 2,4$ ), dependencia de alguna droga ilegal ( $OR_{aj} = 2,3$ ). Todos estos trastornos fueron significativamente más probables en mujeres que habían tenido un aborto provocado frente a mujeres que no habían abortado.

Otro estudio fue el realizado por Munk-Olsen et al.<sup>52</sup> en Dinamarca y que fue publicado en enero de 2011. El estudio utilizó como referencia para la recogida de datos el registro civil danés, que incluía jóvenes y mujeres sin problemas mentales, en el período de 1995 a 2007, que tenían un aborto provocado durante el primer trimestre o que habían dado a luz a un niño durante este mismo período de tiempo. Se estimaron las tasas de mujeres que necesitaron una consulta psiquiátrica durante los 12 meses posteriores al aborto o al nacimiento y se comparó con un período de 9 meses previos al evento (ya sea aborto o nacimiento). Los resultados mostraron que la incidencia de consultas psiquiátricas por cada 1.000 mujeres/año (entre jóvenes y mujeres adultas) que se habían sometido a un primer aborto fue del 14,6% (IC al 95%: 3,7-4,2) antes del aborto y del 15,2% después de él (IC al 95%: 6,4-7). La incidencia de consultas psiquiátricas entre las mujeres que habían dado a luz un niño tras un embarazo normal fue del 3,9% (IC al 95% 3,7-4,2) antes del embarazo y del 6,7% (IC al 95%: 6,4-7) después del parto. Encontraron que el índice de consultas psiquiátricas no se modificaba antes y después de un aborto ( $p = .19$ ), pero sí aumentaba de forma significativa después de un parto normal comparado con antes del parto ( $p < .001$ ), concluyendo los autores que no se produce un aumento de problemas de salud mental secundariamente a los abortos del primer trimestre y que, por tanto, este incremento sea mayor que el que se da tras un parto normal.

Priscilla Coleman<sup>53</sup> arrojó algunas críticas al trabajo de Munk-Olsen et al.<sup>52</sup> Una de ellas era que la incidencia de problemas psiquiátricos en la consulta previa a tener un aborto que habían obtenido en el estudio de Munk-Olsen et al.<sup>52</sup> era muy elevada, aproximadamente unas tres veces mayor a los que presenta la población normal (sin aborto inducido), sugiriendo Coleman que este incremento pudo deberse a que la mujer ya podía estar influenciada por la ansiedad en la que puede estar inmersa la mujer en los días anteriores al aborto tras un embarazo no deseado. Siguiendo con el análisis de este estudio, un dato bastante relevante para Coleman fue que los problemas de salud mental que habían obtenido estos autores fueron mucho más altos después de un aborto (15,2%) que después de un parto normal (6,7%). Además, Coleman también reitera que este estudio apenas tuvo en cuenta algunos factores confusores, ya que sólo se incluyeron el número de embarazos y la edad, sin incluir otros posibles factores confusores, como que el embarazo fuera no deseado, que otras personas presionaran a la mujer para abortar, si estaban casadas o solteras, su situación económica, haber tenido algún antecedente de violencia de género, etc. Aprovechando esta puntualización, Coleman insistió sobre el hecho de que bastantes estudios donde se estudia la relación entre aborto y salud mental de las mujeres con interrupciones voluntarias del embarazo se consideraron inadecuados por la APA<sup>45</sup> única y exclusivamente debido a que algunos de los factores confusores que se han enumerado anteriormente no se hayan contemplado. Otro inconveniente sería que en el estudio de Munk-Olsen et al.<sup>52</sup> a las mujeres sólo se les hizo un seguimiento durante el año posterior al parto o al aborto, cuando se ha demostrado que una gran mayoría de problemas psiquiátricos relacionados con el aborto pueden manifestarse tras varios años después de haber tenido lugar el aborto. Tampoco se controlaron los antecedentes de abortos provocados previos. Por tanto, el estudio de Munk-Olsen et al.<sup>52</sup> debería interpretarse teniendo en cuenta estas limitaciones.

Pedersen<sup>54</sup> realizó otro estudio en el que investigó las posibles relaciones existentes entre tener un aborto o dar a luz y diferentes conductas de abuso en el consumo de sustancias (alcohol, nicotina y otras drogas). Los resultados indicaron que las mujeres que habían tenido un aborto tenían tasas más elevadas de consumo de sustancias y de problemas. Además, las mujeres que daban a luz a un

niño reducían las tasas de problemas con el alcohol y el uso de cannabis. Estas asociaciones persistían después de controlar los factores de confusión. Sin embargo, en las mujeres que aún vivían con el padre del embrión que se había abortado no se producía un aumento del riesgo de consumo. Por tanto, este estudio concluyó que el aborto en las mujeres, bajo algunas circunstancias, está asociado con el aumento del riesgo de dependencia a la nicotina, problemas del alcohol y uso de cannabis y otras drogas ilegales, mientras que el nacimiento de un niño puede reducir el uso de algunas sustancias.

En otro estudio similar, Pedersen<sup>55</sup> investigó la asociación entre depresión y aborto. Para ello, examinó una muestra representativa de mujeres procedente de población normal noruega, con edades comprendidas entre los 15 y los 27 años. Los resultados indicaron que las mujeres jóvenes que afirmaron haber tenido un aborto voluntario presentaban un mayor riesgo de sufrir síntomas depresivos que las mujeres que no abortaron, incluso una vez controlado el influjo de confundidores ( $OR_{aj} = 2,9$ ).

Otros estudios también han apuntado hacia la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el aborto inducido y efectos psicológicos adversos<sup>56,57</sup>, siendo incluso superior en chicas jóvenes<sup>45,58</sup>. Evidencias a favor de esta relación se encontraron en el estudio de Fergusson et al<sup>59</sup>. En este estudio se examinaron los vínculos entre tener un aborto y la salud mental durante el intervalo de edad que va de los 15 a los 25 años. Los datos fueron recogidos como parte del estudio de salud de Christchurch, una investigación longitudinal de una cohorte de niñas de Nueva Zelanda. La información se obtuvo con la historia de embarazo/aborto. Se siguieron las directrices del DSM-IV para evaluar la presencia de alteraciones mentales y comportamiento suicida entre los intervalos de edad 15-18, 18-21 y 21-25 años, y se tuvieron en cuenta posibles factores de confusión en relación con la familia y la infancia de estas mujeres. Los resultados indicaron que el 41% de las mujeres se embarazaron en al menos una ocasión antes de los 25 años, con una tasa del 14,6 % de abortos. El grupo de las que abortaron presentaban tasas más elevadas de problemas de salud mental, donde incluían depresión, ansiedad y comportamientos suicidas, así como el uso de sustancias adictivas. Esta asociación se mantuvo después de ajustar los factores de

confusión. La conclusión a la que llegaron estos autores fue que el aborto se puede asociar a un aumento del riesgo de problemas de salud mental en mujeres jóvenes.

También existen en la literatura estudios que concluyen que el aborto no implica riesgos más importantes y graves que los que se podrían asociar con un embarazo no deseado que llega a término. Uno de estos estudios fue el realizado por Major et al<sup>60</sup>, cuyo objetivo fue examinar las emociones y evaluar la salud mental de las mujeres después de un aborto, así como sus predictores y los cambios a lo largo del tiempo. Este estudio prospectivo se realizó con mujeres que llegaban a tres clínicas de EEUU para realizar un aborto provocado y eran seleccionadas aleatoriamente para participar en el estudio. Fueron entrevistadas una hora antes del aborto y una hora, un mes y dos años después. Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas y el estado de salud mental previo al aborto como predictores de posibles alteraciones psicológicas postaborto. Los resultados indicaron una disminución de la presión y un incremento de la autoestima desde el estado de preaborto al de postaborto, pero las emociones negativas aumentaron y la satisfacción con la decisión disminuyó con el paso del tiempo. La historia de depresión previa al embarazo fue un factor de riesgo para la depresión, baja autoestima y resultados negativos más específicos a los dos años postaborto. Tener una edad más joven y tener más niños antes de abortar también estaban asociados a una mayor frecuencia de alteraciones psicológicas tras el aborto. Los autores concluyeron que la mayoría de mujeres no experimentaron problemas psicológicos o de arrepentimiento después de dos años del aborto, aunque algunas sí lo hicieron, sobre todo aquéllas que tenían una historia previa de depresión.

Otro estudio fue el realizado por Steinberg y Finer<sup>61</sup>, donde los datos fueron recogidos del US National Comorbidity Survey. Se realizaron análisis para examinar la relación del aborto con la ansiedad y otros trastornos psicológicos y con tener más abortos. En contra de las conclusiones alcanzadas por Coleman et al.<sup>51</sup> con esta misma base de datos, Steinberg et al<sup>61</sup> no encontraron evidencia de una mayor incidencia de trastornos psicológicos y de ansiedad en las mujeres que habían abortado si se comparaban con las que habían dado a luz. Sin embargo,

encontraron que el índice de ansiedad era mayor en aquellas que habían abortado varias veces que en las que no habían hecho. Además, las mujeres que se encontraban en esta situación habían estado expuestas a algún episodio de violencia en algún momento de su vida.

Otro estudio fue el realizado en Australia por Dingle et al<sup>62</sup>. Tras tener en cuenta y ajustar distintos factores de confusión, comprobaron que las mujeres con un aborto eran más propensas al consumo de drogas y al tabaco. En concreto, la incidencia de este consumo era de un 21%-34% en el caso del aborto voluntario, un 17%-31% en el caso de pérdida involuntaria del embarazo y un 6,3%-26% en las mujeres que dieron a luz. Además, las mujeres que abortaron (voluntaria o involuntariamente) eran más propensas a sufrir depresión y ansiedad cuando eran comparadas con el grupo de mujeres que no habían abortado ( $OR_{aj} = 1,9$ ).

Otro estudio fue el de Mota et al<sup>63</sup>, cuyo propósito fue examinar la relación entre aborto y diferentes alteraciones mentales ajustando los factores confusores e investigar la relación temporal entre la aparición de la alteración mental y la edad del primer aborto. Los datos se obtuvieron del National Comorbidity Survey Replication, que incluyó a una cohorte de 3.310 mujeres adultas. Utilizando los criterios del DSM-IV se confeccionó un test para examinar la asociación entre aborto y alteraciones mentales y consumo de sustancias. Los resultados obtenidos, una vez ajustados los factores sociodemográficos, indicaron que el aborto se asociaba con un aumento de la probabilidad de contraer numerosos trastornos mentales, tales como ansiedad ( $OR_{aj}$  con un rango desde 1,87 a 1,91), y de abuso de sustancias ( $OR_{aj}$  con rango desde 3,14 a 4,99). En consecuencia, los autores confirmaron la existencia de una asociación entre aborto y alteraciones mentales, reportando prevalencias de vida para diferentes alteraciones psicológicas que oscilaron entre un 5,8% y un 24,7%.

Otro estudio fue el realizado por Steinberg et al<sup>64</sup>, publicado en 2014, cuyo objetivo fue examinar los datos del National Comorbidity Survey-Replication para comprobar si un primer aborto aumenta el riesgo de alteraciones mentales comparado con dar a luz, con y sin considerar el estado de salud mental previo a la gestación y exposiciones adversas, tales como la situación económica, la



historia de abortos, la edad del primer aborto o nacimiento y la raza. Para ello, compararon tasas de alteraciones mentales (ansiedad, consumo de sustancias, ideación suicida, alteraciones del ánimo) de 259 mujeres después de haber tenido un aborto voluntario y 677 mujeres que habían dado a luz en edades comprendidas entre los 18 y los 42 años.

Una vez ajustados los factores de confusión, los autores concluyeron que el aborto no era un predictor estadísticamente significativo de la ansiedad, de las alteraciones del ánimo ni de las ideas suicidas. Sólo encontraron una relación estadísticamente significativa entre el aborto y el consumo de sustancias.

Otro estudio fue el realizado por Reardon et al.<sup>65</sup>, en el que compararon la tasa de consultas psiquiátricas en mujeres en un periodo de tiempo de 90 días a 4 años después de un aborto o un nacimiento. Utilizaron la base de datos California Medi-Cal, que recogió mujeres de entre los 13-49 años que tuvieron algún aborto o nacimientos desde 1989. Sólo se incluyeron en el estudio las mujeres que no habían tenido consultas psiquiátricas o eventos de embarazo en el año anterior al estudio ( $N = 56.741$ ). Encontraron que las mujeres que tuvieron un aborto tenían un riesgo significativamente más alto de consulta psiquiátrica comparado con las mujeres que habían dado a luz en el mismo periodo de tiempo examinado. En concreto, el odds ratio para un episodio de depresión fue  $OR = 1,9$  (IC al 95%: 1,3-2,9), y para episodios recurrentes de depresión fue  $OR = 3$  (IC al 95%: 1,3-3,5). Estos resultados también se observaron cuando los análisis se estratificaron por la edad.

En otro estudio realizado en Dinamarca, Rash et al.<sup>66</sup>, se centró en cómo las características socioeconómicas y el país de nacimiento pueden estar estadísticamente asociadas con el aborto. Aplicaron un cuestionario diseñado para recoger este tipo de información a una muestra de mujeres que solicitaron abortar y a un grupo de control, formado por mujeres que iban a dar a luz. Entre otros resultados, encontraron que el factor más estrechamente asociado con la decisión de abortar fue el estar soltera ( $OR = 39,1$ ; IC al 95%: 23,8-64,2), seguido de tener 19 años o menos ( $OR = 29,6$ ; IC al 95%: 13,4-65,5), tener dos o más niños ( $OR = 7,05$ ; IC al 95%: 5,29-9,39), ser estudiante ( $OR = 2,29$ ; IC al 95%: 1,52-3,43), o no tener empleo ( $OR = 1,65$ ; IC al 95%: 1,11-2,46). Además, comprobaron que éstas

eran las características más frecuentes entre su población inmigrante no occidental.

En otro estudio Coleman et al.<sup>43</sup> desveló algunas características sociodemográficas que se asociaban significativamente a la decisión de abortar. Entre ellas se encontraban no profesar la religión de forma activa, no haber tenido la referencia cercana de una madre ni de un padre durante la infancia, antecedentes de sexo forzado, haber participado en relaciones sexuales con más personas y haber tenido relaciones sexuales antes de los 13 años.

En un estudio relacionado con el anterior Rue et al.<sup>67</sup>, compararon la relación entre aborto y alteraciones mentales (estrés postraumático) en una muestra de mujeres rusas frente a otra de mujeres estadounidenses que habían practicado un aborto voluntario. El principal objetivo de ese estudio fue examinar si el aborto era percibido o no como traumático y, si así fuera, comprobar si las manifestaciones del estrés postraumático se percibían igual en mujeres rusas que americanas. Como objetivo secundario, el estudio también pretendía identificar factores demográficos y de embarazo que pudieran predecir los posibles resultados negativos para la salud mental de estas mujeres.

Las conclusiones a las que llegaron los autores fueron que en la muestra de mujeres rusas los predictores demográficos de los resultados psicológicos negativos fueron ser joven, ser religiosa y haber tenido más hijos. Además, en la muestra de mujeres rusas se encontró que las circunstancias del aborto que podían predecir los resultados negativos en ellas fueron: no creer en los derechos del aborto de la mujer, tener una pareja que no deseaba el embarazo, haber tenido presión a la hora de tomar la decisión, haber dudado sobre la decisión y no haber recibido consejo antes del aborto. Las mujeres rusas experimentaban resultados más positivos cuando eran menos religiosas, que sería el único factor sociodemográfico que influía en esta relación. Las circunstancias del aborto que podrían predecir resultados positivos en esta muestra de mujeres fueron: no haber tenido presión a la hora de la decisión y haber pasado tiempo desde el aborto.

Con respecto a la muestra de mujeres estadounidenses, las conclusiones a las que llegaron estos autores fueron que los predictores demográficos de los resultados psicológicos negativos incluían el ser joven, estar divorciada, no tener empleo a tiempo completo y tener un nivel de educación más alto. En cuanto a las circunstancias del aborto que podían predecir los resultados negativos en esta muestra de mujeres, éstas fueron: no creer en los derechos del aborto de la mujer, haber sufrido presiones a la hora de tomar la decisión, no haber recibido consejo antes del aborto y haber experimentado abortos previos. Ningún factor demográfico predecía resultados positivos en esta muestra de mujeres, y las circunstancias del aborto que podrían predecir resultados positivos en esta muestra de mujeres fueron: creer que la mujer tenía derecho al aborto, no haber necesitado más tiempo a la hora de tomar la decisión, tener una pareja que no deseaba el embarazo y estar de pocas semanas en el momento del aborto.

Finalmente, la cantidad de varianza explicada que se podía atribuir a la nacionalidad de las mujeres osciló entre el 1% y el 24%, lo que sugirió que la mayor parte de la variabilidad en las respuestas de las mujeres a un aborto puede atribuirse más a situaciones o factores personales que culturales. Los factores culturales pueden jugar un papel en cómo el estrés es experimentado por las mujeres que abortan. Más específicamente, las altas tasas de comportamiento y de manifestaciones emocionales reportadas por las mujeres estadounidenses van en concordancia con su entorno social, que es más conflictivo, o menos permisivo, con el tema del aborto.

#### 1.3.2.2.1. Conclusiones

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y sus posibles repercusiones negativas para la salud mental de las mujeres que se someten a esta práctica es un tema que desde hace tiempo suscita en la sociedad un extenso debate médico, sociológico e incluso en el ámbito antropológico. Se trata de un tema con un fuerte componente ideológico que genera posiciones encontradas, incluso entre los investigadores. Esto hace que resulte difícil a los investigadores ser neutrales en el

análisis científico de los datos, siendo las interpretaciones de los resultados de estos estudios muy propensas a sufrir sesgos ideológicos. Las discrepancias en la interpretación de los resultados pueden deberse, en gran medida, a los diferentes criterios morales que pueden tener las instituciones y/o las personas que realizan estas investigaciones, su posicionamiento moral respecto del aborto, lo que hace difícil, en ocasiones, abordar un tema tan importante como éste sin dejarse influir por la subjetividad de cada uno. Tales amenazas contra la interpretación científica y rigurosa de los datos ocurren a pesar de que se suelen tomar las precauciones metodológicas pertinentes, tales como introducir grupos de control e intentar controlar las potenciales variables de confusión.

Que los posicionamientos ideológicos se inmiscuyan en el quehacer científico hace que no resulte extraño encontrar en la literatura científica resultados similares interpretados de formas muy diferentes<sup>37</sup>. Así, hay autores que afirman que existen alteraciones de la salud mental en relación con el aborto provocado, mientras que otros afirman lo contrario.

Una de las posibles explicaciones a la existencia de posicionamientos enfrentados está en las dificultades metodológicas que conlleva realizar estudios de esta índole. Resulta muy complejo diseñar investigaciones prospectivas que puedan responder a la relación existente entre IVE y problemas de salud mental. La inmensa mayoría de los estudios son retrospectivos, lo que imposibilita el establecimiento de relaciones causales. Por razones obvias, los estudios de esta naturaleza no permiten realizar asignación aleatoria de las unidades experimentales (las mujeres en este caso) a las condiciones experimentales, tales como asignar a un grupo de mujeres a abortar, otras a dar a luz y otras a dar en adopción al hijo que llevan dentro. Por el contrario, en estos estudios los grupos objeto de comparación se forman de modo natural. Estas circunstancias hacen que este tipo de investigaciones sean propensas a sufrir sesgos debidos al influjo de variables confusoras. Por otra parte, las muestras de mujeres en estos estudios suelen tener una gran heterogeneidad en cuanto a sus características sociodemográficas (raza, edad, religión profesada, condición social, etc.) y en relación con las circunstancias personales y familiares que rodearon la IVE, tales como que el embarazo fuera o no deseado, que contaran, o no, con el apoyo de su

pareja y/o de su familia, su estado civil, y un largo etcétera. Esta heterogeneidad de las muestras merma las posibilidades de alcanzar resultados concluyentes. Un factor fundamental para entender las discrepancias en los resultados, y su interpretación, entre los estudios que han abordado la relación entre aborto voluntario y problemas de salud mental hay que buscarlo en la naturaleza de los grupos de comparación, o grupos de control, utilizados en estas investigaciones. Existe un consenso razonable en cuanto a las características que deben tener las mujeres que conforman el grupo de los 'casos', es decir, mujeres que tienen un embarazo no deseado y deciden abortar de forma voluntaria. Sin embargo, no existe tal consenso en cuanto a cuál es el grupo de comparación, o de control, frente al que hay que enfrentar los datos relativos a los problemas de salud mental. Así, los autores que llegan a la conclusión de que no existe relación entre aborto voluntario y problemas de salud mental suelen utilizar como grupos de comparación mujeres embarazadas que dan a luz, en especial embarazos no deseados. Por el contrario, los estudios que tienden a alcanzar relaciones entre aborto voluntario y problemas mentales suelen utilizar grupos de comparación formados por mujeres que no estaban embarazadas, o mujeres con embarazos deseados que dan a luz un hijo sano. Hay autores que consideran que el tipo de grupo de comparación metodológicamente más adecuado es el formado por mujeres embarazadas que dan a luz, a ser posible, embarazos no deseados. Sin embargo, desde nuestra perspectiva, utilizar este grupo de comparación confunde los resultados relativos a la salud mental de las mujeres que abortan voluntariamente. No debemos olvidar que dar a luz un hijo también es una situación traumática que puede dejar secuelas durante algún tiempo en la madre, tales como la depresión postparto, tanto si el embarazo fue deseado como si no. Desde nuestra perspectiva, el grupo de comparación más adecuado para comprobar si el aborto voluntario supone un incremento en la probabilidad de padecer problemas de salud mental debe estar formado por mujeres que no han estado expuestas recientemente a un evento estresante, como es el dar a luz y, por tanto, por mujeres no embarazadas.

### 1.3.3. Cambios en el cerebro en un aborto inducido

#### 1.3.3.1. Embarazo y cerebro

El embarazo se puede considerar como un acontecimiento nuevo donde es necesario que tanto el cuerpo como la mente de la madre se adapten a esta nueva situación. Para que esto se pueda llevar a cabo, es necesario que una serie de cambios sucedan en el cuerpo de la madre. El primero de ellos supone eliminar las consecuencias del estrés, donde la responsable es una hormona llamada cortisol, que es la que se produce ante una situación de estrés. El segundo supone que la progesterona que se segrega durante la gestación hace que se produzca otra hormona llamada oxitocina ( también denominada hormona de la confianza) que es la que prepara a la madre para cuidar y proteger a su prole<sup>38,68</sup>.

Por tanto, son estos mecanismos los que en el embarazo desarrollan el llamado “cerebro social”, siendo éste muy sensible a la oxitocina, dando lugar al vínculo de amor más fuerte que se pueda generar de un ser viviente a otro.

Las experiencias naturales que se producen con el embarazo, parto, lactancia, al oír o ver al hijo, con sus sonrisas y llantos, etc., van reforzando con una carga emocional muy importante y modificando de un modo único la memoria emocional. Esta memoria, se procesará en una zona del cerebro llamada hipocampo y nunca será igual antes y después de la gestación.

Desde la fecundación se empieza a generar un mensaje de comunicación interactivo donde el cuerpo de la madre comienza a responder a las señales del hijo que está gestando, quedándose todo esto grabado en el cerebro. Ante esto cada mujer responde de un modo diferente dependiendo de varios factores: condición física, edad, situación laboral y económica, etc.

Por otro lado, también se produce en sentido opuesto, es decir, los estímulos auditivos, táctiles, visuales, de los acontecimientos que están pasando con carga emocional, también se evalúan en el denominado complejo amigdalino (que se localiza en el cerebro) y tras una serie de conexiones con la corteza insular se produce una respuesta ya sea de recompensa o de castigo. Ese intercambio de

información que se produce en las neuronas, para su buen funcionamiento requiere que se sigan los pasos normales de un embarazo y del parto, es decir que concluya el acontecimiento siguiendo el sentido biológico propio del mismo al que pertenece (que en este caso sería la gestación y parto). De modo que cuando el embarazo finaliza de manera biológica o fisiológica es evaluado de forma positiva, mientras que cuando se termina de forma espontánea o voluntaria, antes de tiempo (aborto) es evaluado biológicamente como negativo<sup>69</sup>.

#### *1.3.3.2. Trastorno por estrés postraumático*

Como hemos comentado anteriormente, en el cerebro (en distintas zonas) se regulan las emociones y la memoria emocional, por lo que un estrés traumático provocará cambios en dichas áreas cerebrales. Estos cambios son alteraciones que se pueden traducir en la clínica como vigilancia, temor, ansiedad, angustia, inquietud y alteraciones de la memoria, pudiendo ser estos cambios transitorios o permanentes.

Una persona desde que nace hasta que muere va experimentando diversas vivencias a lo largo de su vida y, dependiendo de cómo sean éstas, van modificando, cambiando a esa persona, ya sea de forma favorable o desfavorablemente. De este modo, un evento que sea traumático para esa persona y le haya tocado vivirlo, puede hacerle cambiar a esa persona la forma en la que se ve a sí misma y al mundo, y esto puede ser puntual o para siempre. Esta forma, el denominado trauma post-aborto muestra síntomas comunes y similares con el trastorno de estrés posttraumático (TEPT), tales como, re-experimentación persistente de lo que sucedió y evitación de estímulos asociados, ansiedad, depresión, además de sentimientos de culpa y la necesidad de arreglar o compensar de algún modo esa pérdida que ha sufrido.

Hay una gran cantidad de información que apunta a que el TEPT es una alteración de la respuesta normal que tendría que tener una persona al estrés. Además, las experiencias vividas pueden ser un factor de riesgo de trastornos psicológicos que se pueden desarrollar posteriormente, incluido el TEPT.

Vamos a explicar resumidamente cómo se procesan las emociones en condiciones normales en el cerebro, donde están implicadas conexiones de las distintas áreas de las tres capas del cerebro<sup>70</sup>:

Primeramente, toda la información que llega a través de los sentidos converge en la corteza cerebral, en el tálamo, que es la primera capa del cerebro, adquiriendo conciencia emocional de lo visto u oído únicamente cuando esa información penetra en la capa central del cerebro (que es donde se encuentra el sistema emocional). Para que esto ocurra, es el tálamo el que envía la información a la amígdala cerebral, que es la que traduce la percepción a emoción. Así, cuando el sistema emocional detecta que hay una situación amenazante se activa la hormona del estrés, el cortisol, para poder actuar en consecuencia.

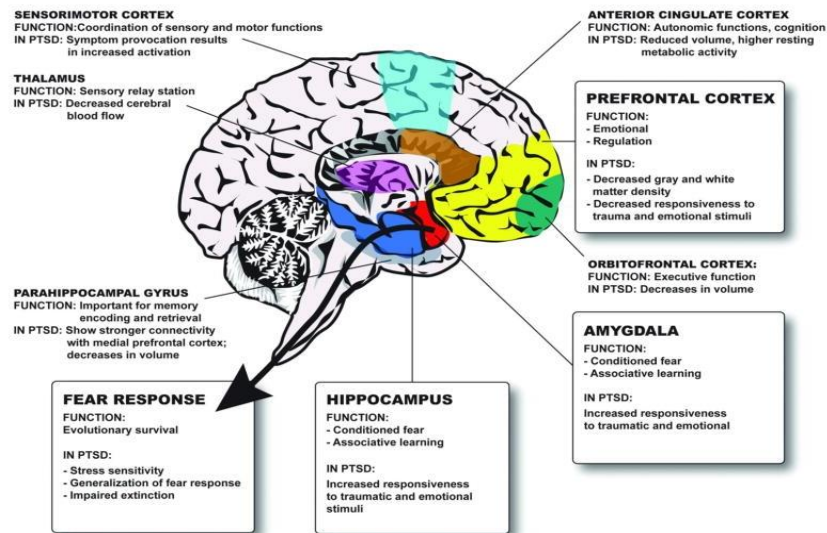
Un estímulo puede ser evaluado por la amígdala<sup>71,72</sup> como positivo o negativo. Esto se lleva a cabo en el complejo amigdalino mediante la identificación y evaluación de las recompensas o castigos, interactuando con otras áreas cerebrales. De esta manera, el lóbulo frontal es el que está implicado en la memoria, el conocimiento y la conciencia, normalmente “silencioso” debido a una serie de mecanismos inhibidores, evitando la respuesta a estímulos que no tienen ninguna relevancia. En un segundo nivel estaría la corteza insular, que es la que recoge las señales de todo el cuerpo y permite percibir conscientemente el propio cuerpo emocionado. Todo lo que nos emociona, impresiona o afecta, y el modo de comportarnos, se queda grabado en la memoria con señales de castigo o de recompensa que marcan la experiencia.

Por ello, ante un estímulo que se había quedado registrado anteriormente, la memoria emocional puede ser reactivada en una situación posterior al ser oído de nuevo, volviendo a rememorar las sensaciones experimentadas y esto puede dar lugar a un miedo condicionado.

A continuación nos deberíamos preguntar cuáles son los circuitos neuronales que están implicados tanto en la memoria como en la respuesta emocional y que se alteran en el TEPT, dando lugar a un hipofuncionamiento de la corteza prefrontal<sup>73</sup>, hiperestimulación de la amígdala cerebral<sup>74</sup> al no ser inhibida por la corteza prefrontal ventral medial y a una reducción del volumen del hipocampo<sup>75</sup>.



Figura 4. Esquema del sistema límbico y el TEPT



Fuente: Fear conditioning, synaptic plasticity, and the amygdala: implications for posttraumatic stress disorder<sup>75</sup>

Esta enfermedad psiquiátrica denominada TEPT es más frecuente que le afecte a las mujeres, ya que son más proclives a sufrir esta enfermedad que los hombres debido a la acción de los estrógenos, aunque también pueden influir factores de variabilidad genética y experiencias personales como pueden ser haber sufrido abuso o maltrato durante la infancia, ya que todo esto puede predisponer a una persona a tener una mayor vulnerabilidad a sufrir esta enfermedad. Esto es importante ya que es una información científica que puede aportar sensatez y cordura en aquellos debates referentes a si el aborto debería de ser un derecho para toda mujer ó sólo estar despenalizado en algunos supuestos, como por ejemplo la salud psíquica de la gestante.

La sociedad, los legisladores y sobre todo las mujeres interesadas, que son aquéllas que buscan el aborto como una huida a una situación que ellas consideran compleja, difícil y con frecuencia dramática, tendrían que poder tener acceso a toda esta información antes de tomar una decisión final.

Por tanto, podemos concluir que el aborto es un factor de riesgo para sufrir trastornos psiquiátricos, sobre todo si la mujer ha padecido previamente acontecimientos traumáticos y/o sus marcadores biológicos muestran vulnerabilidad<sup>76</sup>.

Lógicamente, un aborto provocado puede ser considerado un evento estresante lo suficientemente traumático como para ser potencialmente un desencadenador de un TEPT por varias razones:

Muchas mujeres perciben la terminación de su embarazo como la muerte brusca y violenta que le causan a su propio hijo, y tienen esta percepción a pesar de sus justificaciones.

Cuanto mayor es la ambivalencia y la duda frente a la decisión de abortar o no, mayor es el riesgo de que el aborto inducido se convierta en un evento traumático.

Con frecuencia, las mujeres se ven presionadas a abortar por maridos, padres, implicando un quebrantamiento de la voluntad personal con el resultado de la muerte del feto, cuya responsabilidad recae totalmente sobre la mujer y no sobre los inductores.

Si además, la mujer ha sufrido algún tipo de abuso sexual, el aborto provocado puede ser percibido como el quebrantamiento y la sumisión final de su voluntad y su persona, frente al abusador, con consecuencias asumidas sólo por la mujer.

Algunas mujeres perciben la maternidad como una gran limitación de cara a su desarrollo profesional, siendo la propia sociedad y sobre todo el mundo laboral, los que estableciendo un tipo de discriminación sexista que afecta sólo a las mujeres las abocan a abortar. Posteriormente, la mujer toma conciencia de este abuso, pero la responsabilidad solo recae sobre ella.

La mujer puede considerar el aborto inducido como un evento traumático debido a las consecuencias médicas derivadas del aborto provocado.

El procedimiento del aborto implica, un gran nivel de dolor físico y de estrés para la mujer, lo que aumenta la percepción de experiencia traumática.

Parece ser que el tipo de procedimiento que se utilice para realizar el aborto, así como el tipo de anestesia influyen a la hora de relacionar el aborto con el TEPT<sup>33</sup>.

#### 1.3.3.3. *Sintomatología del Síndrome PostAborto*

El Síndrome Post-Aborto (SPA) está formado por diversos síntomas y trastornos psicopatológicos, que se pueden manifestar de diversas formas y con intensidades y duración diferentes dependiendo del tipo de persona.

Entre estos síntomas se pueden encontrar la tristeza, querer evitar de forma intencionada el recuerdo del aborto, la aversión hacia todas las cosas que le hagan recordar el evento, estar irascible ante la presencia de cualquier niño, las crisis de ansiedad, llanto, el insomnio, etc. También en mujeres jóvenes o adolescentes que sufren este trastorno pueden aparecer conductas compulsivas de auto-castigo, intentos suicidas, e incluso a veces, les puede provocar un aumento en el número de relaciones sexuales<sup>42</sup>.

Por otro lado si la paciente es una mujer de un poco más de edad, estaba casada y la decisión del aborto fue condicionada por otras circunstancias, como por ejemplo un hijo no deseado por la pareja y/o un acto de infidelidad conyugal, la sintomatología suele iniciarse y manifestarse antes, ser más severo el cuadro depresivo si lo tuviera y las manifestaciones de ansiedad ser más intensas, produciéndose a veces alteraciones en la conducta. Las mujeres viven esta experiencia como lo que es, una situación irreversible, que ya no se puede volver atrás y de desesperación, en la que la persona no es capaz de poder perdonarse a sí misma por el acto que ha realizado, la pérdida de su hijo. Algunas de estas manifestaciones se pueden llegar a hacer crónicas. Este conjunto de síntomas se ha querido definir como SPA y es compatible con el diagnóstico de estrés postraumático<sup>37</sup>.

Según Polaino<sup>42</sup>, en el SPA se pueden diferenciar tres etapas:

-Una primera etapa donde los síntomas predominantes son la tristeza, la irritabilidad y la frustración.

-Una segunda etapa donde son los recuerdos de lo que aconteció los que predominan, es algo que revive diariamente, y que no puede dejar de ser evocado, por lo que la mujer no puede quitárselo de su pensamiento. Parece que esto está relacionado con que estos síntomas se instalan en la memoria de un modo obsesivo y recriminatorio.

- Finalmente, lo que prevalece es el sufrimiento de una grave depresión que normalmente no responde al tratamiento habitual con fármacos antidepresivos. Si se indaga en ese sufrimiento, se puede ayudar a asumir esa decisión que la mujer tomó en su momento, y a poder salir de esa depresión. En esta etapa también nos encontramos con ansiedad, pero es mejor llevada por la paciente. Sin embargo, en esta etapa, suelen aflorar los sentimientos de culpa. Es necesario dedicarle tiempo, ayudarle a aflorar lo que ha vivido y poder llegar hasta el final. Es importante que estas pacientes estén advertidas de que ese complejo de culpa que sienten, junto a una anhedonia intensa y crónica, fruto de la intensa depresión que sufren, sean los factores principales que conforman las ideas suicidas que son frecuentes y que están presentes en algunas de estas pacientes<sup>42</sup>.

#### *1.3.3.4. Estudios de neuroimagen en el TEPT*

En el trastorno de estrés postraumático, gracias a las técnicas de neuroimagen, se ha evidenciado una alteración en los circuitos que participan en la respuesta emocional y en la memoria<sup>75</sup>. Se han puesto de manifiesto los cambios que ocurren en las áreas que están relacionadas con la regulación emocional en este trastorno<sup>77</sup> en el que el lóbulo frontal, que es el encargado de la reactivación de las asociaciones emocionales pasadas, disminuye en su capacidad de respuesta y en su intensidad. Se ha evidenciado una hiperestimulación de la amígdala cerebral<sup>74</sup>, una hipoactividad del lóbulo prefrontal<sup>73</sup> y una disminución del volumen del hipocampo causado por la hiperactividad de la amígdala<sup>75</sup>.

Una característica que aparece siempre que los circuitos relacionados con la memoria emocional y el miedo no funcionan adecuadamente es la disminución del hipocampo<sup>78</sup>. Por medio de las técnicas de neuroimagen se ha evidenciado que el hipocampo disminuye en aquellas mujeres con trauma debido a un aborto provocado, y sin antecedentes de alteraciones mentales<sup>79</sup>. También se evidencia en

aquellos pacientes que sufren un TEPT una disminución de la memoria episódica, además de disminuir también el volumen del hipocampo (el cual está relacionado con la memoria), y se constata un incremento de los recuerdos que tienen relación con el acontecimiento traumático.

En aquellos pacientes con TEPT, también se ha encontrado que la región ventromedial de la corteza prefrontal (vmPFC), que tiene un papel inhibitor de la amígdala cerebral e interviene en la extinción del medio condicionado y regulando voluntariamente las emociones negativas, es menos activa<sup>75,80</sup>. En la regulación del miedo y el estrés posttraumático se ha comprobado que también desempeñan un papel secundario la corteza cingulada anterior, la circunvolución del hipocampo, la corteza orbitofrontal, la corteza sensoriomotora y el tálamo <sup>75,81</sup>.

Como resumen, podemos decir que la consecuencia de estas alteraciones neuroanatómicas comentadas anteriormente es un incremento de la sensibilidad al estrés, que en este caso sería de la respuesta generalizada al miedo.

#### *1.3.3.5. Genética y vulnerabilidad al estrés*

Se ha evidenciado que cada persona puede responder de una manera diferente ante un evento traumático, dependiendo de muchos factores que puedan causarles un TEPT. Se ha comprobado que hasta un 30-35% de los TEPT pueden ser hereditarios<sup>82</sup>.

Además, como hemos mencionado anteriormente, las mujeres pueden mostrar una mayor incidencia la hora de desarrollar eventos psiquiátricos relacionados con el estrés que los hombres. Esto se puede deber a distintas causas:

- La respuesta al estrés está mediada por el receptor del factor liberador de la corticotropina (CRFr), y éste trasmite de manera distinta la señal en hombres y mujeres. Esto es debido a que en las mujeres las neuronas receptoras de CRF tienen una sensibilidad mayor al factor a más bajos niveles del mismo, que es el que regula la respuesta al estrés, dando lugar a un incremento de la vulnerabilidad a sufrir enfermedades como depresión y TEPT<sup>83</sup>.

- También intervienen regulando la respuesta al estrés la neurohormona PACAP (activadora de la adenilato ciclasa de la pituitaria) y su receptor (PAC1)<sup>84</sup>.

La PACAP está regulada por estrógenos, siendo el gen que la codifica expresado en respuesta a los estrógenos en la amígdala cerebral, y al estar mediado por estrógenos, que son más frecuentes en las mujeres, ante un trauma importante que ocurra en la mujer como por ejemplo un aborto, las sitúa en una situación de vulnerabilidad a una posible respuesta de una mala adaptación a este trauma.

Para resumir lo expuesto anteriormente, podemos decir que los trastornos psiquiátricos causados por el aborto provocado son debidos a una mala respuesta en la regulación normal emocional. Además, parece existir una predisposición genética, junto con otros factores, para que unas mujeres sufran el grave trastorno de estrés postraumático por una respuesta con mala adaptación al estrés y otras puedan sufrir también trastornos mentales, pero en menor medida, como pueden ser los trastornos de ansiedad, de conducta, o depresión.

#### 1.4. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

##### 1.4.1. Concepto de objeción de conciencia

La Objeción de Conciencia (OC) se ha venido definiendo como el rechazo a cumplir unas determinadas normas jurídicas por considerarse éstas que se oponen a las creencias éticas, filosóficas, morales o religiosas de una persona<sup>85</sup>, también se puede definir como un juicio de carácter ético (que no equivale a subjetividad, tendencia, gusto, hábito o deseo), es la oposición del individuo a cumplir una norma cuando ésta entra en conflicto con sus propias creencias o ideologías. Esta actitud conlleva por parte del individuo que la realiza una coherencia de vida, y además, una proclamación de la verdad que defiende.

Esta actitud de abstención ante un deber jurídico está impulsada por imperativos axiológicos o morales (siendo éste la parte más importante del argumento) que tienen para el sujeto el rango de suprema instancia normativa.

Es pues un rechazo a someterse a una norma o disposición de una ley positiva que se considera injusta por oponerse a la ley natural, y esa oposición es primordial para la defensa o protección de la vida. La objeción de conciencia se

puede producir debido a un conflicto entre las obligaciones morales, religiosas o de justicia de la persona y el tener que cumplir una normativa legal<sup>86</sup>.

El fundamento principal en el que se basa la OC es el respeto a la libertad de conciencia, implicando esto el derecho de llevar a cabo juicios de conciencia, y reconocer una libertad de actuación conforme a dichos juicios. Uno de los éxitos más importantes del último cuarto del siglo XX dentro de los derechos humanos ha sido el reconocimiento del derecho a la OC<sup>86</sup>.

#### **1.4.2. Características de la Objeción de Conciencia**

La OC se caracteriza por<sup>87</sup>:

a) Reconoce la existencia de una obligación legal de actuar en un determinado sentido, de tal manera que la persona que sea objetora manifestará que no está de acuerdo con esa norma legal, por no ser compatible con su ideología, creencia moral o su ideal de justicia, pero esto sólo lo podrá hacer en la medida en que esa norma influya en los deberes que van dirigidos directamente a él (por ejemplo, un ginecólogo que en su hospital tiene que practicar abortos, podrá apelar la OC, pero no se acepta de objetor a un oftalmólogo que no está relacionado con el aborto).

b) Está basada en argumentos éticos, morales, religiosos, axiológicos o de justicia.

c) El objetor solicita una acción de carácter omisivo, es decir pretende no realizar una acción que perjudicaría gravemente la moral del individuo o produciría un daño importante al bien común.

d) No se quiere cambiar ninguna norma, no tiene un fin político.

e) Es una forma de solucionar, por vía de excepción, los conflictos que puedan surgir entre unas personas y otras en la sociedad democrática actual.

#### **1.4.3. La Objeción de Conciencia de los profesionales sanitarios**

Los profesionales sanitarios se encuentran a veces con un conflicto cuando por su actividad asistencial tienen que cumplir un deber, hacer un acto pero su moral y su conciencia se lo impide, pudiéndose aferrar entonces a la OC. El aborto

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

está contemplado en la mayoría de países para que los médicos que no quieran realizarlo se puedan acoger a la OC.

La OC busca el respaldo constitucional, teniendo los siguientes artículos que hacen referencia a la libertad ideológica<sup>88</sup>:

-El *artículo. 14*: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

-El *artículo. 16.1*: “Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por ley”.

Por tanto la OC es un derecho fundamental ó al menos una manifestación de un derecho fundamental.

En 1985, la STC 53/1985, de 11 de abril, declara y reconoce la OC del personal sanitario en el caso de aborto. Esta sentencia manifiesta que la OC existe por sí misma, esto quiere decir, que no es necesario que se regule, ya que forma parte del derecho fundamental a la libertad religiosa e ideológica reconocida por el artículo 16.1 de la Constitución Española, que es directamente aplicable en materia de Derechos Fundamentales<sup>89</sup>.

#### **1.4.4. Ética, deontología y OC de los profesionales sanitarios**

La conducta profesional del médico ha de guiarse por un conjunto de principios y reglas éticas, el llamado código deontológico médico. El 15 de Julio de 2011, la Organización Médica Colegial (OMC) aprobó un nuevo Código Deontológico Médico<sup>90</sup>, derogando el anterior (el de 1999), siendo su cumplimiento obligado para todos los profesionales.

En la sociedad actual, con frecuencia nos encontramos con conflictos éticos siendo necesario recurrir al código deontológico para intentar buscar una solución. Los Códigos de Ética y Deontología Médica determinan una serie de obligaciones para los colegiados de obligado cumplimiento, pudiendo provocar si



no se cumplen sanciones ya sean de tipo disciplinario o faltas deontológicas, ya que la infracción de éstas no equivale a las jurídicas.

Los artículos del Código de Ética y Deontología referentes a la objeción de conciencia y al aborto son los siguientes<sup>90</sup>:

Artículo 32:

1. Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse por convicciones éticas, morales ó religiosas a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia.
2. El reconocimiento a la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva e institucional.

Artículo 33:

1. La objeción de conciencia ha de operar siempre con un sentido moral por lo que se deben rechazar, como actos de verdadera objeción, aquellos que obedezcan a criterios de conveniencia u oportunismo.
2. La objeción de ciencia tiene una protección deontológica al amparo del derecho a la libertad de método y prescripción, siendo diferente de la objeción de conciencia.
3. El médico debe comunicar al responsable de garantizar la prestación y, potestativamente, al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia. El Colegio de Médicos le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria.

Artículo 34:

1. La objeción de conciencia, se refiere al rechazo a ciertas acciones, pero nunca puede significar un rechazo a las personas que demanden esa acción en función de sus características individuales: raza, sexo, edad, hábitos de vida, ideología o religión.

2. En caso de una objeción de conciencia sobrevenida, el médico objetor deberá comunicar al paciente de forma comprensible y razonada su objeción a la prestación que le solicita.

3. Aunque se abstenga de practicar el acto objetado, el médico objetor está obligado, en caso de urgencia, a atender a esa persona, aunque dicha atención estuviera relacionada con la acción objetada.

Artículo 35:

De la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicios o ventajas para el médico que la invoca.

A continuación expondremos los artículos que hacen referencia al aborto.

Artículo 52:

En materia de sexualidad no es lícito interferir en la conciencia de las parejas desde la ideología del médico. Debe intervenir aconsejando o recomendando aquellas prácticas o medidas que redunden en un beneficio para los pacientes ó futura descendencia. Está obligado a informar a sus pacientes acerca de todas las prestaciones a las que tenga derecho en materia de procreación y embarazo.

Artículo 55:

1. El médico está al servicio de preservar la vida a él confiada, en cualquiera de sus estadios. El que una mujer decida interrumpir voluntariamente su embarazo, no exime al médico del deber de informarle sobre las prestaciones sociales a las que tendría derecho, caso de proseguir el embarazo, y sobre los riesgos somáticos y psíquicos que razonablemente pueden derivar de su decisión.

2. El médico, que legítimamente opte por la objeción de conciencia, a la que tiene derecho, no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia ni de resolver, por sí mismo o

mediante la ayuda de otro médico, los problemas que el aborto o sus consecuencias pudieran plantear.

3. El médico debe proporcionar a la mujer gestante información adecuada, fidedigna y completa sobre la evolución y el desarrollo fetal. No es conforme a la ética médica negar, ocultar o manipular información para influir en la decisión de la madre sobre la continuidad de su embarazo.

Artículo 51:

1. El ser humano es un fin en sí mismo, en todas las fases del ciclo biológico, desde la concepción hasta la muerte. El médico está obligado, en cualquiera de sus actuaciones, a salvaguardar la dignidad e integridad de las personas bajo sus cuidados

#### **1.4.5. ¿Cómo y ante quien objetar?**

La OC se debe exponer anticipadamente y por escrito según la nueva legislación (L.O.2/2010). Esto significa que se debe manifestar con anterioridad a que la mujer solicite la práctica del aborto, si no habría que esperar a finalizar el aborto para posteriormente manifestarla. Esta anticipación pone en peligro el derecho de cada profesional a no manifestarse sobre su religión, ideología o creencia, aunque a pesar de esto, la objeción de conciencia se hará, de forma general, ante la dirección del centro u hospital donde trabaje, y además expresarlo en el colegio profesional que corresponda, ya que en algunos existe un registro de objetores<sup>85</sup>.

También señalar que sólo se tiene que objetar la primera vez, y no se necesita autorización, en caso de su denegación se mantendría vigente hasta la resolución judicial.

#### **1.4.6. La Objeción de Conciencia al aborto y la Ley Orgánica 2/2010**

El reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia (OC) del personal sanitario se recoge en un párrafo del artículo 19.2º <sup>91</sup>:

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

*“Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la OC sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la OC. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo”.*

Si analizamos este artículo 19 de la Ley 2/2010 titulado “Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud”, nos refleja que lo importante es la mujer y su derecho a conseguir un tratamiento apropiado, quedando relegado a un segundo plano la objeción de conciencia del personal sanitario, y considerando menos importante el derecho a la libertad ideológica de dicho personal.

No obstante es cierto que en este artículo el derecho a la OC de los profesionales sanitarios que están implicados de una forma directa en la interrupción voluntaria del embarazo es reconocido como tal, aunque no sin comentar la frase *“sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la OC”*, situando a la OC como si de un peligro se tratase. De esta manera, parece responsabilizar a los objetores de un no cumplimiento con lo solicitado por la mujer, olvidando el legislador que los que han de garantizar una calidad asistencial de la práctica del aborto es la administración sanitaria, ya que el médico está en su disposición de acogerse al derecho de OC<sup>92</sup>.

Para finalizar, es preciso también comentar aquí la siguiente frase *“En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo”*, de manera que se crea un vínculo entre la obligación legal y los dictados de conciencia.

El derecho a la OC es una declaración del principio de dignidad de la persona, y así tiene su manifiesto constitucional: en el artículo 10.1º (principio de

dignidad personal), y en el artículo 16.1º (derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto). El derecho a la OC es un derecho constitucional, autónomo, donde es necesario que el legislador intervenga para que se pueda ejercer, excepto en dos supuestos: la objeción al servicio militar y la objeción del personal sanitario a practicar abortos<sup>92</sup>.

Como conclusión, podríamos decir que los defectos de la regulación de la OC en esta ley se pueden resumir en dos: primero que nos encontramos ante un sistema legislativo deficiente, puesto que no se asigna a la OC un capítulo ni un artículo propio en la propia Ley, siendo incluido en un artículo dedicado a la prestación del servicio del aborto en la mujer.

Segundo, la Ley otorga una supeditación de la voluntad de los objetores a la voluntad de la mujer, que se manifiesta en la forma de finalizar la frase donde se considera el derecho a la objeción, y teniendo en cuenta como hemos comentado anteriormente que es única y exclusivamente la Administración Pública la responsable de asegurar un acceso igual y de calidad a la asistencia del aborto, esto no parece ser tenido en cuenta la Ley Orgánica 2/2010.

Estos dos aspectos negativos se podrían deber a que la sociedad todavía desconfía de la, como si fuera un acto amenazador. Esperemos que en los consecutivos desarrollos legislativos el trato hacia el objetor se realice con más deferencia y consideración, siendo esto muy importante para la continuidad de una sociedad realmente democrática<sup>92</sup>.



## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 2.1. INTRODUCCIÓN

Se han producido una serie de cambios en la interrupción voluntaria del embarazo desde la introducción de la nueva ley del aborto 2/2010, que han llevado a un aumento en el número de abortos durante el año posterior a la aprobación de dicha Ley para posteriormente producirse un estancamiento o bajada en el número de interrupciones voluntarias del embarazo.

En el año 2013 el 89,93 % de los abortos ha sido a petición de la mujer, sin alegar causa alguna y en el año 2012 han sido de 91,26 %. La Región de Murcia ocuparía el sexto lugar respecto al resto de Comunidades Autónomas en cuanto a la tasa de abortos (según datos del Ministerio de Sanidad)<sup>2</sup>.

La relación ente la interrupción voluntaria del embarazo y los efectos adversos en el plano psicológico y relacional que puedan existir, es un problema muy complejo y controvertido, e incluso a veces politizado. La evidencia científica actual no ha logrado esclarecer suficientemente la existencia de esta relación.

Estudiar las asociaciones que puedan existir entre la interrupción voluntaria del embarazo, factores sociodemográficos, personales y familiares y sus potenciales consecuencias adversas para la salud mental de la persona que la realiza es un tema complejo y difícil de tratar, ya que son situaciones muy personales que dificultan el diseño e implementación de estudios metodológicamente bien hechos. La interrupción voluntaria del embarazo en nuestra sociedad actual constituye un problema de una magnitud y una gravedad tal que lo convierte en un tema de salud pública de primer orden, ineludible para la Medicina, la Psicología y la Sociología.

En este capítulo se presentan los objetivos de esta investigación, así como las hipótesis que se derivan de dichos objetivos. Después de presentar los objetivos e hipótesis, se describe la metodología seguida, el diseño del estudio, las características de los grupos de comparación, los instrumentos de medida utilizados, el procedimiento seguido y las técnicas de análisis estadístico aplicadas.

## 2.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Los objetivos de esta investigación se estructuran de la siguiente forma:

(1) Examinar la relación existente entre el hecho de realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) versus no realizarla y la presencia de problemas psicológicos relacionados con la ansiedad, la depresión y el optimismo hacia la vida, así como el influjo de variables de confusión en dichas relaciones.

(2) Examinar las posibles relaciones entre el hecho de realizar una IVE versus no realizarla y variables sociodemográficas, tales como la nacionalidad, el estado civil, la religión profesada, el lugar de residencia, el nivel de estudios, la situación laboral y el número de hijos.

(3) Examinar las posibles relaciones entre el hecho de realizar una IVE versus no realizarla y variables relativas a la historia personal y familiar, tales como la existencia de problemas mentales en los padres, de malos tratos físicos, psicológicos y de abuso sexual durante la infancia, así como con la violencia de pareja.

(4) Examinar las posibles relaciones entre el hecho de realizar una IVE versus no realizarla y el consumo de sustancias tóxicas, tales como el tabaco, el alcohol u otras drogas.

(5) Explorar las características personales, familiares y de pareja en las mujeres que han realizado una IVE, así como las circunstancias que rodearon a dicho acto y las repercusiones que ha tenido en su vida.

A partir de estos objetivos, y tomando en consideración la literatura revisada, se formularon las siguientes hipótesis:

En relación con el objetivo (1):

(a) Se esperaba obtener una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa, de sintomatología depresiva y un menor nivel de optimismo en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no lo realizaron.



En relación con el objetivo (2):

(b) Se esperaba encontrar una mayor frecuencia de no creyentes en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no lo realizaron.

(c) Se esperaba encontrar una mayor frecuencia de extranjeras entre las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no lo realizaron.

(d) Se esperaba encontrar un mayor número de hijos en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no lo realizaron.

En relación con el objetivo (4):

(e) Se esperaba encontrar un mayor consumo de sustancias tóxicas, tales como tabaco, alcohol y otras drogas, en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no lo realizaron.

En relación con el objetivo (5):

(f) En el grupo de mujeres con IVE se esperaba encontrar una mayor prevalencia de maltrato físico, psicológico y de abuso sexual en la infancia en aquéllas que presentaban sintomatología ansiosa o depresiva.

(g) En el grupo de mujeres con IVE se esperaba encontrar una mayor prevalencia de violencia de pareja en aquéllas que presentaban sintomatología ansiosa o depresiva.

De todos los objetivos planteados, el primero es el fundamental de esta investigación, junto con la hipótesis que lleva vinculada a él. Los demás objetivos e hipótesis juegan un papel secundario en relación con el primero.



### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para alcanzar los objetivos de esta investigación se diseñó un estudio transversal comparativo entre dos muestras: una muestra de mujeres que realizaron una IVE y otra muestra de mujeres que no estaban embarazadas. La selección de ambas muestras se llevó a cabo a partir de la población de mujeres que pertenecían al Área I de Salud de la Región de Murcia.

La muestra de mujeres que habían tenido una IVE se seleccionó a partir de aquéllas que habían sido remitidas desde su centro de salud a la trabajadora social del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia capital por haber tenido una IVE entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013. Los criterios de selección de estas mujeres fueron los siguientes:

- (1) haber tenido una IVE entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013;
- (2) tener una edad comprendida entre los 20 y los 38 años;
- (3) no tener una historia de trastorno mental;
- (4) hablar español;
- (5) el embarazo no se había producido por una violación;
- (6) el feto no tenía ninguna malformación congénita y
- (7) aceptar su participación en el estudio.

Esta muestra estuvo formada por 104 mujeres con edades comprendidas entre los 21 y los 38 años, y con una edad media de 30,09 años ( $DT = 4,45$ ).

La muestra de mujeres que conformó el grupo de control se seleccionó a partir de aquéllas que acudieron a las consultas del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia capital o a una consulta privada de ginecología para una revisión rutinaria, entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013 y que cumplían con los siguientes criterios de selección:

- (1) no haber tenido ningún aborto provocado previo;

- (2) tener una edad comprendida entre los 20 y los 38 años;
- (3) no tener una historia de trastorno mental;
- (4) hablar español;
- (5) no estar embarazada en el momento de la visita ginecológica, y
- (6) aceptar su participación en el estudio.

Esta muestra estuvo formada por 103 mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 38 años, y con una edad media de 30,40 años ( $DT = 4,29$ ). Las dos muestras de mujeres estaban igualadas en cuanto a su edad, según se desprende de la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas edades medias,  $t(205) = 0,513$ ,  $p = .609$ .

### 3.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para el registro de las variables objeto de estudio, se utilizaron varios instrumentos de medida que se aplicaron a las dos muestras de mujeres: un cuestionario elaborado ad hoc, es decir, para los propósitos de esta investigación, un test para medir la sintomatología ansiosa y depresiva y un cuestionario para medir el grado de optimismo.

#### 3.2.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y personales

El **cuestionario** ad hoc se elaboró con el propósito de obtener datos relativos a las variables sociodemográficas, datos relacionados con el historial personal y familiar de la mujer y datos relativos al consumo de sustancias tóxicas. Además, en el grupo de mujeres que realizaron una IVE el cuestionario incluyó preguntas relacionadas con el aborto practicado. El Anexo I presenta los ítems del cuestionario.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas, se registraron la edad, la nacionalidad, el estado civil actual y en el momento del aborto, la religión que profesa y si es o no practicante, el lugar de residencia, los estudios realizados, si trabaja actualmente y el número de hijos.

El cuestionario incluyó variables relacionadas con la historia personal y familiar de la mujer. Estas variables fueron útiles para describir el perfil de la mujer: historia familiar de problemas mentales, antecedentes personales de malos tratos físicos o psíquicos de la mujer, si fue violada o acosada sexualmente en su infancia o adolescencia, malos tratos físicos entre la mujer y su pareja (ya sean previos o posteriores a la IVE) e historia previa de depresión o ansiedad de la mujer.

El cuestionario también incluyó variables relacionadas con el consumo de sustancias tóxicas, tales como si es fumadora, bebedora o consumidora de otras drogas.

Las mujeres del grupo IVE se sometieron también a una serie de preguntas relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo. En concreto, se les preguntó si habían sufrido malos tratos antes y/o después del aborto, la provincia donde se realizó el aborto, la edad y el estado civil en el momento del aborto, si continuó la relación con su pareja después de la interrupción voluntaria del embarazo y, en caso negativo, el tiempo desde que se produjo el aborto hasta que se separaron. También se registró si la paciente había tenido abortos previos y su número, el centro donde se le asesoró para realizar el aborto y dónde se le practicó, las semanas de gestación y el motivo de su decisión de abortar, si la pareja y/o sus padres estaban informados sobre la gestación y cuál fue su actitud ante el embarazo, y si se produjo distanciamiento entre ellos después del aborto.

### **3.2.2. La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg**

El test elegido para valorar la sintomatología depresiva y/o de ansiedad fue la Escala de Ansiedad y Depresión (EADG) de Goldberg et al<sup>93</sup>. En concreto, se aplicó la adaptación española realizada por Montón et al<sup>94</sup>. Se trata de un instrumento elaborado para que pueda aplicarse en formato de entrevista breve por los médicos no psiquiatras con propósitos de cribado. El test consta de 18 ítems dicotómicos (Sí/No) agrupados en dos subescalas: 9 ítems están dirigidos a valorar la sintomatología ansiosa, mientras que los otros 9 se dirigen a la sintomatología depresiva. El Anexo II presenta los ítems de este test. En cada ítem

se pregunta al sujeto si en las dos últimas semanas ha padecido un determinado síntoma de ansiedad o de depresión. Las respuestas afirmativas se puntúan con un 1, mientras que las negativas con un 0. La subescala de ansiedad consta de 4 ítems iniciales de cribado mediante los cuales se valora si resulta probable que el sujeto tenga problemas de ansiedad. Si el sujeto en cuestión puntúa con un 1 en al menos dos de esos primeros cuatro ítems, entonces se le administran los 5 ítems restantes. La subescala de depresión también parte de 4 ítems de cribado, de forma que si el sujeto puntúa con un 1 en al menos uno de esos 4 ítems, entonces se le administran los 5 ítems restantes. Sumando las respuestas positivas a los ítems, la escala EADG ofrece una puntuación global (mínimo = 0, máximo = 18), una puntuación para la subescala de Ansiedad (mínimo = 0, máximo = 9) y otra puntuación para la subescala de Depresión (mínimo = 0, máximo = 9). Así mismo, la aplicación de la escala EADG permite establecer la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva aplicando como puntos de corte el valor 4 para los síntomas de ansiedad y el valor 2 para los de depresión. De esta forma, es posible clasificar a cada sujeto según que presente sintomatología ansiosa y depresiva, o no.

La escala EADG tiene buenas propiedades psicométricas. En un estudio de validación realizado con población española<sup>94</sup> se obtuvo una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. La subescala de ansiedad presentó una sensibilidad del 72% y una capacidad discriminativa del 42%, mientras que la subescala de depresión exhibió una sensibilidad del 72% y una capacidad discriminativa del 42%. Otro estudio ha demostrado que al aumentar en las dos subescalas los puntos de corte a 5 y 3, respectivamente, la sensibilidad disminuye ligeramente, pero la especificidad se incrementa<sup>93</sup>.

Con los datos de las dos muestras de mujeres de este estudio, las puntuaciones de los ítems en la escala EADG exhibieron una excelente fiabilidad por consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach igual a 0,95 para la escala completa, 0,92 para la subescala de Ansiedad y 0,95 para la subescala de Depresión.

En lo que respecta a la validez convergente de la escala EADG, se han observado resultados satisfactorios cuando se compara con el GHQ-28<sup>94</sup>, el MINI<sup>95</sup>

(*Mini International Neuropsychiatric Interview*) o el PRIME-MD<sup>96</sup> (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*).

Sus buenas propiedades psicométricas, junto con su facilidad de aplicación han hecho de esta escala una de las más utilizadas con propósitos de cribado por personal no clínico, de cara a identificar casos probables de problemas psicológicos. No obstante, no es una escala dirigida al diagnóstico clínico<sup>97-98</sup>.

### 3.2.3. La Escala de Optimismo LOT-R

Con objeto de medir el nivel de optimismo de las personas hacia la vida, se aplicó la versión revisada de la Escala de Optimismo 'Life Orientation Test-Revised' (LOT-R) elaborada por Scheier et al.<sup>99</sup>. El test LOT-R es una revisión del test original, 'Life Orientation Test' (LOT), elaborado por Scheier et al.<sup>100</sup>. En concreto, en esta investigación se aplicó la adaptación española del test LOT-R realizada por Otero et al.<sup>101</sup>. El test consta de 10 ítems en formato tipo Likert de 5 puntos (0 = Muy en desacuerdo; 1 = En desacuerdo; 2 = Neutral; 3 = De acuerdo; 4 = Muy de acuerdo), de los cuales 6 ítems se dirigen a medir la dimensión 'optimismo disposicional', mientras que los otros 4 ítems son 'de relleno' y tienen como propósito evitar que el sujeto adivine cuál es el objetivo del test. Los 6 ítems del test que realmente intervienen en la valoración del constructo objeto de estudio están redactados de forma que 3 de ellos van en sentido positivo (dirección optimismo; por ejemplo, "En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor"), mientras que los otros 3 están redactados en sentido negativo (dirección pesimismo; por ejemplo, "Si algo malo me tiene que pasar, estoy segura de que me pasará"). El Anexo III recoge los ítems de este test, así como el tipo de ítem (positivo, negativo o de relleno). Los 4 ítems de relleno no intervienen en la puntuación del test. Para obtener una puntuación total del test, previamente los ítems redactados en sentido negativo se revierten, de forma que el rango de valores posibles del test es de 0 (muy bajo optimismo) a 24 puntos (máximo optimismo).

El test LOT-R presenta buenas propiedades psicométricas. Con los datos de esta investigación, se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach igual a 0,83. En cuanto a su validez, Ferrando et al.<sup>102</sup> obtuvieron excelentes evidencias de

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

validez de la versión española con el cuestionario PANAS, la escala de estrés percibido PSS y la escala de Neuroticismo del cuestionario EPQ-J.

### 5.3. PROCEDIMIENTO

Para acceder a la muestra de mujeres que habían realizado una IVE se realizó una llamada telefónica a cada una de las mujeres que fueron derivadas desde sus centros de salud a la trabajadora social del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013. En dicha llamada telefónica, se les explicó el motivo de la llamada y si querían participar en el estudio que constaba de un cuestionario y de tres tests para medir depresión, ansiedad y optimismo. Se les hacía también una revisión ginecológica que constaba de una ecografía. Las que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado que se les facilitó por escrito. El Anexo IV recoge dicho documento. La Tabla 1 presenta la distribución mensual, durante los años 2012 y 2013, de los casos de mujeres que tuvieron una IVE y fueron remitidas a la trabajadora social del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. En total, fueron 389 casos, de los que se seleccionaron 104 mujeres que cumplían todos los criterios de selección.

Tabla 1. Distribución mensual de los casos de mujeres atendidos por la trabajadora social del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca durante los años 2012 y 2013

Mes	Año 2012			Año 2013		
	Total	Extranjera	Menor	Total	Extranjera	Menor
Enero	19	9	1	19	9	0
Febrero	21	10	1	18	9	1
Marzo	18	7	0	15	5	1
Abril	19	6	0	16	6	1
Mayo	23	7	0	12	2	1
Junio	10	4	0	13	6	2
Julio	18	8	1	16	4	1
Agosto	25	5	4	27	9	5
Septiembre	15	3	0	9	1	2
Octubre	12	3	0	10	2	0
Noviembre	15	3	2	18	6	2
Diciembre	9	3	2	12	4	0



Para poderse llevar a cabo, el estudio recibió la aprobación del Comité Ético del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

El acceso a la muestra de mujeres del grupo de control, es decir, de mujeres que no estaban embarazadas y habían tenido nunca una IVE, se hizo a través de las mujeres que asistieron a las consultas de ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y de una consulta privada de ginecología, que cumplieran con los requisitos mencionados anteriormente para participar en el estudio. A las mujeres que cumplieran con todos los criterios de selección y firmaron su consentimiento por escrito a participar en la investigación se les aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas y personales y dos tests, uno para medir el nivel de optimismo (el test LOT-R), y otro para medir sus niveles de depresión y ansiedad (el test EADG). Los instrumentos que se aplicaron a las mujeres del grupo de control fueron los mismos que los que se administraron a las mujeres del grupo que tuvieron una IVE, con la excepción de los ítems del cuestionario de variables sociodemográficas y personales que se referían al embarazo y a la interrupción voluntaria del mismo. Estos ítems sólo se administraron al grupo de mujeres con tuvieron una IVE. Al igual que a las mujeres del grupo con IVE, a las del grupo de control también se les hizo una revisión ginecológica que incluía una ecografía.

En el proceso de selección de ambas muestras el procedimiento no fue aleatorio, sino que se utilizó un muestro intencional o de conveniencia, ya que el acceso de las mujeres de las dos muestras se hizo en función de las facilidades de acceso en determinados centros y/o servicios del Área I de Salud de la Región de Murcia.

#### 5.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los cálculos para la determinación a priori del tamaño muestral de esta investigación se realizaron en función del Objetivo (1), que era el fundamental de esta investigación. El propósito de este objetivo era comprobar la existencia de diferencias entre mujeres que habían tenido una IVE y mujeres de control, en cuanto a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Para determinar el tamaño muestral de cada grupo para comparar sus niveles medios de ansiedad o

depresión, se fijó un nivel de significación del 5% ( $\alpha = .05$ ), un contraste bilateral y una potencia estadística del 95%. El tamaño del efecto se definió como 'diferencia de medias estandarizada' ( $d$ ) y se decidió ajustarlo en un valor que reflejara una magnitud del efecto media. Siguiendo las recomendaciones de Cohen<sup>103</sup>, un valor  $d = 0,50$  puede considerarse como representando una magnitud media, por lo que éste fue el valor utilizado en nuestros cálculos. Partiendo de estos valores, el tamaño de cada grupo de mujeres se fijó en 105. Los cálculos para la determinación del tamaño muestral se realizaron con el programa de software *nQuery Advisor 7.0*<sup>104</sup>.

Se aplicaron diferentes análisis estadísticos dependiendo del objetivo en cuestión. El Objetivo (1), y la hipótesis asociada al mismo, era el más importante de esta investigación. Su abordaje analítico implicó la realización de varios análisis estadísticos complementarios. En primer lugar, para examinar la relación entre el grupo de pertenencia (IVE vs. Control) en las dos variables dependientes referidas a la presencia versus ausencia de problemas de ansiedad y de depresión, se construyó la tabla de contingencia para cada caso y se calculó el odds ratio y su intervalo de confianza al 95%, pudiendo de esta forma comprobar si la incidencia de síntomas de ansiedad y de depresión era similar o diferente en los dos grupos de mujeres. También se compararon ambos grupos de mujeres tomando las puntuaciones continuas de las subescalas de Ansiedad y Depresión del test EADG, mediante la prueba  $t$  de significación de diferencias entre medias de muestras independientes. Cuando no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas, se aplicó la corrección de Satterthwaite sobre dicha prueba. El resultado de estas pruebas de significación se complementó con el cálculo del índice del tamaño del efecto 'diferencia de medias estandarizada' ( $d$ ) para aportar un indicador de la significación práctica, o clínica, de estos resultados. Para facilitar la interpretación de este índice del tamaño del efecto, se utilizó la guía orientativa propuesta por Cohen<sup>103</sup>, según la cual valores  $d$  en torno a 0,20, 0,50 y 0,80 (en valor absoluto) se pueden valorar como exhibiendo magnitudes del efecto baja, media y alta, respectivamente, teniendo en cuenta que un valor  $d = 0,20$ , aunque de magnitud baja, ya puede considerarse como clínicamente relevante. Los resultados de la escala de optimismo (LOT-R), al ofrecer valores

continuos, también se analizaron aplicando la prueba *t* de significación de diferencias entre medias y calculando el índice 'diferencia de medias estandarizada' (*d*).

En una segunda fase de análisis, el Objetivo (1) se abordó comprobando si las características personales y sociodemográficas de las mujeres podían estar actuando como variables potencialmente confusoras de la relación existente entre las variables grupo de pertenencia y síntomas de ansiedad y de depresión. Dado que las variables potencialmente confusoras eran cualitativas, esta pregunta se abordó mediante análisis estratificados de tablas de contingencia, donde para cada valor de una variable confusora se construyó la tabla de contingencia que relacionó el grupo de pertenencia con la presencia versus ausencia de síntomas de ansiedad y de depresión. Sobre cada una de estas tablas estratificadas se calculó el odds ratio y su intervalo de confianza al 95%, y se aplicaron dos pruebas estadísticas. En primer lugar, se aplicó la prueba de Mantel-Haenszel (MH), que evalúa la hipótesis de independencia condicional. Más en concreto, la prueba de MH permite comprobar si, una vez controlado el influjo de la variable confusora, la relación entre el grupo de pertenencia y la variable dependiente (síntomas de ansiedad o de depresión, según el caso) continúa siendo estadísticamente significativa. Así pues, un resultado estadísticamente significativo para la prueba de MH permitiría afirmar que la relación entre las dos variables principales no se debe al efecto de dicha variable confusora o, lo que es lo mismo, que tal variable potencialmente confusora realmente no estaba actuando como tal. Un resultado estadísticamente no significativo indicaría que la relación entre las dos variables principales queda anulada una vez controlado el efecto del confusor; es decir, este resultado indicaría que el confusor estaba actuando como tal. En segundo lugar, como complemento a la prueba de MH, se aplicó la prueba de Breslow-Day (BD), que permite contrastar la hipótesis de homogeneidad de los odds ratios inter-estratos. Un resultado estadísticamente significativo para la prueba de BD indicaría que los odds ratios de los diferentes estratos no son homogéneos y, por tanto, no sería apropiado ofrecer el odds ratio promedio inter-estratos como el resultado que resume la relación entre las dos variables principales (el grupo de pertenencia y la sintomatología). Un resultado estadísticamente no significativo

para la prueba de BD permitiría asumir que los odds ratios de los diferentes estratos son homogéneos, por lo que sería apropiado resumir la relación entre las dos variables principales mediante el odds ratio promedio. Así pues, para un determinado confusor, un resultado estadísticamente significativo para la prueba de MH y no significativo para la prueba de BD estaría indicando que ese confusor realmente no está actuando como tal.

El análisis estratificado de tablas de contingencia arriba descrito se llevó a cabo con el objeto de comprobar de forma individualizada el posible influjo de las variables confusoras. El abordaje analítico del Objetivo (1) se finalizó comprobando si todos los potenciales confusores, tomados conjuntamente, lograban anular la relación existente entre las dos variables principales (el grupo de pertenencia y la sintomatología). Con este propósito se aplicaron modelos de regresión logística, tomando la sintomatología ansiosa o depresiva (según el caso) como la variable dependiente dicotómica y como predictores el grupo de pertenencia y todos los potenciales confusores que podían alterar, o anular, la relación entre las dos variables principales. Si dentro del modelo de regresión completo el predictor principal 'grupo de pertenencia' alcanzaba un resultado estadísticamente significativo, ello indicaría que la relación entre este predictor y la sintomatología (ansiosa o depresiva) se mantiene una vez controlado el influjo de las posibles variables confusoras. Además del modelo de regresión logística con todos los predictores, se aplicó el procedimiento automático de selección de predictores denominado 'selección por pasos sucesivos condicional'. Con este procedimiento se pretendió identificar el subconjunto de predictores que exhibían una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente (las sintomatologías ansiosa y depresiva). Si este procedimiento de selección automática lograba seleccionar a la variable predictora principal (el grupo de pertenencia), ésta sería evidencia clara a favor de la sólida relación entre el fenómeno de la IVE y la existencia de sintomatología ansiosa y depresiva. En los modelos de regresión logística se estimó el tamaño del efecto mediante el odds ratio ajustado del predictor y mediante el índice de proporción de varianza explicada  $R^2$  de Nagelkerke.

El Objetivo (1) también incluía la comparación de los dos grupos de mujeres en cuanto a su nivel de optimismo. Para comprobar si la relación existente entre optimismo y el grupo de pertenencia estaba mediatizada, o era anulada, por el influjo de variables personales y sociodemográficas potencialmente confusoras de dicha relación, se aplicaron modelos de regresión. Dada la naturaleza continua de las puntuaciones aportadas por la escala de optimismo LOT-R, en este caso se aplicaron modelos de regresión lineal múltiple, tomando dichas puntuaciones como la variable dependiente y el grupo de pertenencia y los 14 posibles confusores como las variables predictoras. Un resultado estadísticamente significativo, dentro de este modelo, para la variable predictora principal (el grupo de pertenencia) sería indicativo de la sólida relación entre este predictor y el nivel de optimismo. Además de este modelo de regresión múltiple, se aplicó el procedimiento de selección automática de predictores denominado ‘selección por pasos sucesivos’ (*stepwise*), con objeto de comprobar qué subconjunto de predictores presentaban una relación estadísticamente significativa con el nivel de optimismo de las mujeres. Si este procedimiento de selección incluía a la variable predictora principal (el grupo de pertenencia), ello sería evidencia de la existencia de una sólida relación entre IVE y nivel de optimismo. El tamaño del efecto en estos modelos de regresión se estimó mediante el cálculo de un índice de proporción de varianza explicada: el coeficiente de determinación múltiple ajustado ( $R^2_{aj}$ ).

Los Objetivos (2), (3) y (4), así como las hipótesis asociadas a éstos, se abordaron analíticamente mediante la construcción de tablas de contingencia entre el grupo de pertenencia (IVE vs. Control) y cada una de las variables personales y sociodemográficas de naturaleza cualitativa registradas en el cuestionario elaborado *ad hoc*. Sobre cada tabla de contingencia se aplicó la prueba Chi-cuadrado de independencia para comprobar si las dos variables en cuestión estaban estadísticamente relacionadas. Cuando no se cumplieron las condiciones de aplicación de la prueba Chi-cuadrado, en su lugar se interpretó la prueba de Razón de Verosimilitudes. El tamaño del efecto de la relación entre las variables se estimó mediante el coeficiente de asociación  $V$  de Cramer. Para facilitar la interpretación de este coeficiente, se siguió la guía orientativa propuesta por Cohen<sup>87</sup> según la cual, coeficientes en torno a 0,10, 0,30 y 0,50 (en valor absoluto)

pueden interpretarse como reflejando magnitudes del efecto baja, media y alta, respectivamente, y teniendo en cuenta que un coeficiente  $V = 0,10$  (en valor absoluto), aun siendo de magnitud baja, puede considerarse clínicamente relevante. Algunas de las variables personales y sociodemográficas eran continuas, de forma que la comparación entre los dos grupos de mujeres se realizó mediante pruebas  $t$  de significación de diferencias entre medias de muestras independientes. En estos casos, el tamaño del efecto se estimó mediante el cálculo del índice 'diferencia de medias estandarizada' ( $d$ ).

Por último, el Objetivo (5) y sus hipótesis asociadas se abordaron analíticamente utilizando sólo los datos del grupo de mujeres que habían tenido una IVE. En primer lugar, se construyeron distribuciones de frecuencias para las variables personales, familiares y sociodemográficas, de naturaleza cualitativa, de esta muestra de mujeres, así como medias y desviaciones típicas para las variables continuas. En segundo lugar, con objeto de comprobar las relaciones existentes entre estas variables y la existencia de síntomas de ansiedad o de depresión, se construyeron tablas de contingencia cruzando cada una de las variables personales, familiares y sociodemográficas de naturaleza cualitativa con la sintomatología ansiosa, dicotomizada ésta en 'presente' versus 'ausente', según la puntuación obtenida en el test EADG de Goldberg. Estas mismas tablas se construyeron para la sintomatología depresiva, también dicotomizada en 'presente' versus 'ausente'. Sobre cada tabla de contingencia se aplicó la prueba Chi-cuadrado de Pearson para comprobar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las dos variables en cuestión. Cuando no se cumplieron las condiciones de aplicación de la prueba Chi-cuadrado, en su lugar se aplicó la prueba de Razón de Verosimilitudes. El resultado de estas pruebas de significación estadística se complementó con el cálculo del índice del tamaño del efecto 'coeficiente  $V$  de Cramer', y éste se interpretó siguiendo las mismas pautas antes descritas.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS 19.0. En todos los análisis que requirieron aplicar contrastes de hipótesis el nivel de significación asumido fue el 5%.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. INTRODUCCIÓN

Se presentan en este capítulo los resultados de esta investigación. El capítulo está organizado de forma que se van presentando los resultados de los análisis que dan cuenta de los objetivos y las hipótesis planteadas en el capítulo anterior.

### 4.2. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

El Objetivo (1) tenía como propósito “examinar la relación existente entre el hecho de realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) versus no realizarla y la presencia de problemas psicológicos relacionados con la ansiedad, la depresión y el optimismo hacia la vida, así como el influjo de variables de confusión en dichas relaciones”. Vinculada a este objetivo formulamos la siguiente hipótesis: “Se esperaba obtener una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa, de sintomatología depresiva y un menor nivel de optimismo en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no lo realizaron”. Para abordar este objetivo hemos comparado los dos grupos de mujeres en cuanto a sus niveles de sintomatología ansiosa y depresiva registrados con el test EADG, así como los niveles medios de optimismo obtenidos con la escala LOT-R.

La Tabla 1 presenta los odds ratios (OR) para los síntomas ansiosos y depresivos obtenidos al comparar los grupos IVE y de control. Tal como se describió en el apartado de instrumentos de medida del capítulo anterior, la prevalencia de sintomatología ansiosa en cada grupo se obtuvo aplicando como punto de corte en la subescala de Ansiedad el valor ‘cuatro ó más’, mientras que la prevalencia para la sintomatología depresiva se definió utilizando como punto de corte en la subescala de Depresión el valor ‘dos ó más’.

Tabla 1. Razón de ventajas entre los grupos IVE y de control para las sintomatologías ansiosa y depresiva

Variable	Grupo IVE (N = 104)	Grupo Control (N = 103)	OR	I. C. al 95%	
				Li	Ls
Ansiedad:			7,35	3,92	13,70
Baja	21(20,2%)	67(65%)			
Alta	83(79,8%)	36(35%)			
Depresión:			11,63	5,99	22,73
Baja	18(17,3%)	73(70,9%)			
Alta	86(82,7%)	30(29,1%)			

Entre paréntesis figura la prevalencia porcentual de cada sintomatología en cada grupo de mujeres. OR: odds ratio, o razón de ventajas. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

Como puede observarse en la Tabla 1, la prevalencia de síntomas ansiosos en el grupo de mujeres con IVE fue del 79,8%, frente al 35% en el grupo de control. El odds ratio resultante alcanzó el valor 7,35, lo que indicó que en el grupo de mujeres con IVE la ventaja de padecer síntomas de ansiedad frente a no padecerlos fue 7,35 veces mayor que la del grupo de control. Además, el intervalo de confianza en torno a este odds ratio no contuvo el efecto nulo (odds ratio = 1), por lo que podemos afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre la posibilidad de padecer síntomas ansiosos en el grupo de mujeres con IVE y la del grupo de control. Este odds ratio puede considerarse de una muy alta magnitud.

En lo que respecta a la sintomatología depresiva, el grupo de mujeres con IVE exhibió una prevalencia del 82,7%, frente a sólo un 29,1% en el grupo de control. El odds ratio resultante de comparar las dos razones de ventajas fue 11,63, lo que indicó que en la muestra de mujeres con IVE la ventaja de padecer síntomas depresivos frente a no padecerlos fue 11,63 veces mayor que la del grupo de control. El intervalo de confianza en torno a este odds ratio resultó ser también estadísticamente significativo. Un odds ratio = 11,63 puede valorarse



como representando una muy alta magnitud de la relación entre IVE y la presencia de síntomas depresivos.

Como complemento al análisis de los odds ratios, la Tabla 2 presenta los resultados de comparar, mediante la prueba *t* de significación de diferencias entre dos medias de muestras independientes, las medias obtenidas por los dos grupos de mujeres en las subescalas de Ansiedad y de Depresión del test EADG. En lo que respecta al nivel de ansiedad, el grupo de mujeres con IVE presentó una media superior (media = 6,12) a la del grupo de control (media = 2,92), resultando esta diferencia estadísticamente significativa,  $t(205) = 7,40$ ,  $p < .001$ . Además, el tamaño del efecto, calculado como la ‘diferencia de medias tipificada’ alcanzó el valor  $d = 1,03$ , que puede considerarse de muy alta magnitud.

Tabla 2. Comparación de los dos grupos de mujeres en las variables ansiedad, depresión y optimismo.

Variable	Grupo IVE		Grupo Control		<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>				
Ansiedad	6,12	3,20	2,92	3,01	7,40	205	< .001	1,03
Depresión	5,89	3,48	1,57	2,30	10,54 <sup>a</sup>	178,9	< .001	1,46
Optimismo	11,87	4,92	16,46	4,38	-7,07 <sup>a</sup>	202,7	< .001	0,98

<sup>a</sup> Se aplicó la corrección de Satterthwaite por no cumplirse el supuesto de homogeneidad de varianzas. *DT* = desviación típica. *t* = prueba *t* de comparación de medias. *GL* = grados de libertad de la prueba *t*. *d* = índice del tamaño del efecto ‘diferencia de medias tipificada’. Los tamaños muestrales de los grupos IVE y de control fueron 104 y 103, respectivamente.

En lo que respecta a la sintomatología depresiva, el grupo de mujeres con IVE obtuvo también una media superior (media = 5,89) a la del grupo de control (media = 1,57), resultando esta diferencia estadísticamente significativa,  $t(178,9) = 10,54$ ,  $p < .001$ . El tamaño del efecto obtenido,  $d = 1,46$ , fue también de muy alta magnitud.

La Tabla 2 presenta los niveles medios obtenidos por los dos grupos de mujeres en la escala LOT-R de optimismo hacia la vida. El grupo de mujeres con

IVE obtuvo una media inferior (media = 11,87) a la del grupo de control (media = 16,46), resultando esta diferencia estadísticamente significativa,  $t(202,7) = -7,07$ ,  $p < .001$ . El tamaño del efecto obtenido,  $d = 0,98$ , también puede considerarse como de muy alta magnitud.

El Objetivo (1) de esta investigación también se dirigía a examinar el posible influjo de variables de confusión sobre la relación existente entre IVE y problemas psicológicos. Esta parte del Objetivo (1) se aborda más adelante, una vez presentados los resultados de los demás objetivos, ya que éstos tienen que ver con la relación entre IVE y variables sociodemográficas y de historia personal y familiar de las mujeres, que son las variables que podrían actuar como confusores de la relación entre IVE y problemas psicológicos.

#### 4.3. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El Objetivo (2) de esta investigación se dirigía a “examinar las posibles relaciones entre el hecho de realizar una IVE versus no realizarla y variables sociodemográficas, tales como la nacionalidad, el estado civil, la religión profesada, el lugar de residencia, el nivel de estudios, la situación laboral y el número de hijos”. En el marco de este objetivo, se plantearon tres hipótesis:

“(b) Se esperaba encontrar una mayor frecuencia de no creyentes en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no la realizaron.

(c) Se esperaba encontrar una mayor frecuencia de extranjeras entre las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no la realizaron.

(d) Se esperaba encontrar un mayor número de hijos en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no la realizaron.”

La Tabla 3 presenta los resultados de aplicar la prueba Chi-cuadrado de independencia entre las diferentes variables sociodemográficas y los dos grupos de mujeres: con IVE y de control. En lo que respecta a la nacionalidad, los dos grupos de mujeres difirieron significativamente ( $p < .001$ ), siendo superior la presencia de extranjeras en el grupo de mujeres con IVE (39,4%) que en el grupo

de control (7,8%). El coeficiente de asociación entre ambas variables fue de magnitud media ( $V = 0,372$ ).

El estado civil de las mujeres se clasificó en tres categorías: casada o con pareja, soltera y separada o divorciada. La distribución del estado civil presentó también diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos de mujeres ( $p < .001$ ), con una mayor presencia de mujeres casadas/pareja en el grupo de control (73,8%) que en el grupo IVE (48,1%), y mayor proporción de mujeres solteras en el grupo IVE (40,4%) que en el grupo de control (16,5%). La magnitud de la relación entre estas dos variables fue baja-media ( $V = 0,279$ ).

Otra característica de las mujeres que registramos fue la religión profesada, clasificándola en católica, otras religiones y no creyente. Se observaron también diferencias estadísticamente significativas en cómo se distribuyeron las dos muestras de mujeres en relación a esta variable ( $p = .007$ ). En concreto, la presencia de mujeres católicas en la muestra IVE fue menor (59,6%) que en la muestra de control (69,9%), mientras que hubo más mujeres no creyentes en el grupo IVE (28,8%) que en el grupo de control (11,7%). La magnitud de la asociación entre estas dos variables fue baja-media ( $V = 0,220$ ).

Estrechamente relacionado con la religión profesada está el hecho de que la mujer practique o no de forma activa una religión. Al analizar esta variable encontramos una asociación estadísticamente significativa con el grupo de pertenencia de las mujeres ( $p < .001$ ), de forma que se observó una mayor frecuencia de mujeres practicantes en el grupo de control (44,7%) que en el grupo IVE (18,3%). La magnitud de esta relación fue baja-media ( $V = 0,284$ ).

En cuanto al lugar de residencia, distinguiendo entre la ciudad o el pueblo, también se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ( $p < .001$ ), de tal forma que la frecuencia de residentes en la ciudad fue mayor en el grupo de control (85,4%) que en el grupo de mujeres con IVE (61,5%). La magnitud de la asociación entre estas dos variables fue baja-media ( $V = 0,271$ ).

El nivel de estudios se clasificó en estudios primarios, secundarios y universitarios. La comparación de los dos grupos de mujeres presentó diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ), de forma que en el grupo de mujeres con

IVE fue superior el porcentaje con estudios primarios (48,1%) en comparación con el grupo de control (20,4%). Por contra, en el grupo IVE el porcentaje de mujeres con estudios universitarios fue menor (12,5%) que en el grupo de control (35%). La magnitud de la asociación entre estas dos variables fue media ( $V = 0,333$ ).

La situación laboral de las mujeres presentó también una asociación estadísticamente significativa con la pertenencia a los dos grupos ( $p = .043$ ), siendo ligeramente superior el porcentaje de mujeres trabajadoras en el grupo IVE (64,4%) que en el grupo de control (50,5%). La magnitud de esta asociación, aunque clínicamente relevante, fue de magnitud baja ( $V = 0,141$ ).

Finalmente, se comparó el número medio de hijos en las dos muestras de mujeres mediante la prueba  $t$  de comparación de medias, no observándose diferencias estadísticamente significativas ( $p = .162$ ) y siendo la magnitud del efecto prácticamente nula y, por tanto, clínicamente irrelevante ( $d = -0,07$ ).

Tabla 3. Resultados de las pruebas Chi-cuadrado de independencia entre diferentes variables sociodemográficas y los dos grupos de mujeres.

Variable	Grupo IVE (N = 104)	Grupo Control (N = 103)	$\chi^2$	GL	p	V
Nacionalidad:			28,70	1	< .001	0,372
Española	63(60,6%)	95(92,2%)				
Extranjera	41(39,4%)	8(7,8%)				
Estado civil:			16,14	2	< .001	0,279
Casada/Pareja	50(48,1%)	76(73,8%)				
Soltera	42(40,4%)	17(16,5%)				
Separada/Divorciada	12(11,5%)	10(9,7%)				
Religión profesada:			10,04	2	.007	0,220
Católica	62(59,6%)	72(69,9%)				
Otra religión	12(11,5%)	19(18,4%)				
No creyente	30(28,8%)	12(11,7%)				
¿Practicante?:			16,32	1	< .001	0,284
Sí	19(18,3%)	46(44,7%)				
No	85(81,7%)	57(55,3%)				
Lugar de residencia:			15,15	1	< .001	0,271
Ciudad	64(61,5%)	88(85,4%)				
Pueblo	40(38,5%)	15(14,6%)				
Nivel de estudios:			22,92	2	< .001	0,333
Primarios	50(48,1%)	21(20,4%)				
Secundarios	41(39,4%)	46(44,7%)				
Universitarios	13(12,5%)	36(35%)				
Situación laboral:			4,11	1	.043	0,141
En activo	67(64,4%)	52(50,5%)				
Inactivo	37(35,6%)	51(49,5%)				
Número de hijos:	Media= 1,92 DT = 1,09	Media = 2,00 DT = 1,09	$t(205) = -0,508, p = .162;$ $d = -0,07$			

$\chi^2$  = prueba Chi-cuadrado de independencia. GL = grados de libertad asociados a la prueba Chi-cuadrado. V = coeficiente de correlación V de Cramer. DT = desviación típica. t = prueba t de comparación de medias para muestras independientes. d = índice del tamaño del efecto 'diferencia de medias tipificada'.

#### 4.4. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y VARIABLES PERSONALES Y FAMILIARES

El Objetivo (3) de esta investigación se dirigía a: “examinar las posibles relaciones entre el hecho de realizar una IVE versus no realizarla y variables relativas a la historia personal y familiar, tales como la existencia de problemas mentales en los padres, de malos tratos físicos, psicológicos y de abuso sexual durante la infancia, así como con la violencia de pareja”.

La Tabla 4 presenta los resultados de comparar la distribución de estas variables en los dos grupos de mujeres, con IVE y de control. En lo que respecta a la presencia de historia familiar de problemas mentales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ( $p = .201$ ), siendo la magnitud de la asociación entre las variables prácticamente nula ( $V = 0,089$ ).

Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de malos tratos físicos/psicológicos en la infancia entre los dos grupos de mujeres ( $p < .001$ ), siendo claramente superior en el grupo de mujeres con IVE (38,5%) que en el de control (2,9%). La magnitud de la asociación fue muy alta ( $V = 0,438$ ) y, por tanto, clínicamente relevante. La existencia de abusos sexuales en la infancia también resultó ser significativamente más frecuente ( $p < .001$ ) en el grupo de mujeres con IVE (18,4%) que en el de control (1,9%). La magnitud de la relación entre estas dos variables fue baja-media ( $V = 0,273$ ). Finalmente, en lo que respecta a la existencia de malos tratos por parte de su pareja, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de mujeres ( $p < .001$ ), siendo muy superior en el grupo IVE (37,5%) en relación con el de control (3,9%). La magnitud de la relación entre estas dos variables fue muy alta ( $V = 0,414$ ).

Tabla 4. Resultados de las pruebas Chi-cuadrado de independencia entre diferentes variables personales y familiares y los dos grupos de mujeres.

Variable	Grupo IVE (N = 104)	Grupo Control (N = 103)	$\chi^2$	GL	p	V
¿Problemas de salud mental en los padres?:			1,63	1	.201	0,089
Sí	15(14,4%)	9(8,7%)				
No	89(85,6%)	94(91,3%)				
¿Malos tratos en la infancia?:			39,74	1	< .001	0,438
Sí	40(38,5%)	3(2,9%)				
No	64(61,5%)	100(97,1%)				
¿Abuso sexual en la infancia?:			15,32	1	< .001	0,273
Sí	19(18,4%)	2(1,9%)				
No	84(81,6%)	101(98,1%)				
¿Violencia de pareja?:			35,53	1	< .001	0,414
Sí	39(37,5%)	4(3,9%)				
No	65(62,5%)	99(96,1%)				

$\chi^2$  = prueba Chi-cuadrado de independencia. GL = grados de libertad asociados a la prueba Chi-cuadrado. V = coeficiente de correlación V de Cramer.

#### 4.5. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

El Objetivo (4) de esta investigación tenía como propósito: “examinar las posibles relaciones entre el hecho de realizar una IVE versus no realizarla y el consumo de sustancias tóxicas, tales como el tabaco, el alcohol u otras drogas”. Este objetivo tenía vinculada una hipótesis: “(e) Se esperaba encontrar un mayor consumo de sustancias tóxicas, tales como tabaco, alcohol y otras drogas, en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no lo realizaron”.

Las Tablas 5 y 6 presentan los resultados de los análisis correspondientes a este objetivo. En concreto, la Tabla 5 muestra los resultados de las pruebas Chi-cuadrado de independencia entre los dos grupos y las diferentes variables relativas al consumo.

En lo que respecta al consumo de tabaco, se observó un mayor consumo en el grupo de mujeres con IVE (48,1%) que en el de control (26,2%), una diferencia que resultó ser estadísticamente significativa ( $p = .001$ ), con una magnitud del efecto baja-media ( $V = 0,226$ ). También se registró el número de cigarrillos fumados al día y el tiempo (en años) de fumador. La Tabla 6 presenta los resultados de las pruebas  $t$  de comparación de medias entre los dos grupos de mujeres. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el número medio de cigarrillos fumados al día ( $p = .004$ ), siendo superior en el grupo de mujeres con IVE (media = 5,14 cigarrillos) que en el de control (media = 2,61 cigarrillos). La magnitud del efecto fue baja-media ( $d = 0,407$ ) y clínicamente relevante. También se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que llevaban de fumadoras los dos grupos de mujeres ( $p = .033$ ), siendo mayor en el grupo con IVE (media = 4,53 años) que en el de control (media = 2,86 años). La magnitud de la diferencia fue baja-media ( $d = 0,297$ ).

En relación al consumo de alcohol (ver Tabla 5), se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de mujeres ( $p < .001$ ), siendo superior en el grupo con IVE (26%) que en el de control (5,8%). La magnitud de estas diferencias fue baja-media ( $V = 0,275$ ). El consumo de alcohol también se registró como 'no bebedor', 'bebedor ocasional', 'de fin de semana' y 'a diario'. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la frecuencia de consumo entre los dos grupos de mujeres ( $p = .001$ ), resultando más frecuente el consumo ocasional de alcohol en las mujeres con IVE (17,5%) que en las mujeres del grupo de control (4,9%). La magnitud de la asociación entre estas dos variables fue baja-media ( $V = 0,271$ ) y clínicamente relevante.



Tabla 5. Resultados de las pruebas Chi-cuadrado de independencia entre el consumo de sustancias tóxicas y los dos grupos de mujeres

Variable	Grupo IVE (N = 104)	Grupo Control (N = 103)	$\chi^2$	GL	p	V
¿Consume tabaco?:			10,59	1	.001	0,226
Sí	50(48,1%)	27(26,2%)				
No	54(51,9%)	76(73,8%)				
¿Consume alcohol?:			15,66	1	< .001	0,275
Sí	27(26%)	6(5,8%)				
No	77(74%)	97(94,2%)				
Frecuencia consumo de alcohol:			15,09	2	.001	0,271
No consume	77(74,8%)	97(94,2%)				
Ocasionalmente	18(17,5%)	5(4,9%)				
Fines de semana	8(7,8%)	1(1%)				
A diario	-	-				
¿Consume otras drogas?:			14,27 <sup>a</sup>	1	< .001	0,224
Sí	10(9,6%)	0(0%)				
No	94(90,4%)	103(100%)				
Tipo de drogas (N=10):			-	-	-	-
María	10(100%)	-				
Cocaína	-	-				

<sup>a</sup> Se aplicó la prueba de razón de verosimilitudes al no cumplirse los supuestos de aplicación de la prueba Chi-cuadrado.  $\chi^2$  = prueba Chi-cuadrado de independencia. GL = grados de libertad asociados a la prueba Chi-cuadrado. V = coeficiente de correlación V de Cramer.

La Tabla 5 también muestra el consumo de otras drogas en los dos grupos de mujeres. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ), resultando superior dicho consumo en el grupo con IVE (9,6%) en relación con el del grupo de control, que fue nulo (0%). La magnitud de la diferencia entre estos

dos consumos fue baja-media ( $V = 0,224$ ). No obstante, el consumo de otras sustancias tóxicas distintas del tabaco y el alcohol fue minoritario, y en todos casos se refirió al consumo de María.

Tabla 6. Comparación de los dos grupos de mujeres en cuanto al consumo de tabaco.

Variable	Grupo IVE		Grupo Control		<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>				
Nº de Cigarrillos/día	5,14	7,05	2,61	5,26	2,93 <sup>a</sup>	190,5	.004	0,407
Años de fumador	4,53	5,79	2,86	5,38	2,14	205	.033	0,297

<sup>a</sup> Se aplicó la corrección de Satterthwaite por no cumplirse el supuesto de homogeneidad de varianzas. *DT* = desviación típica. *t* = prueba *t* de comparación de medias. *GL* = grados de libertad de la prueba *t*. *d* = índice del tamaño del efecto 'diferencia de medias tipificada'. Los tamaños muestrales de los grupos IVE y de control fueron 104 y 103, respectivamente.

#### 4.6. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS: ANÁLISIS DE CONFUSORES

Retomamos en este apartado el Objetivo (1) de esta investigación, que se dirigía a investigar la relación existente entre interrupción voluntaria del embarazo y problemas psicológicos. En el apartado 1 de este capítulo se presentaron los resultados del análisis de la relación existente entre IVE y la prevalencia de problemas de ansiedad y de depresión. Con objeto de comprobar la solidez de la fuerte relación encontrada entre IVE y prevalencia de problemas de ansiedad y de depresión, en este apartado se presentan los resultados de analizar el influjo de posibles confusores personales y sociodemográficos de las mujeres sobre la relación entre IVE y problemas psicológicos. Con este propósito, hemos realizado análisis estratificados de tablas de contingencia, tomando como

variable independiente, o de exposición, los dos grupos de mujeres (IVE versus control), como variable dependiente la presencia versus ausencia de problemas de ansiedad y de depresión, y como confusor cada una de las variables personales y sociodemográficas cualitativas analizadas en los apartados 2, 3 y 4 de este capítulo.

Los análisis estratificados de tablas de contingencia que se presentan a continuación se basan en: (a) el cálculo del odds ratio entre la variable de exposición y la variable dependiente para cada estrato de la variable confusora; (b) la comprobación del supuesto de independencia condicional mediante la prueba de Mantel-Haenszel (MH) y (c) la comprobación del supuesto de homogeneidad de los odds ratios inter-estratos mediante la prueba de Breslow-Day (BD). Un resultado estadísticamente significativo para la prueba de MH indicaría que, una vez controlado el influjo del confusor, existe una relación estadísticamente significativa entre la variable de exposición (IVE vs. Control) y la variable dependiente (problemas de ansiedad o de depresión); un resultado no significativo indicaría la ausencia de relación entre ambas variables una vez controlado el efecto del confusor. Por su parte, un resultado estadísticamente significativo para la prueba de BD indicaría que los odds ratios entre la variable de exposición y la variable dependiente para cada estrato de la variable confusora no son homogéneos entre sí; un resultado no significativo indicaría que los odds ratios de los estratos del confusor son homogéneos y, en consecuencia, es razonable resumir la relación entre la variable de exposición y la variable dependiente mediante el odds ratio promedio de los estratos.

Se presentan en primer lugar los resultados de estos análisis para la variable dependiente 'problemas de ansiedad' y, a continuación, para la variable dependiente 'problemas de depresión'. En ambos casos dichas variables dependientes han sido dicotomizadas en función del punto de corte anteriormente descrito en relación al test EADG de Goldberg.

#### 4.6.1. Interrupción voluntaria del embarazo y problemas de ansiedad

La relación entre IVE y sintomatología ansiosa una vez controlado el influjo de los confusores personales y sociodemográficos se presenta en sucesivas tablas (Tablas 7-20), cuyos resultados describimos a continuación.

La Tabla 7 presenta los resultados para el confusor 'nacionalidad de la mujer'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlada la nacionalidad de la mujer. Tanto para las mujeres españolas como para las extranjeras el odds ratio fue estadísticamente significativo, indicando en ambos casos una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba de BD ( $p = .821$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 7. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor 'Nacionalidad'.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Nacionalidad	Ansiedad	IVE	Control		Li	Ls
Española	Baja	14(22,2%)	62(65,3%)	6,58	3,17	13,63
	Alta	49(77,8%)	33(34,7%)			
Extranjera	Baja	7(17,1%)	5(62,5%)	8,09	1,56	42,00
	Alta	34(82,9%)	3(37,5%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 32,94, p < .001$				6,77	3,45	13,21
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,05, p = .821$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 8 presenta los resultados para el confusor 'estado civil de la mujer'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlado el estado civil de la mujer. Los odds ratios de las casadas/pareja, de las separadas/divorciadas y de las solteras fueron todos estadísticamente significativos, indicando en todos los casos una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .840$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 8. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor 'Estado civil'.

Confusor: Estado civil	Ansiedad	Grupo	Grupo	$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
		IVE	Control		Li	Ls
Casada/Pareja	Baja	11(22%)	49(64,5%)	6,43	2,84	14,57
	Alta	39(78%)	27(35,5%)			
Soltera	Baja	8(19%)	12(70,6%)	10,20	2,79	37,31
	Alta	34(81%)	5(29,4%)			
Separada/Divorciada	Baja	2(16,7%)	6(60%)	7,50	1,04	54,12
	Alta	10(83,3%)	4(40%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 37,49, p < .001$				7,30	3,80	14,03
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(2) = 0,35, p = .840$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 9 presenta los resultados para el confusor 'religión profesada por la mujer'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlada la profesión religiosa de la mujer. Los odds ratios de las católicas y de las no creyentes fueron estadísticamente significativos, indicando en ambos casos una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El odds ratio para el estrato 'otra religión' fue de menor magnitud que el de los otros dos estratos y no alcanzó la significación estadística. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .840$ ) indicó que los odds ratios de los tres estratos según la religión profesada fueron homogéneos entre sí.

Tabla 9. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor 'Religión profesada'.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Religión profesada	Ansiedad	IVE	Control		Li	Ls
Católica	Baja	10(16,1%)	47(65,3%)	9,78	4,25	22,48
	Alta	52(83,9%)	25(34,7%)			
Otra religión	Baja	6(50%)	12(63,2%)	1,71	0,40	7,43
	Alta	6(50%)	7(36,8%)			
No creyente	Baja	5(16,7%)	8(66,7%)	10,00	2,15	46,51
	Alta	25(83,3%)	4(33,3%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 37,41, p < .001$				6,85	3,61	12,99
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(2) = 4,52, p = .104$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 10 presenta los resultados para el confusor '¿Practica alguna religión?'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlada esta variable. Los odds ratios de los estratos 'practicante' y 'no practicante' fueron ambos estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control, tanto en las mujeres practicantes como en las no practicantes. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .410$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 10. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor '¿Practica una religión?'

Confusor: ¿Practicante?	Ansiedad	Grupo		OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
		IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	6(31,6%)	31(67,4%)	4,48	1,42	14,10
	Alta	13(68,4%)	15(32,6%)			
No	Baja	15(17,6%)	36(63,2%)	8,00	3,69	17,36
	Alta	70(82,4%)	21(36,8%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 34,98, p < .001$				6,65	3,50	12,61
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,68, p = .410$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 11 presenta los resultados para el confusor 'Lugar de residencia', distinguiendo entre la ciudad o el pueblo. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlado el lugar de residencia. Los odds ratios de las mujeres residentes en la ciudad como el de las residentes en un pueblo fueron ambos estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .521$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 11. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor 'Lugar de residencia'.

Confusor: Residencia	Ansiedad	Grupo		$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
		IVE	Control		Li	Ls
Ciudad	Baja	9(14,1%)	56(63,6%)	10,69	4,67	24,47
	Alta	55(85,9%)	32(36,4%)			
Pueblo	Baja	12(30%)	11(73,3%)	6,42	1,70	24,24
	Alta	28(70%)	4(26,7%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 43,15, p < .001$				9,34	4,64	18,82
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,41, p = .521$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.



La Tabla 12 presenta los resultados para el confusor ‘Nivel de estudios de la mujer’. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlado el nivel de estudios de la mujer. Los odds ratios de las mujeres con estudios primarios, secundarios y universitarios fueron todos ellos estadísticamente significativos, indicando en todos los casos una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .785$ ) indicó que los odds ratios de los tres estratos según el nivel de estudios fueron homogéneos entre sí.

Tabla 12. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor ‘Nivel de estudios’.

Confusor:		Grupo	Grupo	$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
Nivel de estudios	Ansiedad	IVE	Control		Li	Ls
Primarios	Baja	9(18%)	14(66,7%)	9,11	2,86	29,04
	Alta	41(82%)	7(33,3%)			
Secundarios	Baja	10(24,4%)	30(65,2%)	5,81	2,28	14,82
	Alta	31(75,6%)	16(34,8%)			
Universitarios	Baja	2(15,4%)	23(63,9%)	9,73	1,86	50,82
	Alta	11(84,6%)	13(36,1%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 36,46, p < .001$				7,35	3,78	14,30
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(2) = 0,48, p = .785$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 13 presenta los resultados para el confusor 'Situación laboral'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlada la situación laboral de la mujer. Los odds ratios tanto de las mujeres en activo como inactivas fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .252$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 13. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor 'Situación laboral'.

Confusor: Situación laboral	Ansiedad	Grupo IVE	Grupo Control	$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
					Li	Ls
En activo	Baja	10(14,9%)	33(63,5%)	9,90	4,12	23,81
	Alta	57(85,1%)	19(36,5%)			
Inactivo	Baja	11(29,7%)	34(66,7%)	4,73	1,89	11,79
	Alta	26(70,3%)	17(33,3%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 38,25, p < .001$				6,95	3,70	13,03
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 1,31, p = .252$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 14 presenta los resultados para el confusor ‘Problemas de salud mental en los padres’. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlada esta variable. Los odds ratios tanto de las mujeres cuyos padres tenían algún problema de salud mental como las que no lo tenían fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .903$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 14. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor ‘Problemas de salud mental en los padres’.

Confusor: Problemas salud mental - padres	Ansiedad	Grupo		OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
		IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	2(13,3%)	5(55,6%)	8,12	1,11	59,21
	Alta	13(86,7%)	4(44,4%)			
No	Baja	19(21,3%)	62(66%)	7,13	3,68	13,85
	Alta	70(78,7%)	32(34%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 39,50, p < .001$				7,23	3,85	13,55
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,01, p = .903$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 15 presenta los resultados para el confusor 'haber sufrido malos tratos durante la infancia'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlado el influjo de esta variable. El odds ratio de las mujeres que no habían sufrido malos tratos en la infancia fue estadísticamente significativo, indicando una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. Por el contrario, el odds ratio para las mujeres que sí habían sufrido malos tratos en la infancia no alcanzó la significación estadística, si bien ello pudo deberse a la baja frecuencia de las celdillas de este estrato. A pesar de que en un estrato se obtuvo un odds ratio significativo y en el otro no, el resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .263$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 15. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor 'Malos tratos en la infancia'.

Confusor:		Grupo		OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Malos tratos - infancia	Ansiedad	IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	6(14,3%)	1(20%)	1,50	0,14	15,82
	Alta	36(85,7%)	4(80%)			
No	Baja	17(25,8%)	68(66,7%)	5,76	2,90	11,47
	Alta	49(74,2%)	34(33,3%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 24,47, p < .001$				5,21	2,73	9,96
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 1,25, p = .263$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio. Al haber una celdilla con frecuencia 0 se sumó 0,5 a cada una de ellas para posibilitar la realización de los análisis estadísticos.

La Tabla 16 presenta los resultados para el confusor 'haber sufrido abusos sexuales durante la infancia'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlado el influjo de esta variable. El odds ratio de las mujeres que no habían sufrido abusos sexuales en la infancia fue estadísticamente significativo, indicando una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. Por el contrario, el odds ratio para las mujeres que sí habían sufrido abuso sexual en la infancia no alcanzó la significación estadística, posiblemente debido a la baja frecuencia de las celdillas de este estrato. A pesar de que en un estrato se obtuvo un odds ratio significativo y en el otro no, el resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .377$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 16. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor 'Abuso sexual en la infancia'.

Confusor:		Grupo		OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Abuso sexual - infancia	Ansiedad	IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	3(14,3%)	1(25%)	2,00	0,15	26,19
	Alta	18(85,7%)	3(75%)			
No	Baja	20(23,3%)	68(66%)	6,41	3,36	12,22
	Alta	66(76,7%)	35(34%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 32,48, p < .001$				6,02	3,24	11,19
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,78, p = .377$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio. Al haber una celdilla con frecuencia 0 se sumó 0,5 a cada una de ellas para posibilitar la realización de los análisis estadísticos.

La Tabla 17 presenta los resultados para el confusor ‘haber sufrido violencia de pareja’. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlado el influjo de esta variable. El odds ratio de las mujeres que no habían sufrido violencia de pareja fue estadísticamente significativo, indicando una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. Por el contrario, el odds ratio para las mujeres que sí habían sufrido violencia de pareja no alcanzó la significación estadística, probablemente debido a la baja frecuencia de las celdillas de este estrato. A pesar de que en un estrato se obtuvo un odds ratio significativo y en el otro no, el resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .681$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 17. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor ‘Violencia de pareja’.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Violencia de pareja	Ansiedad	IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	4(10,3%)	2(50%)	8,75	0,95	80,26
	Alta	35(89,7%)	2(50%)			
No	Baja	17(26,2%)	65(65,7%)	5,40	2,70	10,78
	Alta	48(73,8%)	34(34,3%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 26,21, p < .001$				5,57	2,87	10,81
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,17, p = .681$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 18 presenta los resultados para el confusor 'Consumo de tabaco'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlado el consumo de tabaco. Los odds ratios tanto de las mujeres fumadoras como de las no fumadoras fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .598$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 18. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor 'Consumo de tabaco'.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Consumo de tabaco	Ansiedad	IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	12(24%)	18(66,7%)	6,33	2,26	17,74
	Alta	38(76%)	9(33,3%)			
No	Baja	9(16,7%)	49(64,5%)	9,07	3,85	21,36
	Alta	45(83,3%)	27(35,5%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 40,31, p < .001$				7,90	4,10	15,23
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,28, p = .598$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 19 presenta los resultados para el confusor 'Consumo de alcohol'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de ansiedad una vez controlado el influjo del consumo de alcohol. El odds ratio de las mujeres abstemias fue estadísticamente significativo, indicando una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. Por el contrario, el odds ratio para las mujeres bebedoras no alcanzó la significación estadística, probablemente debido a la baja frecuencia de las celdillas de este estrato. A pesar de que en un estrato se obtuvo un odds ratio significativo y en el otro no, el resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .254$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 19. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor 'Consumo de alcohol'.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Consumo de alcohol	Ansiedad	IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	7(25,9%)	3(50%)	2,86	0,46	17,58
	Alta	20(74,1%)	3(50%)			
No	Baja	14(18,2%)	64(66%)	8,73	4,27	17,85
	Alta	63(81,8%)	33(34%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 38,26, p < .001$				7,59	3,93	14,65
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 1,30, p = .254$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 20 presenta los resultados para el confusor 'Consumo de otras drogas'. El hecho de que tres de las ocho celdillas tuvieran una frecuencia cero hizo inviable el análisis de este confusor.

Tabla 20. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de ansiedad en función del confusor 'Consumo de otras drogas'.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Consumo otras drogas	Ansiedad	IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	10(100%)	0(0%)	-	--	
	Alta	0(0%)	0(0%)			
No	Baja	21(22,3%)	67(65%)	6,47	3,44	12,17
	Alta	73(77,7%)	36(35%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = --$				6,47	3,44	12,17
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = --$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio. Debido a la existencia de más de una celdilla con frecuencia 0 no se pudieron aplicar las pruebas de Mantel-Haenszel ni de Breslow-Day.



En resumen. Los resultados estadísticamente significativos de las pruebas MH encontrados en el análisis de los confusores personales y sociodemográficos indicaron que la relación estadística existente entre IVE y sintomatología ansiosa se mantuvo una vez controlado el influjo de cada uno de dichos potenciales confusores, lo que da cuenta de la solidez de esta relación. Por otra parte, los resultados estadísticamente no significativos de las pruebas BD indicaron que los odds ratios de cada estrato de cada confusor eran homogéneos entre sí.

#### 4.6.2. Interrupción voluntaria del embarazo y problemas de depresión

La relación entre IVE y sintomatología depresiva una vez controlado el influjo de los confusores personales y sociodemográficos se presenta en las Tablas 21-34.

La Tabla 21 presenta los resultados para el confusor 'Nacionalidad de la mujer'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlada la nacionalidad. Los odds ratios tanto de las mujeres españolas como de las extranjeras fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .822$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 21. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión del confusor 'Nacionalidad'.

Confusor: Nacionalidad	Depresión	Grupo IVE	Grupo Control	$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
					Li	Ls
Española	Baja	13(20,6%)	68(71,6%)	9,69	4,55	20,62
	Alta	50(79,4%)	27(28,4%)			
Extranjera	Baja	5(12,2%)	5(62,5%)	12,00	2,17	66,34
	Alta	36(87,8%)	3(37,5%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 46,20, p < .001$				9,97	4,98	19,96
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,05, p = .822$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 22 presenta los resultados para el confusor 'Estado civil de la mujer'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el estado civil. Tanto el odds ratio de las mujeres casadas/pareja como el de las solteras como el de las separadas/divorciadas fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .740$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 22. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor 'Estado civil'.

Confusor: Estado civil	Depresión	Grupo	Grupo	$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
		IVE	Control		Li	Ls
Casado/Pareja	Baja	8(16%)	53(69,7%)	12,10	4,91	29,77
	Alta	42(84%)	23(30,3%)			
Soltero	Baja	7(16,7%)	11(64,7%)	9,17	2,54	33,09
	Alta	35(83,3%)	6(35,3%)			
Separado/Divorciado	Baja	3(25%)	9(90%)	27,00	2,34	311,17
	Alta	9(75%)	1(10%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 54,07, p < .001$				12,07	5,98	24,37
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(2) = 0,60, p = .740$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 23 presenta los resultados para el confusor 'Religión profesada por la mujer'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo de la religión profesada. Los odds ratios tanto de las mujeres católicas como las de otras religiones como el de las no creyentes fueron todos estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .869$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 23. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor 'Religión profesada'.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Religión profesada	Depresión	IVE	Control		Li	Ls
Católica	Baja	8(12,9%)	47(65,3%)	12,69	5,23	30,81
	Alta	54(87,1%)	25(34,7%)			
Otra religión	Baja	4(33,3%)	16(84,2%)	10,67	1,91	59,61
	Alta	8(66,7%)	3(15,8%)			
No creyente	Baja	6(20%)	10(83,3%)	20,00	3,43	116,50
	Alta	24(80%)	2(16,7%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 57,17, p < .001$				13,29	6,48	27,28
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(2) = 0,28, p = .869$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 24 presenta los resultados para el confusor '¿Practica alguna religión?'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo de esta variable. Los odds ratios tanto de las mujeres practicantes como de las no practicantes fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .330$ ) indicó que ambos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 24. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor '¿Practica una religión?'

Confusor: ¿Practicante?	Depresión	Grupo IVE	Grupo Control	$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
					Li	Ls
Sí	Baja	3(15,8%)	36(78,3%)	19,20	4,65	79,29
	Alta	16(84,2%)	10(21,7%)			
No	Baja	15(17,6%)	37(64,9%)	8,63	3,96	18,81
	Alta	70(82,4%)	20(35,1%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 51,30, p < .001$				10,53	5,35	20,72
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,95, p = .330$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 25 presenta los resultados para el confusor 'Lugar de residencia de la mujer'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo del lugar de residencia. Los odds ratios tanto de las mujeres residentes en la ciudad como las residentes en un pueblo fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. Sin embargo, el resultado estadísticamente significativo para la prueba BD ( $p = .028$ ) indicó que ambos odds

ratios no eran homogéneos entre sí. Así, el odds ratio para las mujeres residentes en la ciudad fue muy superior ( $OR_{aj} = 21,71$ ) al de las mujeres residentes en un pueblo ( $OR_{aj} = 3,95$ ).

Tabla 25. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor 'Lugar de residencia'.

Confusor: Residencia	Depresión	Grupo IVE	Grupo Control	$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
					Li	Ls
Ciudad	Baja	7(10,9%)	64(72,7%)	21,71	8,70	54,19
	Alta	57(89,1%)	24(27,3%)			
Pueblo	Baja	11(27,5%)	9(60%)	3,95	1,14	13,73
	Alta	29(72,5%)	6(40%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 56,76, p < .001$				12,47	6,14	25,32
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 4,84, p = .028$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 26 presenta los resultados para el confusor ‘Nivel de estudios de la mujer’. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo del nivel de estudios. Los odds ratios tanto de las mujeres con estudios primarios como secundarios y universitarios fueron todos estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .133$ ) indicó que los tres odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 26. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor ‘Nivel de estudios’.

Confusor: Nivel de estudios	Depresión	Grupo		OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
		IVE	Control		Li	Ls
Primarios	Baja	8(16%)	10(90,5%)	49,87	9,66	257,50
	Alta	42(84%)	2(9,5%)			
Secundarios	Baja	7(17,1%)	29(63%)	8,29	3,02	22,75
	Alta	34(82,9%)	17(37%)			
Universitarios	Baja	3(23,1%)	25(69,4%)	7,58	1,74	33,02
	Alta	10(76,9%)	11(30,6%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 55,19, p < .001$				12,21	5,94	25,09
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(2) = 4,04, p = .133$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 27 presenta los resultados para el confusor 'Situación laboral de la mujer'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo de la situación laboral. Los odds ratios tanto de las mujeres en activo como de las inactivas fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .772$ ) indicó que ambos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 27. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor 'Situación laboral'.

Confusor: Situación laboral	Depresión	Grupo		$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
		IVE	Control		Li	Ls
En activo	Baja	11(16,4%)	37(71,2%)	12,56	5,20	30,33
	Alta	56(83,6%)	15(28,8%)			
Inactivo	Baja	7(18,9%)	36(70,6%)	10,29	3,71	28,51
	Alta	30(81,1%)	15(29,4%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 56,51, p < .001$				11,51	5,90	22,43
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,08, p = .772$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.



La Tabla 28 presenta los resultados para el confusor ‘Problemas de salud mental en los padres’. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo de esta variable. Los odds ratios tanto de las mujeres con padres con problemas de salud mental como de las mujeres con padres sin tales problemas fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .087$ ) indicó que ambos odds ratios eran homogéneos entre sí. Se observa, no obstante, una gran diferencia entre los odds ratios de los dos estratos, siendo muy superior la relación entre IVE y sintomatología depresiva en las mujeres cuyos padres habían tenido problemas de salud mental ( $OR_{aj} = 75,00$ ), en comparación con la de las mujeres cuyos padres no habían tenido tales problemas ( $OR_{aj} = 8,50$ ). Es posible que la baja frecuencia de algunas de las celdillas de las tablas haya provocado la no significación estadística de la prueba de BD.

Tabla 28. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor ‘Problemas de salud mental en los padres’.

Confusor: Problemas salud mental - padres	Depresión	Grupo		$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
		IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	2(11,8%)	10(90,9%)	75,00	5,97	941,80
	Alta	15(88,2%)	1(9,1%)			
No	Baja	18(19,8%)	65(67,7%)	8,50	4,35	16,62
	Alta	73(80,2%)	31(32,3%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 55,57, p < .001$				10,06	5,32	19,00
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 2,92, p = .087$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio. Al haber una celdilla con frecuencia 0 se sumó 0,5 a cada una de ellas para posibilitar la realización de los análisis estadísticos.

La Tabla 29 presenta los resultados para el confusor 'haber sufrido malos tratos durante la infancia'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo de esta variable. El odds ratio de las mujeres que no habían sufrido malos tratos en la infancia fue estadísticamente significativo, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. Por el contrario, el odds ratio para las mujeres que sí habían sufrido malos tratos en la infancia no alcanzó la significación estadística, si bien ello pudo deberse a la baja frecuencia de las celdillas de este estrato. A pesar de que en un estrato se obtuvo un odds ratio significativo y en el otro no, el resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .826$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 29. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor 'Malos tratos en la infancia'.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Malos tratos - infancia	Depresión	IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	3(7,5%)	1(33,3%)	6,17	0,43	89,34
	Alta	37(92,5%)	2(66,7%)			
No	Baja	15(23,4%)	72(72%)	8,40	4,07	17,34
	Alta	49(76,6%)	28(28%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 36,68, p < .001$				8,28	4,11	16,70
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,05, p = .826$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 30 presenta los resultados para el confusor 'haber sufrido abusos sexuales durante la infancia'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo de esta variable. El odds ratio de las mujeres que no habían sufrido abusos sexuales en la infancia fue estadísticamente significativo, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. Por el contrario, el odds ratio para las mujeres que sí habían sufrido tales abusos en la infancia no alcanzó la significación estadística, posiblemente debido a la baja frecuencia de las celdillas de este estrato. A pesar de que en un estrato se obtuvo un odds ratio significativo y en el otro no, el resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .627$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 30. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor 'Abuso sexual en la infancia'.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Abuso sexual - infancia	Depresión	IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	3(15,8%)	1(50%)	5,33	0,26	110,80
	Alta	16(84,2%)	1(50%)			
No	Baja	15(17,9%)	72(71,3%)	11,42	5,64	23,12
	Alta	69(82,1%)	29(28,7%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 51,46, p < .001$				11,07	5,58	21,97
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,24, p = .627$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 31 presenta los resultados para el confusor ‘haber sufrido violencia de pareja’. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo de esta variable. Los odds ratios tanto de las mujeres que habían sufrido violencia de pareja como las que no habían sufrido este tipo de maltrato fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .773$ ) indicó que ambos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 31. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor ‘Violencia de pareja’.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Violencia de pareja	Depresión	IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	3(7,7%)	2(50%)	12,00	1,22	118,10
	Alta	36(92,3%)	2(50%)			
No	Baja	15(23,1%)	71(71,7%)	8,45	4,10	17,43
	Alta	50(76,9%)	28(28,3%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 39,58, p < .001$				8,64	4,31	17,30
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 0,08, p = .773$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 32 presenta los resultados para el confusor 'Consumo de tabaco'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo del consumo de tabaco. Los odds ratios tanto de las mujeres fumadoras como de las no fumadoras fueron estadísticamente significativos, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. El resultado estadísticamente significativo encontrado para la prueba BD ( $p = .047$ ) indicó que ambos odds ratios no eran homogéneos entre sí. En concreto, el odds ratio para las mujeres no fumadoras fue muy superior ( $OR_{aj} = 22,40$ ) al de las mujeres fumadoras ( $OR_{aj} = 5,38$ ).

Tabla 32. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor 'Consumo de tabaco'.

Confusor: Consumo de tabaco	Depresión	Grupo IVE	Grupo Control	$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
					Li	Ls
Sí	Baja	12(24%)	17(63%)	5,38	1,95	14,86
	Alta	38(76%)	10(37%)			
No	Baja	6(11,1%)	56(73,7%)	22,40	8,32	60,31
	Alta	48(88,9%)	20(26,3%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 56,20, p < .001$				11,71	5,90	23,27
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 3,96, p = .047$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio.

La Tabla 33 presenta los resultados para el confusor 'Consumo de alcohol'. El resultado significativo para la prueba MH ( $p < .001$ ) indicó la existencia de una relación significativa entre IVE y síntomas de depresión una vez controlado el influjo de esta variable. El odds ratio de las mujeres no bebedoras fue estadísticamente significativo, indicando una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el grupo de mujeres con IVE que en el de control. Por el contrario, el odds ratio para las mujeres bebedoras no alcanzó la significación estadística, probablemente debido a la baja frecuencia de las celdillas de este estrato. A pesar de que en un estrato se obtuvo un odds ratio significativo y en el otro no, el resultado no significativo para la prueba BD ( $p = .221$ ) indicó que dichos odds ratios eran homogéneos entre sí.

Tabla 33. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor 'Consumo de alcohol'.

Confusor: Consumo de alcohol	Depresión	Grupo IVE	Grupo Control	$OR_{aj}$	I. C. al 95%	
					Li	Ls
Sí	Baja	8(29,6%)	4(66,7%)	4,75	0,72	31,37
	Alta	19(70,4%)	2(33,3%)			
No	Baja	10(13%)	69(71,1%)	16,51	7,44	36,61
	Alta	67(87%)	28(28,9%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = 58,16, p < .001$				13,79	6,67	28,50
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = 1,50, p = .221$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres.  $OR_{aj}$ : odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio

La Tabla 34 presenta los resultados para el confusor 'Consumo de otras drogas'. El hecho de que dos de las ocho celdillas tuvieran una frecuencia cero hizo inviable el análisis de este confusor.

Tabla 34. Análisis estratificado de la relación entre IVE y problemas de depresión en función del confusor 'Consumo de otras drogas'.

Confusor:		Grupo	Grupo	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
Consumo otras drogas	Depresión	IVE	Control		Li	Ls
Sí	Baja	1(10%)	-	-	--	
	Alta	9(90%)	-			
No	Baja	17(18,1%)	73(70,9%)	11,02	5,61	21,66
	Alta	77(81,9%)	30(29,1%)			
Prueba de Mantel-Haenszel: $\chi^2_{MH}(1) = --$				11,02	5,61	21,66
Prueba de Breslow-Day: $\chi^2_{BD}(1) = --$						

Entre paréntesis figuran los porcentajes para cada grupo de mujeres. OR<sub>aj</sub>: odds ratio, o razón de ventajas, ajustado en función del confusor. Li y Ls: límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al odds ratio. Debido a la existencia de más de una celdilla con secuencia 0 no se pudieron aplicar las pruebas de Mantel-Haenszel ni de Breslow-Day.

En resumen, los resultados estadísticamente significativos de las pruebas MH encontrados en el análisis de los confusores personales y sociodemográficos indicaron que la relación estadística existente entre IVE y sintomatología depresiva se mantuvo una vez controlado el influjo de cada uno de dichos potenciales confusores, lo que da cuenta de la solidez de esta relación. Por otra parte, los resultados estadísticamente no significativos de las pruebas BD indicaron que los odds ratios de cada estrato de cada confusor eran homogéneos entre sí. Las únicas excepciones fueron los confusores 'lugar de residencia' y 'consumo de tabaco', que obtuvieron pruebas BD estadísticamente significativas, indicando la heterogeneidad de los odds ratios de sus correspondientes estratos.

#### 4.7. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS: MODELOS EXPLICATIVOS

Una vez examinado de forma individual el influjo de potenciales confusores sobre la relación entre IVE y sintomatología ansiosa y depresiva, en este apartado se presentan los resultados de aplicar modelos de regresión logística binaria para analizar el potencial influjo de confusores tomados conjuntamente. Esta estrategia analítica permite comprobar, por una parte, si el conjunto de confusores logra anular la relación existente entre IVE y problemas psicológicos y, por otra, proponer un modelo explicativo que contemple el subconjunto de predictores que mejor dan cuenta de la variabilidad de la variable dependiente.

Se presentan dos modelos de regresión logística: uno tomando como variable dependiente la sintomatología ansiosa y el otro la sintomatología depresiva. En ambos casos, a las mujeres que puntuaron por debajo del criterio establecido en el test EADG se les asignó el valor 0, mientras que aquéllas que superaron el punto de corte se les asignó el valor 1. En ambos modelos de regresión la variable predictora fundamental fue el grupo de pertenencia de cada mujer, que se codificó con los valores 0 y 1 para las mujeres del grupo de control y del grupo IVE, respectivamente. También en ambos modelos se introdujeron las siguientes variables potencialmente confusoras: edad de la mujer (en años), nacionalidad (0: extranjera; 1: española), estado civil (0: soltera / separada / divorciada; 1: casada / pareja), practicante de alguna religión (0: no; 1: sí), lugar de residencia (0: ciudad; 1: pueblo), nivel de estudios (0: primarios; 1: secundarios/universitarios), situación laboral (0: inactivo; 1: en activo), número de hijos, consumo de tabaco (0: no; 1: sí), consumo de alcohol (0: no; 1: sí), historia de trastorno mental en los padres (0: no; 1: sí), haber sufrido maltrato durante la infancia (0: no; 1: sí), haber sufrido abuso sexual durante la infancia (0: no; 1: sí), haber sufrido violencia de pareja (0: no; 1: sí).

Debe tenerse en cuenta que, con objeto de economizar predictores en los modelos de regresión, algunas de las variables confusoras se dicotomizaron en dos valores. Tal fue el caso del estado civil y del nivel de estudios de la mujer.



Tanto para el modelo relativo a la sintomatología ansiosa como para la depresiva, el modo de proceder fue el siguiente. En primer lugar, se ajustó un modelo de regresión logística incluyendo todos los predictores arriba descritos, es decir, el grupo de pertenencia (que es la variable predictora principal) y las 14 variables potencialmente confusoras. En segundo lugar, se aplicó el procedimiento de selección automática de predictores denominada 'selección por pasos condicional hacia adelante', según el cual van entrando en el modelo los predictores con mayor significación estadística hasta que ya no quede ningún predictor que sea capaz de ofrecer un incremento estadísticamente significativo a la capacidad predictiva del modelo.

#### **4.7.1. Interrupción voluntaria del embarazo y sintomatología ansiosa: modelo explicativo**

La Tabla 35 presenta los resultados de ajustar el modelo de regresión logística para la sintomatología ansiosa, tomando todos los predictores antes descritos. Aunque el modelo completo alcanzó la significación estadística,  $\chi^2(15) = 62,37$ ,  $p < .001$ , el único predictor que alcanzó la significación estadística fue el grupo de pertenencia de la mujer ( $p < .001$ ), IVE vs. Control, indicando la sólida relación existente entre sintomatología ansiosa y el hecho de haber tenido una IVE frente a no haberla tenido, una vez controladas las 14 variables potencialmente confusoras de tal relación. El signo positivo del coeficiente de regresión asociado al predictor 'Grupo' ( $B = 1,84$ ) indicó la existencia de una mayor probabilidad de sufrir síntomas de ansiedad en las mujeres que han tenido una IVE en comparación con las mujeres del grupo de control. La proporción de varianza explicada por el modelo completo, según el índice  $R^2$  de Nagelkerke, fue del 35,1%.

Tabla 35. Análisis de regresión logística múltiple sobre la sintomatología ansiosa, tomando todos los predictores.

Predictor	B	Wald	p	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
					Li	Ls
Grupo	1,84	14,04	< .001	6,29	2,40	16,45
Edad	0,03	0,50	.478	1,03	0,95	1,12
Nacionalidad	0,11	0,05	.825	1,11	0,43	2,84
Estado civil	-0,07	0,03	.859	0,93	0,44	1,99
Practica alguna religión	-0,31	0,71	.398	0,73	0,35	1,51
Lugar de residencia	-0,76	3,00	.083	0,47	0,20	1,10
Nivel de estudios	-0,02	0,002	.961	0,98	0,44	2,18
Situación laboral	0,45	1,59	.207	1,57	0,78	3,18
Número de hijos	0,17	0,96	.327	1,18	0,85	1,65
Consumo de tabaco	-0,19	0,23	.634	0,83	0,39	1,78
Consumo de alcohol	-0,28	0,29	.591	0,75	0,26	2,13
Historia de trastorno mental en los padres	0,61	1,17	.278	1,84	0,61	5,57
Maltrato en la infancia	0,81	1,82	.177	2,24	0,69	7,25
Abuso sexual en la infancia	1,19	1,93	.164	3,29	0,61	17,59
Violencia de pareja	0,31	0,27	.601	1,37	0,42	4,46
Constante	-1,22	0,68	.411	0,30	--	--

B = coeficiente de regresión asociado a cada predictor. Wald = estadístico de Wald para el contraste de la significación estadística de cada predictor. OR<sub>aj</sub> = odds ratio de cada predictor con la variable dependiente una vez ajustado el influjo del resto de predictores del modelo.

La segunda fase de este análisis consistió en aplicar el procedimiento de selección automática de predictores ‘por pasos condicional hacia adelante’, con objeto de identificar el subconjunto de predictores que mejor permiten pronosticar, o explicar, la existencia de síntomas de ansiedad en las mujeres que han tenido una IVE.

Del total de 15 predictores iniciales, este método de selección de predictores identificó tan sólo dos variables con capacidad predictiva estadísticamente significativa: el grupo de pertenencia de la mujer (IVE vs. Control) y la existencia de maltrato durante la infancia. El modelo completo con los dos predictores alcanzó la significación estadística,  $\chi^2(2) = 49,26$ ,  $p < .001$ , con un porcentaje de varianza explicada del 28,6%.

La Tabla 36 presenta los resultados del modelo de regresión logística con los dos predictores seleccionados por el procedimiento de selección automática. El modelo de regresión logística con los 15 predictores explicó el 35,1% de la variabilidad de la sintomatología ansiosa, mientras que el modelo con los dos predictores seleccionados explicó el 28,6%. Esta reducción del 6,5% de variabilidad explicada queda sensiblemente compensada por la gran ganancia en parsimonia del modelo, al quedar éste reducido a tan sólo dos predictores.

El grupo de pertenencia presentó una relación estadísticamente significativa con la sintomatología ansiosa ( $p < .001$ ), con un odds ratio ajustado  $OR_{aj} = 5,29$ . Este odds ratio ajustado indicó que, una vez controlada la existencia de maltrato en la infancia, la ventaja de sufrir síntomas de ansiedad frente a no sufrirlos en el grupo IVE fue 5,29 veces mayor que dicha ventaja en el grupo de control. El grupo de pertenencia explicó, por sí solo, el 25,9% de la variabilidad de la sintomatología ansiosa.

La existencia de maltrato durante la infancia fue la única variable confusora que entró en el modelo de regresión, ya que alcanzó una relación estadísticamente significativa, una vez controlado el influjo del grupo de pertenencia ( $p = .028$ ). El odds ratio ajustado obtenido para este predictor,  $OR_{aj} = 3,29$ , indicó que, una vez controlado el influjo del grupo de pertenencia, la ventaja de sufrir síntomas de ansiedad frente a no sufrirlos en las mujeres que habían sufrido maltrato en la infancia era 3,29 veces mayor que dicha ventaja en las mujeres que no habían sufrido maltrato. El maltrato infantil, por sí solo, explicó el 14,7% de la variabilidad de la sintomatología ansiosa.

El incremento en el porcentaje de variabilidad explicada por cada predictor, una vez que en el modelo ya estaba incluido el otro predictor, fue del 13,9% para

el predictor principal, el grupo de pertenencia, y del 2,9% para el maltrato en la infancia.

Tomando el modelo predictivo se obtuvo un porcentaje de clasificaciones correctas del 73,8%, es decir, en el 73,8% de las mujeres de la muestra total la predicción realizada por el modelo de regresión logística sobre si una mujer tenía o no sintomatología ansiosa coincidió con su verdadero valor en dicha variable.

Tabla 36. Análisis de regresión logística sobre la sintomatología ansiosa, tomando como predictores el grupo de pertenencia y la existencia de maltrato en la infancia.

Predictor	B	Wald	p	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
					Li	Ls
Grupo	1,67	23,97	< .001	5,29	2,72	10,32
Maltrato en la infancia	1,19	4,85	.028	3,29	1,14	9,51
Constante	-0,66	9,98	.002	0,52	--	--

B = coeficiente de regresión asociado a cada predictor. Wald = estadístico de Wald para el contraste de la significación estadística de cada predictor. OR<sub>aj</sub> = odds ratio de cada predictor con la variable dependiente una vez ajustado el influjo del resto de predictores del modelo.

Aparte del maltrato en la infancia, el resto de potenciales confusores no alcanzó una relación estadísticamente significativa una vez que en el modelo de regresión ya habían entrado el grupo de pertenencia y el maltrato en la infancia. La Tabla 37 presenta los resultados que se hubieran obtenido si cada uno de dichos confusores se hubieran introducido, de uno en uno, en el modelo predictivo una vez que ya estaban dentro el grupo de pertenencia y el maltrato en la infancia. Como puede observarse en dicha tabla, ninguno de estos confusores alcanzó la significación estadística ( $p > .05$ ), razón por la cual quedaron fuera del modelo.

Tabla 37. Significación estadística de los predictores que quedaron fuera del modelo final.

Predictor	Wald	<i>p</i>
Edad	1,04	.307
Nacionalidad	0,06	.811
Estado civil	0,02	.886
Practica alguna religión	0,84	.360
Lugar de residencia	3,30	.069
Nivel de estudios	0,02	.900
Situación laboral	1,66	.197
Número de hijos	2,42	.120
Consumo de tabaco	0,28	.599
Consumo de alcohol	0,21	.644
Historia de trastorno mental en los padres	0,71	.399
Abuso sexual en la infancia	2,07	.150
Violencia de pareja	1,47	.226

Wald = estadístico de Wald para el contraste de la significación estadística de cada predictor.

#### 4.7.2. Interrupción voluntaria del embarazo y sintomatología depresiva: modelo explicativo

Del mismo modo que se hizo para la sintomatología ansiosa, la Tabla 38 presenta los resultados de ajustar el modelo de regresión logística para la sintomatología depresiva, tomando los mismos predictores antes descritos. Aunque el modelo completo alcanzó la significación estadística,  $\chi^2(15) = 78,66$ ,  $p < .001$ , el único predictor que alcanzó la significación estadística fue el grupo de pertenencia de la mujer ( $p < .001$ ), IVE vs. Control, demostrando la sólida relación existente entre sintomatología depresiva y el hecho de haber tenido una IVE frente a no haberla tenido, una vez controladas las 14 variables potencialmente confusoras de tal relación. El signo positivo del coeficiente de regresión asociado al predictor 'Grupo' ( $B = 2,33$ ) indicó la existencia de una mayor probabilidad de

sufrir síntomas depresivos en las mujeres que habían tenido un IVE en comparación con las mujeres del grupo de control. La proporción de varianza explicada por el modelo completo, según el índice  $R^2$  de Nagelkerke, fue del 42,5%.

Tabla 38. Análisis de regresión logística múltiple sobre la sintomatología depresiva, tomando todos los predictores.

Predictor	B	Wald	p	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
					Li	Ls
Grupo	2,33	21,55	< .001	10,28	3,84	27,51
Edad	-0,01	0,03	.853	0,99	0,91	1,08
Nacionalidad	-0,34	0,45	.501	0,71	0,27	1,91
Estado civil	0,05	0,01	.908	1,05	0,47	2,31
Practica alguna religión	-0,26	0,46	.496	0,77	0,36	1,64
Lugar de residencia	-0,18	0,17	.678	0,83	0,35	1,97
Nivel de estudios	0,63	2,01	.156	1,87	0,79	4,46
Situación laboral	-0,10	0,07	.791	0,90	0,43	1,89
Número de hijos	0,01	0,002	.964	1,01	0,71	1,44
Consumo de tabaco	-0,001	0,000	.997	0,999	0,45	2,19
Consumo de alcohol	-0,87	2,49	.115	0,42	0,14	1,23
Historia de trastorno mental						
en los padres	-0,19	0,11	.736	0,82	0,27	2,51
Maltrato en la infancia	1,21	3,21	.073	3,37	0,89	12,73
Abuso sexual en la infancia	0,01	0,000	.986	1,01	0,23	4,51
Violencia de pareja	0,84	1,63	.202	2,32	0,64	8,44
Constante	-1,16	0,57	.449	0,31	--	--

B = coeficiente de regresión asociado a cada predictor. Wald = estadístico de Wald para el contraste de la significación estadística de cada predictor. OR<sub>aj</sub> = odds ratio de cada predictor con la variable dependiente una vez ajustado el influjo del resto de predictores del modelo.

A continuación, se aplicó el procedimiento de selección automática de predictores ‘por pasos condicional hacia adelante’, con objeto de identificar cuáles

eran los predictores que mejor permitían pronosticar, o explicar, la existencia de síntomas de depresión en las mujeres que habían tenido una IVE.

Del total de 15 predictores iniciales, y al igual que ocurrió con la sintomatología ansiosa, este método de selección de predictores identificó tan sólo dos variables con capacidad predictiva estadísticamente significativa: el grupo de pertenencia de la mujer (IVE vs. Control) y la existencia de maltrato durante la infancia. El modelo completo con los dos predictores alcanzó la significación estadística,  $\chi^2(2) = 69,46$ ,  $p < .001$ , con un porcentaje de varianza explicada del 38,3%.

La Tabla 39 presenta los resultados del modelo de regresión logística con estos dos predictores. El modelo de regresión logística con los 15 predictores explicó el 42,5% de la variabilidad de la sintomatología depresiva, mientras que el modelo con los dos predictores seleccionados explicó el 38,3%. Esta reducción del 4,2% de variabilidad explicada queda sensiblemente compensada por la gran ganancia en parsimonia del modelo, al quedar éste reducido a tan sólo dos predictores.

El hecho de haber tenido una IVE versus no haberla tenido presentó una relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva ( $p < .001$ ), con un odds ratio ajustado  $OR_{aj} = 8,20$ . Este odds ratio ajustado significó que, una vez controlada la existencia de maltrato en la infancia, la ventaja de sufrir síntomas depresivos frente a no sufrirlos en el grupo IVE fue 8,20 veces mayor que dicha ventaja en el grupo de control. El grupo de pertenencia explicó, por sí solo, el 35,3% de la variabilidad de la sintomatología depresiva.

La existencia de maltrato durante la infancia fue la única variable confusora que entró en el modelo de regresión, ya que fue la única que alcanzó una relación estadísticamente significativa, una vez controlado el influjo del grupo de pertenencia ( $p = .020$ ). El odds ratio ajustado obtenido para este predictor,  $OR_{aj} = 3,97$ , se interpreta afirmando que, una vez controlado el influjo del grupo de pertenencia, la ventaja de sufrir síntomas de ansiedad frente a no sufrirlos en las mujeres que habían sufrido maltrato en la infancia fue 3,97 veces mayor que dicha ventaja en las mujeres que no habían sufrido maltrato. El maltrato en la infancia, por sí solo, explicó el 18,4% de la variabilidad de la sintomatología depresiva.

El incremento en el porcentaje de variabilidad explicada por cada predictor, una vez que en el modelo ya estaba incluido el otro predictor, fue del 24,1% para el predictor principal, el grupo de pertenencia, y del 7,2% para el maltrato en la infancia.

Tomando el modelo predictivo se obtuvo un porcentaje de clasificaciones correctas del 77,2%, es decir, en el 77,2% de las mujeres de la muestra total la predicción realizada por el modelo de regresión logística sobre si una mujer tenía o no sintomatología depresiva coincidió con su verdadero valor en dicha variable.

Tabla 39. Análisis de regresión logística sobre la sintomatología ansiosa, tomando como predictores el grupo de pertenencia y la existencia de maltrato en la infancia.

Predictor	B	Wald	p	OR <sub>aj</sub>	I. C. al 95%	
					Li	Ls
Grupo	2,10	35,11	< .001	8,20	4,09	16,46
Maltrato en la infancia	1,38	5,39	.020	3,97	1,24	12,75
Constante	-0,94	18,19	< .001	0,39	--	--

B = coeficiente de regresión asociado a cada predictor. Wald = estadístico de Wald para el contraste de la significación estadística de cada predictor. OR<sub>aj</sub> = odds ratio de cada predictor con la variable dependiente una vez ajustado el influjo del resto de predictores del modelo.

Las 13 restantes variables confusoras no alcanzaron una relación estadísticamente significativa una vez que en el modelo de regresión ya habían entrado el grupo de pertenencia y el maltrato en la infancia. La Tabla 40 presenta los resultados que se hubieran obtenido si cada uno de dichos confusores se hubieran introducido, de uno en uno, en el modelo predictivo una vez que ya estaban dentro el grupo de pertenencia y el maltrato en la infancia. Como puede observarse en dicha tabla, ninguno de estos confusores alcanzó la significación estadística ( $p > .05$ ), razón por la cual quedaron fuera del modelo.



Tabla 40. Significación estadística de los predictores que quedaron fuera del modelo final.

Predictor	Wald	<i>p</i>
Edad	0,001	.971
Nacionalidad	0,74	.390
Estado civil	0,33	.564
Practica alguna religión	0,81	.367
Lugar de residencia	0,69	.406
Nivel de estudios	2,15	.143
Situación laboral	0,000	.983
Número de hijos	0,08	.771
Consumo de tabaco	0,02	.888
Consumo de alcohol	3,05	.081
Historia de trastorno mental en los padres	0,49	.484
Abuso sexual en la infancia	0,02	.894
Violencia de pareja	1,84	.175

Wald = estadístico de Wald para el contraste de la significación estadística de cada predictor.

#### 4.7.3. Interrupción voluntaria del embarazo y optimismo: modelo explicativo

Dentro del Objetivo (1) de esta investigación, además del interés por las sintomatologías ansiosa y depresiva, se examinó la posible existencia de diferencias en optimismo, medido con el test LOT-R, entre las mujeres que tuvieron una IVE y las de control. En la Tabla 2 se presentó el resultado de la comparación entre las dos medias, siendo estadísticamente significativa su diferencia, en el sentido de un mayor optimismo hacia la vida en las mujeres que no habían tenido una IVE en comparación con las que si lo habían tenido. Siguiendo la misma estrategia analítica que con las sintomatologías ansiosa y depresiva, en este apartado abordamos la cuestión de si variables confusoras personales y sociodemográficas podrían anular la relación estadística encontrada entre IVE y optimismo. Dado que en este caso la variable dependiente, el nivel de

optimismo, es una variable continua, se aplicaron modelos de regresión lineal, tomando como predictores el grupo de pertenencia (IVE vs. Control) y las 14 mismas variables confusoras analizadas en los modelos regresión logística para las sintomatologías ansiosa y depresiva.

La Tabla 41 presenta los resultados del análisis de regresión lineal múltiple tomando como variable dependiente el nivel de optimismo y como variables predictoras el grupo de pertenencia y las 14 variables potencialmente confusoras. El modelo completo alcanzó la significación estadística,  $F(15, 190) = 6,82, p < .001$ , con un 29,9% de varianza explicada. No obstante, sólo tres de los 15 predictores incluidos en el modelo presentaron una relación estadísticamente significativa con el nivel de optimismo una vez controlado el influjo del resto de predictores. En primer lugar, el grupo de pertenencia (IVE vs. Control) exhibió una relación estadísticamente significativa con el optimismo, una vez controlado el influjo de las 14 variables confusoras ( $p = .014$ ), lo que apunta hacia la existencia de una sólida relación entre IVE y nivel de optimismo. El signo negativo de su coeficiente de regresión ( $b = -2,14$ ) indicó un menor nivel de optimismo en la muestra de mujeres que habían tenido una IVE en comparación con el de las mujeres del grupo de control.

Además del grupo de pertenencia, que era la variable independiente fundamental del modelo, el consumo de tabaco y haber sufrido violencia de pareja presentaron relaciones estadísticamente significativas con el nivel de optimismo. El consumo de tabaco ( $p = .017$ ) obtuvo un coeficiente de regresión de signo negativo ( $b = -1,70$ ), indicando un menor optimismo entre las mujeres fumadoras en comparación con las no fumadoras. Por su parte, el haber sufrido violencia de pareja ( $p = .007$ ) también presentó un coeficiente de regresión negativo ( $b = -2,64$ ), indicando un menor optimismo en las mujeres que habían sufrido este tipo de violencia.

Tabla 41. Análisis de regresión lineal múltiple sobre el nivel de optimismo, tomando todos los predictores.

Predictor	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Grupo	-2,14	-2,48	.014
Edad	0,06	0,79	.433
Nacionalidad	1,45	1,70	.091
Estado civil	-0,81	-1,17	.244
Practica alguna religión	1,22	1,74	.084
Lugar de residencia	0,70	0,93	.354
Nivel de estudios	1,03	1,41	.159
Situación laboral	0,81	1,22	.226
Número de hijos	0,10	0,32	.752
Consumo de tabaco	-1,70	-2,41	.017
Consumo de alcohol	-1,57	-1,71	.088
Historia de trastorno mental en los padres	1,06	1,06	.292
Maltrato en la infancia	-1,14	-1,20	.230
Abuso sexual en la infancia	0,09	0,08	.939
Violencia de pareja	-2,64	-2,70	.007
Constante	10,61	3,97	< .001

*b* = coeficiente de regresión no estandarizado asociado a cada predictor. *t* = estadístico para el contraste de la significación estadística de cada predictor.

Con objeto de identificar el modelo predictivo que incluya el subconjunto de predictores realmente relevantes para explicar la variabilidad del nivel de optimismo, se aplicó el procedimiento de selección automática de predictores denominado 'por pasos sucesivos' (*stepwise*). Este procedimiento, similar al utilizado en los modelos de regresión logística anteriormente descritos, va introduciendo en el modelo, uno a uno, aquellos predictores que presentan una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, una vez controlado el influjo de los predictores que ya están dentro del modelo. El procedimiento de selección se detiene una vez que ya no hay ningún predictor que aporte significación estadística al modelo.

La Tabla 42 presenta los resultados de la aplicación de este método de selección automática. Del total de 15 potenciales predictores, tan sólo dos de ellos aportaron una contribución estadísticamente significativa para explicar la variabilidad del nivel de optimismo: el grupo de pertenencia (IVE vs. Control) y haber sufrido violencia de pareja. El modelo completo con estos dos predictores alcanzó la significación estadística,  $F(2, 203) = 37,66$ ,  $p < .001$ , explicando un 26,3% de la varianza del nivel de optimismo. El grupo de pertenencia alcanzó la significación estadística una vez controlado el influjo de la variable 'haber sufrido violencia de pareja' ( $p < .001$ ), y el signo negativo de su coeficiente de regresión ( $b = -3,41$ ) confirmó la existencia de un menor nivel de optimismo en las mujeres que habían tenido una IVE en comparación con las del grupo de control. Esta variable, por sí sola, fue capaz de explicar un 19,7% de la varianza del nivel de optimismo. Por otra parte, la variable 'haber sufrido violencia de pareja' presentó también una relación estadísticamente significativa con el nivel de optimismo una vez controlado el influjo del grupo de pertenencia ( $p < .001$ ). El signo negativo de su coeficiente de regresión ( $b = -3,73$ ) denotó un menor nivel de optimismo en las mujeres que habían sufrido violencia de pareja.

Tabla 42. Análisis de regresión lineal múltiple sobre el nivel de optimismo, tomando el subconjunto de predictores seleccionados de forma automática.

Predictor	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Grupo	-3,41	-5,01	< .001
Violencia de pareja	-3,73	-4,41	< .001
Constante	16,60	37,69	< .001

*b* = coeficiente de regresión no estandarizado asociado a cada predictor. *t* = estadístico para el contraste de la significación estadística de cada predictor.

#### 4.8. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y CONSECUENCIAS

El propósito del Objetivo (5) de esta investigación era: "explorar las características personales, familiares y de pareja en las mujeres que han realizado

una IVE, así como las circunstancias que rodearon a dicho acto y las repercusiones que ha tenido en su vida". Para alcanzar este objetivo, en este apartado centramos nuestra atención en la muestra de mujeres que tuvieron una IVE y analizamos sus características personales y las circunstancias personales y familiares que rodearon la interrupción voluntaria del embarazo. Así mismo, analizamos la relación entre dichas características y la presencia versus ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva en esta muestra.

Las Tablas 43 y 44 presentan los estadísticos descriptivos de las características personales y las circunstancias que rodearon la IVE en esta muestra de mujeres. Prácticamente ninguna mujer de la muestra que tuvo una IVE tenía historia previa al aborto de haber padecido problemas de ansiedad (99%) ni de depresión (98%). En el momento de practicar el aborto, las mujeres tenían una edad media de 28,5 años (rango = 20 – 36 años) y el 28% de ellas ya habían tenido entre uno o dos abortos previos también provocados. Algo más de la mitad de las mujeres estaban casadas o tenían pareja en el momento del aborto (54,5%), casi la mitad estaban solteras (41,6%) y un pequeño porcentaje de ellas estaban separadas o divorciadas (4%). En la totalidad de los casos, el motivo alegado para practicar el aborto fue 'decisión personal de la gestante'. También en la totalidad de los casos el asesoramiento sobre cómo abortar fue en un centro de salud, mientras que el centro donde se practicó el aborto fue siempre un centro privado y en la misma provincia en la que residía la mujer (99%). Tres de cada cuatro mujeres que abortaron se habían hecho alguna revisión tras el aborto (75%).

En el 64,4% de los casos los padres de la gestante no tuvieron conocimiento del embarazo. Cuando sí lo tuvieron, el apoyo de éstos fue mayoritario. No ocurrió lo mismo con la pareja de la gestante, ya que en el 87% de los casos la pareja no apoyó el embarazo inesperado. En la mayoría de los casos (98%) la pareja estuvo informada del aborto practicado por la gestante, y también en una gran mayoría de los casos se ha producido un distanciamiento entre la gestante y su pareja después del aborto (82,2%). No obstante, en más de la mitad de los casos (68,3%) la mujer y el padre de la criatura continuaron su relación. De las 104 mujeres que compusieron la muestra con IVE, 31 de ellas (29,8%) se separaron de su pareja después del aborto. El tiempo medio que transcurrió entre el aborto y la

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

separación fue de 4,2 años (rango = 1 – 12 años). De las 104 mujeres de la muestra, 39 de ellas (37,5%) manifestaron haber sufrido violencia de pareja; de éstas, la mayoría ya habían comenzado a sufrir la violencia de pareja antes de que se practicara el aborto (71,8%).

Tabla 43. Características personales y circunstanciales que rodearon el embarazo y el aborto en la muestra de mujeres con IVE.

Pregunta	Frec. (%)
¿Historia de ansiedad previa al aborto? (N = 101):	
Sí	1(1%)
No	100(99%)
¿Historia de depresión previa al aborto? (N = 101):	
Sí	2(2%)
No	99(98%)
¿Tenían conocimiento del embarazo los padres de la gestante? (N = 101):	
Sí	36(35,6%)
No	65(64,4%)
¿Cuál fue la reacción de los padres de la gestante? (N = 101):	
Apoyo	30(29,7%)
No apoyo	6(5,9%)
No lo sabían	65(64,4%)
Actitud de la pareja ante el embarazo inesperado (N = 100):	
Apoyo	13(13%)
No apoyo	87(87%)
¿Tuvo abortos previos? (N = 100):	
Sí	28(28%)
No	72(72%)
¿Cuántos de esos abortos fueron provocados? (N = 27):	
1	17(63%)
2	8(29,6%)
3	2(7,4%)

Estado civil en el momento del aborto ( <i>N</i> = 101):	55(54,5%)
Casada/Pareja	42(41,6%)
Soltera	4(4%)
Separada/Divorciada	
Motivo alegado para el aborto ( <i>N</i> = 101):	
Anomalías graves	0(0%)
Grave riesgo para la vida o salud de la gestante	0(0%)
Decisión personal de la gestante	101(100%)
¿Informó del aborto a su pareja? ( <i>N</i> = 101):	
Sí	99(98%)
No	2(2%)
¿Ha habido distanciamiento con la pareja después del aborto? ( <i>N</i> = 101):	
Sí	83(82,2%)
No	18(17,8%)
Momento de la violencia de pareja ( <i>N</i> = 39):	
Antes del aborto	28(71,8%)
Después del aborto	11(28,2%)
¿Continúa su relación con el padre de la criatura? ( <i>N</i> = 101):	
Sí	69(68,3%)
No	32(31,7%)
¿El aborto tuvo lugar en la misma provincia donde vive? ( <i>N</i> = 101):	
Sí	100(99%)
No	1(1%)
Centro de asesoramiento ( <i>N</i> = 101):	
Centro de planificación familiar	0(0%)
Centro de salud	101(100%)
Centro privado	0(0%)
Centro donde se realizó el aborto ( <i>N</i> = 101):	
Privado	101(100%)
Público	0(0%)
¿Se ha hecho alguna revisión después del aborto? ( <i>N</i> = 104):	
Sí	26(25%)
No	78(75%)

Tabla 44. Otras características personales y circunstanciales que rodearon el embarazo y el aborto en la muestra de mujeres con IVE.

Variable	N	Mín.	Máx.	Media	DT
Edad de la gestante en el momento del aborto	103	9	36	28,5	5,2
¿Cuánto tiempo después del aborto se separó de su pareja?	31	1	12	4,2	2,9

Mín. y Máx. = valores mínimo y máximo. DT = Desviación típica.

Vinculadas al Objetivo (5), formulamos dos hipótesis en relación a la sintomatología ansiosa y depresiva:

“(f) En el grupo de mujeres con IVE se esperaba encontrar una mayor prevalencia de maltrato físico, psicológico y de abuso sexual en la infancia en aquéllas que presentaban sintomatología ansiosa o depresiva.

(g) En el grupo de mujeres con IVE se esperaba encontrar una mayor prevalencia de violencia de pareja en aquéllas que presentaban sintomatología ansiosa o depresiva.”

Con objeto de conocer la relación entre sintomatología ansiosa y depresiva y las características personales y familiares de las mujeres que habían tenido una IVE, se construyeron tablas de contingencia y se aplicaron pruebas Chi-cuadrado de independencia. Las Tablas 45 y 46 presentan los resultados de estos análisis tomando la sintomatología ansiosa (dicotomizada según el punto de corte del test EADG) y cada una de las variables personales y familiares antes descritas.

En lo que respecta a las características personales (Tabla 45), la única variable que presentó una relación estadísticamente significativa con la sintomatología ansiosa fue el haber consumido alguna droga diferente del tabaco o el alcohol ( $p = .029$ ), siendo superior el porcentaje de mujeres que consumieron alguna droga en el grupo de las que tenían sintomatología ansiosa (12%), en comparación con el de las que no tenían esta sintomatología (0%). No se observaron relaciones estadísticamente significativas entre sintomatología ansiosa y variables tales como practicar de forma activa una religión ( $p = .190$ ), fumar ( $p = .352$ ), beber ( $p = .388$ ), tener unos padres con historia de salud mental ( $p = .456$ ), haber sufrido malos tratos en la infancia ( $p = .122$ ) o haber sufrido abuso sexual en



la infancia ( $p = .209$ ). Estas dos últimas variables, haber sufrido maltrato infantil o abuso sexual en la infancia, tienen que ver con la hipótesis (f) de este objetivo. En ninguno de estos dos casos se obtuvo una relación estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología ansiosa. No obstante, los resultados apuntan hacia la posible existencia de tal relación, ya que la presencia de malos tratos en la infancia fue porcentualmente superior en el grupo con síntomas de ansiedad (42,2% frente a 23,8%). Así mismo, la frecuencia de abuso sexual en la infancia fue superior en el grupo de mujeres que presentó síntomas de ansiedad (20,7% frente a 9,5%).

Tabla 45. Relación entre sintomatología ansiosa y las características personales de las mujeres que tuvieron una IVE.

Variable	¿Ansiedad?		$\chi^2$	GL	p	V
	No	Sí				
¿Es practicante?:						
Sí	6(28,6%)	13(15,7%)	1,72 <sup>a</sup>	1	.190	0,134
No	15(71,4%)	70(84,3%)				
¿Consume tabaco?:						
Sí	12(57,1%)	38(45,8%)	0,87	1	.352	0,091
No	9(42,9%)	45(54,2%)				
¿Consume alcohol?:						
Sí	7(33,3%)	20(24,1%)	0,74	1	.388	0,085
No	14(66,7%)	63(75,9%)				
¿Consume otras drogas?:						
Sí	0(0%)	10(12%)	4,77 <sup>a</sup>	1	.029	0,164
No	21(100%)	73(88%)				
¿Problemas de salud mental en los padres?:						
Sí	2(9,5%)	13(15,7%)	0,56 <sup>a</sup>	1	.456	0,070
No	19(90,5%)	70(84,3%)				
¿Sufrió malos tratos en la infancia?:						
Sí	5(23,8%)	35(42,2%)	2,39	1	.122	0,151
No	16(76,2%)	48(57,8%)				
¿Sufrió abuso sexual en la infancia?:						
Sí	2(9,5%)	17(20,7%)	1,58 <sup>a</sup>	1	.209	0,116
No	19(90,5%)	65(79,3%)				

<sup>a</sup> Se aplicó la prueba de razón de verosimilitudes al no cumplirse los supuestos de aplicación de la prueba Chi-cuadrado.  $\chi^2$  = prueba Chi-cuadrado de independencia. GL = grados de libertad asociados a la prueba Chi-cuadrado. V = coeficiente de correlación V de Cramer.

En cuanto a las características familiares que rodearon el aborto voluntario (Tabla 46), la única variable que rozó la significación estadística fue el haber sufrido maltrato por parte de su pareja ( $p = .051$ ), siendo superior la frecuencia de violencia de pareja entre las mujeres con sintomatología ansiosa (42,2%) en comparación con las mujeres sin esta sintomatología (19%). Este resultado está directamente vinculado a la hipótesis (g) de este objetivo. No se observó una relación estadísticamente significativa entre sintomatología ansiosa y el hecho de que los padres tuvieran conocimiento del embarazo ( $p = .438$ ), la reacción de los padres de la gestante ante el embarazo ( $p = .255$ ), la actitud de la pareja ante el embarazo inesperado ( $p = .867$ ), el haber tenido abortos previos ( $p = .540$ ), el estado civil en el momento del aborto ( $p = .892$ ), el que se hubiera producido distanciamiento con la pareja tras el aborto ( $p = .433$ ) y si continúa su relación con el padre de la criatura después de producirse el aborto ( $p = .731$ ).

Tabla 46. Relación entre sintomatología ansiosa y las características familiares de las mujeres que tuvieron una IVE.

Variable	¿Ansiedad?		$\chi^2$	GL	p	V
	No	Sí				
¿Tenían conocimiento del embarazo los padres de la gestante?:			0,60	1	.438	0,077
Sí	9(42,9%)	27(33,8%)				
No	12(57,1%)	53(66,2%)				
¿Cuál fue la reacción de los padres de la gestante?:			2,74 <sup>a</sup>	1	.255	0,182
Apoyo	6(28,6%)	24(30%)				
No apoyo	3(14,3%)	3(3,8%)				
No lo sabían	12(57,1%)	53(66,3%)				
Actitud de la pareja ante el embarazo inesperado:			0,30 <sup>a</sup>	1	.867	0,053
Apoyo	2(9,5%)	11(13,9%)				
No apoyo	19(90,5%)	68(86,1%)				
¿Tuvo abortos previos?:			0,37	1	.540	0,061

## MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

Sí	7(33,3%)	21(26,6%)				
No	14(66,7%)	58(73,4%)				
Estado civil en el momento del aborto:			0,23	2	.892	0,047
Casada/Pareja	11(52,4%)	39(47%)				
Soltera	8(38,1%)	34(41%)				
Separada/Divorciada	2(9,5%)	10(12%)				
¿Ha habido distanciamiento con la pareja después del aborto?:			0,61 <sup>a</sup>	1	.433	0,080
Sí	16(76,2%)	67(83,8%)				
No	5(23,8%)	13(16,2%)				
¿Ha habido maltrato por parte de su pareja?:			3,82	1	.051	0,192
Sí	4(19%)	35(42,2%)				
No	17(81%)	48(57,8%)				
¿Continúa su relación con el padre de la criatura?:			0,12	1	.731	0,034
Sí	15(71,4%)	54(67,5%)				
No	6(28,6%)	26(32,5%)				

<sup>a</sup> Se aplicó la prueba de razón de verosimilitudes al no cumplirse los supuestos de aplicación de la prueba Chi-cuadrado.  $\chi^2$  = prueba Chi-cuadrado de independencia. *GL* = grados de libertad asociados a la prueba Chi-cuadrado. *V* = coeficiente de correlación *V* de Cramer.

Los mismos análisis presentados en las Tablas 45 y 46 para la sintomatología ansiosa se presentan en las Tablas 47 y 48 para la sintomatología depresiva. En cuanto a la relación entre sintomatología depresiva y las características personales de las mujeres que tuvieron una IVE (Tabla 47), la única que alcanzó la significación estadística fue el haber sufrido malos tratos en la infancia ( $p = .037$ ), siendo superior la frecuencia de mujeres que sufrieron tales malos tratos entre las que presentaban sintomatología depresiva (43%), en comparación con las mujeres que no presentaban síntomas de depresión (16,7%). Este resultado está directamente vinculado a la hipótesis (f). El resto de variables

personales no presentó una relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva: practicante de una religión ( $p = .845$ ), fumar ( $p = .083$ ), beber ( $p = .060$ ), consumo de otras drogas ( $p = .495$ ), historia de trastorno mental en los padres ( $p = .195$ ) y haber sufrido abuso sexual en la infancia ( $p = .829$ ). Este último resultado tiene que ver con la hipótesis (f).

Tabla 47. Relación entre sintomatología depresiva y las características personales de las mujeres que tuvieron una IVE.

Variable	¿Depresión?		$\chi^2$	GL	p	V
	No	Sí				
¿Es practicante?:			0,04 <sup>a</sup>	1	.845	0,019
Sí	3(16,7%)	16(18,6%)				
No	15(83,3%)	70(81,4%)				
¿Consume tabaco?:			3,01	1	.083	0,170
Sí	12(66,7%)	38(44,2%)				
No	6(33,3%)	48(55,8%)				
¿Consume alcohol?:			3,55 <sup>a</sup>	1	.060	0,193
Sí	8(44,4%)	19(22,1%)				
No	10(55,6%)	67(77,9%)				
¿Consume otras drogas?:			0,47 <sup>a</sup>	1	.495	0,063
Sí	1(5,6%)	9(10,5%)				
No	17(94,4%)	77(89,5%)				
¿Problemas de salud mental en los padres?:			1,68 <sup>a</sup>	1	.195	0,115
Sí	1(5,6%)	14(16,3%)				
No	17(94,4%)	72(83,7%)				
¿Sufrió malos tratos en la infancia?:			4,37	1	.037	0,205
Sí	3(16,7%)	37(43%)				
No	15(83,3%)	49(57%)				
¿Sufrió abuso sexual en la infancia?:			0,05 <sup>a</sup>	1	.829	0,021
Sí	3(16,7%)	16(18,8%)				

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

No	15(83,3%)	69(81,2%)
----	-----------	-----------

<sup>a</sup> Se aplicó la prueba de razón de verosimilitudes al no cumplirse los supuestos de aplicación de la prueba Chi-cuadrado.  $\chi^2$  = prueba Chi-cuadrado de independencia. *GL* = grados de libertad asociados a la prueba Chi-cuadrado. *V* = coeficiente de correlación *V* de Cramer.

En lo que respecta a las variables familiares (Tabla 48), la única que presentó una relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva fue el haber sufrido violencia de pareja ( $p = .045$ ), de forma que fue mayor el porcentaje de mujeres que habían sufrido este tipo de maltrato en las que tenían sintomatología depresiva (41,9%), en comparación con las que no tenían síntomas de depresión (16,7%). Este resultado está directamente vinculado a la hipótesis (g) de este Objetivo. No se obtuvo una relación estadísticamente significativa con el hecho de que los padres tuvieran conocimiento del embarazo ( $p = .161$ ), la reacción de los padres ( $p = .340$ ), la actitud de la pareja ante el embarazo inesperado ( $p = .789$ ), haber tenido abortos previos ( $p = .578$ ), el estado civil en el momento del aborto ( $p = .917$ ), el que se hubiera producido distanciamiento con su pareja tras el aborto ( $p = .599$ ), ni si continuaba su relación con el padre de la criatura tras el aborto ( $p = .199$ ).

Tabla 48. Relación entre sintomatología depresiva y las características familiares de las mujeres que tuvieron una IVE.

Variable	¿Depresión?		$\chi^2$	<i>GL</i>	<i>p</i>	<i>V</i>
	No	Sí				
¿Tenían conocimiento del embarazo los padres de la gestante?:			1,97	1	.161	0,140
Sí	9(50%)	27(32,5%)				
No	9(50%)	56(67,5%)				
¿Cuál fue la reacción de los padres de la gestante?:			2,16 <sup>a</sup>	2	.340	0,151
Apoyo	7(38,9%)	23(27,7%)				
No apoyo	2(11,1%)	4(4,8%)				
No lo sabían	9(50%)	56(67,5%)				

Actitud de la pareja ante el embarazo inesperado:			0,07 <sup>a</sup>	1	.789	0,026
Apoyo	2(11,1%)	11(13,4%)				
No apoyo	16(88,9%)	71(86,6%)				
¿Tuvo abortos previos?:			0,31	1	.578	0,056
Sí	6(33,3%)	22(26,8%)				
No	12(66,7%)	60(73,2%)				
Estado civil en el momento del aborto:			0,17	2	.917	0,043
Casada/Pareja	10(55,6%)	45(54,2%)				
Soltera	7(38,9%)	35(42,2%)				
Separada/Divorciada	1(5,6%)	3(3,6%)				
¿Ha habido distanciamiento con la pareja después del aborto?:			0,28 <sup>a</sup>	1	.599	0,054
Sí	14(77,8%)	69(83,1%)				
No	4(22,2%)	14(16,9%)				
¿Ha habido maltrato por parte de su pareja?:			4,03	1	.045	0,197
Sí	3(16,7%)	36(41,9%)				
No	15(83,3%)	50(58,1%)				
¿Continúa su relación con el padre de la criatura?:			1,65	1	.199	0,128
Sí	10(55,6%)	59(71,1%)				
No	8(44,4%)	24(28,9%)				

<sup>a</sup> Se aplicó la prueba de razón de verosimilitudes al no cumplirse los supuestos de aplicación de la prueba Chi-cuadrado.  $\chi^2$  = prueba Chi-cuadrado de independencia. *GL* = grados de libertad asociados a la prueba Chi-cuadrado. *V* = coeficiente de correlación *V* de Cramer.





## 5. DISCUSIÓN

### 5.1. INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación fue indagar en las relaciones entre el hecho de tener una interrupción voluntaria del embarazo y la presencia de problemas psicológicos, así como las características personales, familiares sociodemográficas de las mujeres y las circunstancias que rodearon dicha interrupción del embarazo. Para alcanzar estos objetivos se llevó a cabo una investigación en la que se aplicó un diseño transversal comparativo y se definieron cinco objetivos con una serie de hipótesis. A continuación, se describen los resultados obtenidos en esta investigación, en función de los objetivos e hipótesis, y se ponen en relación con los resultados de estudios anteriores sobre este tema. Posteriormente, se infieren algunas implicaciones de nuestros resultados para la práctica profesional, se identifican las limitaciones de nuestro estudio, se apuntan líneas para la investigación futura y se presentan las conclusiones de esta investigación.

### 5.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El Objetivo (1) de esta investigación era “examinar la relación existente entre el hecho de realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) versus no realizarla y la presencia de problemas psicológicos relacionados con la ansiedad, la depresión y el optimismo hacia la vida, así como el influjo de variables de confusión en dichas relaciones”. Este objetivo tenía asociada la hipótesis: “Se esperaba obtener una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa, de sintomatología depresiva y un menor nivel de optimismo en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no lo realizaron”. Nuestros resultados apuntan claramente hacia esta hipótesis. En lo que respecta a la sintomatología ansiosa, hemos encontrado una mayor prevalencia en el grupo IVE que en el de control, resultando esta relación estadísticamente significativa y con un tamaño del efecto de muy alta magnitud ( $OR = 7,35$ ). El análisis del posible

influjo de confusores resultó ser negativo, de forma que la sólida relación existente entre IVE y sintomatología ansiosa se mantuvo después de controlar el influjo de los potenciales confusores. El modelo de regresión logística final incluyó como predictores el grupo de pertenencia (IVE vs. Control) y el haber sufrido maltrato durante la infancia. En concreto, el odds ratio para el grupo de pertenencia, una vez ajustado por el confusor 'historia de maltrato en la infancia', indicó que en el grupo de mujeres con IVE la ventaja de sufrir problemas de ansiedad frente a no sufríros fue 5,29 veces mayor que dicha ventaja en el grupo de control.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en la revisión realizada por Coleman et al.<sup>48</sup>, donde la posibilidad de sufrir problemas de ansiedad en las mujeres que habían abortado fue un 34% mayor que en los controles. Otro estudio en el que se evidencia esta relación fue el de Fergusson et al.<sup>49</sup>, donde el grupo de las que abortaron presentaba tasas más elevadas de ansiedad ( $RR = 1,55$ ). Así mismo, Dingle et al.<sup>62</sup> encontraron una asociación estadísticamente significativa entre aborto y ansiedad. En esta misma línea, Mota et al.<sup>63</sup> encontraron que, una vez ajustados los factores sociodemográficos, el aborto estaba asociado con un aumento de la probabilidad de sufrir ansiedad ( $OR_{aj}$  con un rango desde 1.87 a 1.91).

Por otra parte, nuestros resultados no coinciden con los de Steinberg y Finer<sup>61</sup>, ya que estos autores no encontraron evidencia de una mayor incidencia de ansiedad en las mujeres que habían abortado en comparación con las que habían dado a luz. Sin embargo, encontraron que aquéllas que habían abortado varias veces mostraron más incidencia de ansiedad que las que no lo habían hecho. En concreto, estos autores encontraron una asociación estadísticamente significativa entre aquellas mujeres que habían tenido varios abortos y la ansiedad, siendo la tasa de un 50,4 %, comparado con los controles, que fue del 28,4% ( $p < .05$ ).

Otros estudios alcanzaron resultados que tampoco coinciden con los nuestros. Así, el estudio de Munk-Olsen et al.<sup>52</sup> no apoyó la hipótesis de que se produzca un aumento de problemas de salud mental secundarios a los abortos en el primer trimestre y que tal supuesto incremento sea mayor que el que se da tras un parto normal. En esta misma línea, Mota et al.<sup>63</sup> obtuvo una asociación

estadísticamente significativa entre IVE y ansiedad cuando se controlaron todos los factores confusores ( $OR_{aj} = 1,87$ ), pero cuando se controló la historia de violencia la asociación ya no alcanzó la significación estadística. Nuestros resultados tampoco coinciden con los de Steinberg et al.<sup>64</sup> ya que, una vez ajustados los factores de confusión, estos autores concluyeron que el aborto no era un predictor estadísticamente significativo de la ansiedad.

En lo que respecta a la sintomatología depresiva, hemos encontrado una mayor prevalencia en el grupo IVE que en el de control, resultando esta relación estadísticamente significativa y con un tamaño del efecto de muy alta magnitud ( $OR = 11,63$ ). El análisis del influjo de confusores potenciales resultó ser negativo, apuntando hacia la fuerte relación existente entre IVE y sintomatología depresiva, ya que ésta se mantuvo después de controlar el influjo de los potenciales confusores. El modelo de regresión logística final incluyó como predictores el grupo de pertenencia (IVE vs. Control) y el haber sufrido maltrato durante la infancia. En concreto, el odds ratio obtenido para el grupo de pertenencia, una vez controlado el influjo del confusor 'historia de maltrato en la infancia', indicó que en el grupo de mujeres con IVE la ventaja de sufrir síntomas depresivos frente a no sufrírselos es 8,20 veces mayor que dicha ventaja en el grupo de control.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Coleman et al.<sup>48</sup>, que encontró que la posibilidad de sufrir problemas de depresión en las mujeres que habían abortado era 1,37 veces mayor que en los controles ( $p < .0001$ ). También son coincidentes nuestros resultados con los de Fergusson et al.<sup>49</sup>, que obtuvieron un riesgo relativo de sufrir depresión en mujeres que habían abortado de  $RR = 1,58$  (IC al 95%: 1,08-2,32). Fergusson et al.<sup>59</sup> también encontraron una asociación estadísticamente significativa entre sufrir depresión y haber tenido una IVE ( $p = .006$ ).

En esta misma línea se sitúan los resultados del estudio de Pedersen et al.<sup>55</sup> Estos autores encontraron que aquellas mujeres que habían tenido un aborto a la edad de 20 años tenían una tasa clara de aumento de depresión a la edad de 27 años, y esta relación seguía siendo estadísticamente significativa cuando controlaban los factores de confusión ( $OR_{aj} = 2,9$ ). Sin embargo, no había correlación entre aborto en adolescentes (< 20 años) y depresión.

Coleman et al.<sup>51</sup>, una vez controlado el influjo de los confusores, encontraron que el acto de abortar voluntariamente presentó una asociación estadísticamente significativa con padecer depresión ( $OR_{aj} = 2,4$ ), de forma que resultaba significativamente más probable esta sintomatología en mujeres que se habían sometido a un aborto provocado frente a mujeres que no habían abortado.

Otro estudio de Pedersen<sup>55</sup> examinó una muestra representativa de mujeres procedente de población normal noruega, con edades comprendidas entre los 15 y los 27 años. Los resultados indicaron que las mujeres jóvenes que afirmaron haber tenido un aborto voluntario presentaban un mayor riesgo de sufrir síntomas depresivos que las mujeres que no abortaron, incluso una vez controlado el influjo de confundidores ( $OR_{aj} = 2,9$ ), pero si el aborto había sido en mujeres de edades comprendidas entre los 15-20 años, no había tal relación ( $OR_{aj} = 0,9$ ).

Así mismo, Reardon et al.<sup>65</sup> encontraron que las mujeres que habían tenido un aborto presentaban un riesgo significativamente más alto de consultas psiquiátricas que las que no habían tenido una IVE. En concreto, el odds ratio para un episodio de depresión fue  $OR = 1,9$  y para episodios recurrentes de depresión fue  $OR = 3$ . Estos resultados también se observaron cuando las muestras se estratificaron por la edad.

Otros estudios que encontraron una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en las mujeres con IVE que los grupos de control son los de Fergusson et al.<sup>59</sup>, Dingle et al.<sup>62</sup> y Mota et al.<sup>63</sup>. No obstante, en este último la asociación ya no alcanzó la significación estadística cuando se ajustó por la historia previa de violencia.

Contrariamente, otros estudios presentan resultados que no coinciden con los nuestros. Así, el estudio de Munk-Olsen et al.<sup>52</sup> no apoyó la hipótesis de que se produzca un aumento de problemas de depresión secundarios a los abortos del primer trimestre y que tal supuesto incremento sea mayor que el que se da tras un parto normal. Resultados similares a los de Munk-Olsen et al.<sup>52</sup> fueron los encontrados por Steinberg y Finer<sup>61</sup> y por Major et al.<sup>60</sup>. Así mismo, resultados contrarios a la existencia de una relación entre IVE y sintomatología depresiva han sido obtenidos en las revisiones sistemáticas de la Academy of Medical Royal

Colleges y el National Collaborating Centre for Mental Health<sup>44</sup>, la Task Force for Mental Health and Abortion de la APA<sup>45</sup> y la de Charles et al<sup>47</sup>.

La razón de las discrepancias encontradas en los resultados de los estudios hay que buscarla en las diferencias entre los estudios en cuanto a las características de las muestras de mujeres, el diseño utilizado y la metodología aplicada. En particular, las diferencias entre los estudios en las características de las mujeres de los grupos de control pueden estar en la base de tales discrepancias. Así, nuestro grupo de control estuvo formado por mujeres que no estaban embarazadas, mientras que los estudios cuyos resultados no coinciden con los nuestros se caracterizan por haber utilizado grupos de control formados por mujeres embarazadas que tuvieron un hijo. Estas diferencias explicarían el hecho de que algunas revisiones sistemáticas concluyan que sí existe una asociación estadística entre IVE y problemas de salud mental<sup>48</sup>, tales como la ansiedad y la depresión, mientras que otras alcanzan la conclusión contraria<sup>45,47</sup>.

Dentro del Objetivo (1) también se planteaba la hipótesis de un menor nivel de optimismo hacia la vida en el grupo IVE en comparación con el de control. Nuestros resultados también confirmaron esta hipótesis, obteniéndose una relación estadísticamente significativa entre optimismo e IVE y con un tamaño del efecto de elevada magnitud ( $d = 0,98$ ). El análisis del posible influjo de confusores que pudieran modificar, o anular, esta relación fue negativo, ya que el modelo de regresión lineal múltiple con todos los predictores dio lugar a un resultado estadísticamente significativo para el predictor principal, el grupo de pertenencia. El modelo de regresión final incluyó dos predictores: el grupo de pertenencia y el haber sufrido violencia de pareja. No tenemos constancia de estudios previos que hayan investigado la relación entre optimismo e IVE. En consecuencia, podemos considerar que nuestros resultados en relación a esta variable son novedosos y suponen una contribución original a este campo de investigación.

El Objetivo (2) se dirigía a “examinar las posibles relaciones entre el hecho de realizar una IVE versus no realizarla y variables sociodemográficas, tales como la nacionalidad, el estado civil, la religión profesada, el lugar de residencia, el nivel de estudios, la situación laboral y el número de hijos”. Este objetivo tenía asociadas las siguientes hipótesis:

“(b) Se esperaba encontrar una mayor frecuencia de no creyentes en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no la realizaron.

(c) Se esperaba encontrar una mayor frecuencia de extranjeras entre las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no la realizaron.

(d) Se esperaba encontrar un mayor número de hijos en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no la realizaron”.

En lo que respecta a la primera hipótesis (hipótesis b), se encontró una mayor frecuencia de no creyentes en el grupo de mujeres con IVE (28,8%) que en el de control (11,7%), resultando estadísticamente significativa esta relación ( $p = .007$ ;  $V = 0,220$ ). Además, en el grupo con IVE se observó una menor frecuencia de mujeres que practicaban de forma activa una religión (18,3%) que en el de control (44,7%), siendo también estadísticamente significativa esta relación ( $p < .001$ ;  $V = 0,284$ ). Por tanto, estos resultados confirman nuestra hipótesis de un menor arraigo religioso en las mujeres que practican una IVE en comparación con las mujeres de control. En relación con esta hipótesis, tan sólo hemos encontrado en la literatura un estudio realizado por Coleman et al.<sup>51</sup>, que obtuvo resultados coincidentes con los nuestros. En concreto, en su estudio las mujeres del grupo IVE eran menos propensas a practicar de forma activa una religión que las del grupo de control ( $p < 0.0001$ ).

La segunda hipótesis del Objetivo (2) (hipótesis c) también ha quedado avalada por nuestros resultados, ya que se observó una mayor frecuencia de extranjeras en el grupo con IVE (39,4%) que en el de control (7,8%), un resultado que alcanzó la significación estadística ( $p < .001$ ;  $V = 0,372$ ). Estos resultados coinciden con los obtenidos por Coleman et al.<sup>51</sup> en EE UU, de forma que al comparar la raza en mujeres que habían abortado frente a las que no lo habían hecho observaron una mayor frecuencia de extranjeras en el grupo IVE ( $p < 0.001$ ). Aunque el hecho de ser o no extranjera en un país determinado y la raza de una persona son dos variables distintas, podemos considerar que nuestros resultados y los de Coleman et al.<sup>51</sup> van en la misma línea. En el estudio de Mota et al.<sup>63</sup> también se observaron discrepancias en la distribución étnica entre el grupo de mujeres que hicieron una IVE y el de control. Así mismo, Rash et al.<sup>66</sup> encontraron una mayor frecuencia de IVE en mujeres no occidentales ( $OR = 2,09$ ).

La tercera hipótesis (hipótesis d) del Objetivo (2) planteaba un mayor número de hijos en las mujeres que habían tenido una IVE en comparación con el grupo de control. Nuestros resultados no aportan evidencia a favor de esta hipótesis, ya que en el grupo de mujeres con IVE el número medio de hijos fue de 1,92, mientras que en el grupo de control la media fue superior (media = 2), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambas medias ( $p = .162$ ). Nuestra hipótesis se planteó asumiendo que cabía la posibilidad de que las mujeres con una mayor carga familiar podrían tener una mayor predisposición a practicar una IVE. Sin embargo, nuestros resultados van en contra de esta hipótesis. Estos resultados tampoco se confirmaron en el estudio de Coleman et al.<sup>51</sup>, ya que obtuvieron que las mujeres con IVE no tenían más carga familiar que las del grupo de control ( $p = .160$ ). Por el contrario, Rash et al.<sup>66</sup> sí encontraron un mayor número de hijos entre las mujeres con IVE ( $OR = 7,05$ ).

Además de estas tres hipótesis, el Objetivo (2) pretendía investigar la relación existente entre IVE y otras variables sociodemográficas de las mujeres. En este sentido, hemos encontrado relaciones estadísticamente significativas en todas las que hemos analizado. Así, en cuanto al estado civil de estas mujeres, encontramos una mayor frecuencia de solteras en el grupo de mujeres con IVE (40,4%) que en el de control (16,5%), siendo estadísticamente significativa esta relación ( $p < .001$ ;  $V = 0,279$ ). Estos resultados también se encontraron en el estudio de Coleman et al.<sup>51</sup> ( $p < 0.0001$ ) y en el de Rash et al.<sup>66</sup> ( $OR = 39,1$ ). Sin embargo, en el estudio de Mota et al.<sup>63</sup> no se encontró evidencia de tal relación.

En nuestro estudio también se observó una menor frecuencia de mujeres en el grupo IVE que vivían en la ciudad (61,5%) en comparación con el grupo de control (85,4%), siendo estadísticamente significativa esta relación ( $p < .001$ ;  $V = 0,271$ ). No hemos encontrado estudios previos que abordaran esta relación.

Por otra parte, en nuestro estudio hemos encontrado que las mujeres con IVE se caracterizan por presentar un nivel de estudios inferior al del grupo de control. En concreto, en el grupo de mujeres con IVE casi la mitad de ellas (48,1%) tenían estudios primarios, frente al 20,4% del grupo de control. Esta relación fue estadísticamente significativa ( $p < .001$ ;  $V = 0,333$ ). Estos resultados también se encontraron en el estudio de Coleman et al.<sup>51</sup>. Sin embargo, en el estudio de Mota et al.<sup>63</sup> no se encontró evidencia de tal relación.

Por último, la situación laboral fue también una variable estadísticamente relacionada con la IVE ( $p = .043$ ;  $V = 0,141$ ), siendo menor la frecuencia de mujeres en paro en el grupo con IVE (35,6%) que en el grupo de control (49,5%). Estos resultados coinciden con los encontrados por Coleman et al.<sup>51</sup> Sin embargo, Rash et al.<sup>66</sup> obtuvieron el resultado opuesto: en el grupo de mujeres con IVE el 23% estaban en el paro, mientras que en el grupo de control lo estaban sólo el 14% ( $OR = 1,65$ ).

El Objetivo (3) tenía como propósito “examinar las posibles relaciones entre el hecho de realizar una IVE versus no realizarla y variables relativas a la historia personal y familiar, tales como la existencia de problemas mentales en los padres, de malos tratos físicos, psicológicos y de abuso sexual durante la infancia, así como con la violencia de pareja”. A este respecto, se analizaron cuatro variables personales: la presencia de problemas de salud mental en los padres, de malos tratos en la infancia, de abuso sexual en la infancia y de violencia de pareja.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de mujeres (con IVE vs. Control) en cuanto a la presencia de problemas de salud mental en los padres ( $p = .201$ ;  $V = 0,089$ ), siendo muy baja dicha frecuencia en ambos grupos (14,4% y 8,7%, respectivamente). Sin embargo, sí se observó una mayor frecuencia de malos tratos en la infancia entre las mujeres con IVE (38,5%) en comparación con las de control (2,9%), resultando estadísticamente significativa esta relación ( $p < .001$ ;  $V = 0,438$ ). Este resultado coincide con el obtenido por Coleman et al.<sup>51</sup> En el estudio de Fergusson et al.<sup>59</sup> también se encontró una mayor frecuencia de malos tratos en la infancia entre las mujeres con IVE (32,4%) frente a las no embarazadas (7%), resultando esta relación estadísticamente significativa ( $p < .001$ ).

En nuestro estudio también se observó una mayor frecuencia de abusos sexuales en la infancia en el grupo de mujeres con IVE (18,4%) que en el de control (1,9%), siendo estadísticamente significativa esta relación ( $p < .001$ ;  $V = 0,273$ ). Este resultado coinciden con el obtenido por Coleman et al.<sup>51</sup> Así mismo, Fergusson et al.<sup>59</sup> encontraron una mayor frecuencia de abusos sexuales en la infancia entre las mujeres con IVE (25,7%) frente a las no embarazadas (11,3%), siendo estadísticamente significativa esta relación ( $p < .001$ ).



Finalmente, en nuestro estudio se observó una mayor frecuencia de sufrir violencia de pareja en el grupo con IVE (37,5%) que en el de control (3,9%), siendo estadísticamente significativa ( $p < .001$ ;  $V = 0,414$ ). Este resultado también fue encontrado en el estudio de Coleman et al.<sup>51</sup>, observándose una mayor frecuencia de violencia de pareja en el grupo con IVE que en el de control ( $p = .021$ ).

El Objetivo (4) se dirigía a “examinar las posibles relaciones entre el hecho de realizar una IVE versus no realizarla y el consumo de sustancias tóxicas, tales como el tabaco, el alcohol u otras drogas”. Este objetivo tenía asociada la hipótesis: “Se esperaba encontrar un mayor consumo de sustancias tóxicas, tales como tabaco, alcohol y otras drogas, en las mujeres que realizaron una IVE en comparación con las que no lo realizaron”. Nuestros resultados permiten reforzar esta hipótesis. Así, se observó una mayor frecuencia de consumo de tabaco en el grupo de mujeres con IVE (48,1%) que en el de control (26,2%), siendo estadísticamente significativa esta relación ( $p = .001$ ;  $V = 0,226$ ). Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio de Dingle et al.<sup>62</sup>, que encontró una mayor probabilidad de consumo de tabaco en las mujeres con IVE que en las no embarazadas ( $OR = 4$ ), siendo estadísticamente significativa tal relación. Pedersen et al.<sup>54</sup> también obtuvieron tasas más altas de consumo de nicotina en aquellas mujeres que han tenido un IVE ( $OR_{aj} = 3,5$ ).

En nuestro estudio también se observó una mayor frecuencia de consumo de alcohol en el grupo con IVE (26%) que en el de control (5,8%), resultando estadísticamente significativa esta relación ( $p < .001$ ;  $V = 0,275$ ). Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio de Dingle et al.<sup>62</sup>, donde de la asociación entre alcohol y aborto fue estadísticamente significativa ( $OR = 3,2$ ). En la revisión realizada por Coleman et al.<sup>48</sup> también se encontró una asociación estadísticamente significativa entre IVE y consumo de alcohol ( $OR = 2,10$ ). Pedersen et al.<sup>54</sup> también encontraron tasas más altas de consumo de alcohol en aquellas mujeres que habían tenido una IVE una vez ajustados los factores confusores ( $OR_{aj} = 2,95$ ). Sin embargo, Fergusson et al.<sup>49</sup> no obtuvieron una relación estadísticamente significativa entre IVE y consumo de alcohol ( $RR = 1,19$ ; IC al 95%: 0,56-2,55).

Finalmente, aunque fue minoritario, se observó un mayor consumo de otras drogas en el grupo de mujeres con IVE (9,6%) que en el de control (0%), siendo

estadísticamente significativa esta relación ( $p < .001$ ;  $V = 0,224$ ). Estos resultados coinciden con los encontrados por Dingle et al.<sup>62</sup> ( $OR = 3,7$ ), por Coleman et al.<sup>48</sup> ( $OR = 3,3$ ), Fergusson et al.<sup>49</sup> ( $RR = 3,56$ ) y Pedersen et al.<sup>54</sup>. ( $OR_{aj} = 3,4$ ).

El último objetivo, el Objetivo (5), tenía como propósito “explorar las características personales, familiares y de pareja en las mujeres que han realizado una IVE, así como las circunstancias que rodearon a dicho acto y las repercusiones que ha tenido en su vida”. Este objetivo tenía vinculadas dos hipótesis:

“(f) En el grupo de mujeres con IVE se esperaba encontrar una mayor prevalencia de maltrato físico, psicológico y de abuso sexual en la infancia en aquéllas que presentaban sintomatología ansiosa o depresiva.

(g) En el grupo de mujeres con IVE se esperaba encontrar una mayor prevalencia de violencia de pareja en aquéllas que presentaban sintomatología ansiosa o depresiva.”

En primer lugar, el análisis de las características personales, familiares y sociodemográficas de las mujeres que habían tenido una IVE, así como las circunstancias específicas que rodearon al embarazo no deseado y al posterior aborto voluntario, nos ha permitido obtener una imagen, o instantánea, muy precisa del perfil de estas mujeres y de las circunstancias que las llevaron a tomar esta decisión.

Un dato importante a considerar es el hecho de que prácticamente ninguna mujer del grupo IVE antes de habersele practicado el aborto voluntario había tenido una historia de problemas de ansiedad ni de depresión. Este dato es importante, ya que nos garantiza que la mayor frecuencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva exhibida por este grupo de mujeres después del aborto voluntario, en comparación con el grupo de control, no se puede explicar por la presencia de una historia previa de problemas psicológicos, de forma que la explicación más plausible de esa mayor prevalencia de problemas psicológicos en las mujeres con IVE es el acto en sí de haber tenido un aborto voluntario.

Las mujeres del grupo con IVE se caracterizaron por tener una edad media de 28 años y medio, en su mayoría estaban casadas o tenían pareja estable, la

razón aducida para abortar fue 'decisión personal de la gestante', recibieron asesoramiento para abortar en un centro de salud público, pero el aborto se practicó en un centro privado. En su mayoría, los padres de la gestante no tuvieron conocimiento del embarazo no deseado, pero cuando lo tuvieron el apoyo fue mayoritario. Sin embargo, la pareja de la gestante, en la mayoría de los casos, no apoyó el embarazo no deseado y, tras el aborto, se produjo un distanciamiento entre ellos, llegándose en algunos casos a la separación.

El Objetivo (5) también pretendía examinar las relaciones entre las características personales, familiares y sociodemográficas de las mujeres que habían tenido una IVE con la presencia de síntomas de ansiedad o depresión. A este respecto, planteamos dos hipótesis arriba reseñadas (hipótesis f y g). La primera de ellas (hipótesis f) planteaba que las mujeres con mayor sintomatología ansiosa y/o depresiva presentarían una mayor frecuencia de maltrato en la infancia y de abuso sexual infantil. Nuestros resultados no corroboraron esta hipótesis, ya que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre sintomatología ansiosa e historia de maltrato infantil ( $p = .122$ ;  $V = 0,151$ ) ni de abuso sexual en la infancia ( $p = .209$ ;  $V = 0,116$ ). En cuanto a la sintomatología depresiva, sí se encontró una mayor frecuencia de malos tratos en la infancia en las mujeres con sintomatología depresiva (43% frente 16,7%;  $p = .037$ ;  $V = 0,205$ ), pero no en cuanto a abuso sexual en la infancia ( $p = .829$ ;  $V = 0,021$ ). Estos resultados coinciden con los encontrados por Coleman et al.<sup>51</sup>, ya que también obtuvieron una relación estadísticamente significativa entre las mujeres que habían tenido un IVE, sufrido depresión y haber tenido malos tratos en la infancia o haber sufrido abuso sexual en la misma.

La hipótesis (g) de este Objetivo planteaba una mayor frecuencia de violencia de pareja en las mujeres con sintomatología ansiosa y/o depresiva. Nuestros resultados apoyan esta hipótesis. Por una parte, se observó una relación marginalmente significativa, pero clínicamente relevante ( $p = .051$ ;  $V = 0,192$ ), entre sintomatología ansiosa y haber sufrido violencia de pareja, de forma que fue superior la frecuencia de este tipo de maltrato en las mujeres con síntomas de ansiedad (42,2% frente a 19%). Por otra parte, se observó una relación estadísticamente significativa entre sintomatología depresiva y violencia de pareja

( $p = .045$ ;  $V = 0,197$ ), siendo superior la frecuencia de este tipo de maltrato en las mujeres con síntomas depresivos (41,9% frente a 16,7%).

En relación a esta hipótesis, Steinberg et al.<sup>61</sup> encontraron una asociación estadísticamente significativa entre haber estado expuesta a algún episodio de violencia y desarrollar algún tipo de alteración mental ( $p < .005$ ).

Por último, del resto de características personales, familiares y sociodemográficas analizadas en el grupo de mujeres con IVE, tan sólo se encontró una asociación estadísticamente significativa: la evidenciada entre sintomatología ansiosa y consumo de otras drogas ( $p = .029$ ;  $V = 0,164$ ), siendo superior la frecuencia de consumo en las mujeres con síntomas de ansiedad (12% frente a 0%).

### 5.3. IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y/O CLÍNICAS

Nuestros resultados tienen claras implicaciones para la práctica clínica de aquellos profesionales que tratan a mujeres con embarazos no deseados y deciden abortar. Nuestros resultados han demostrado que el aborto constituye un factor de riesgo para sufrir alteraciones mentales, tales como ansiedad y depresión, así como una afectación sobre el optimismo hacia la vida. Es, pues, de vital importancia orientar debidamente a la mujer que desea abortar de las consecuencias negativas que este hecho puede provocar en su salud mental. Es preciso informar a la mujer de que aunque el nacimiento de un niño en un embarazo no planeado puede ser traumático en algunas ocasiones, el aborto puede resultar incluso mucho más traumático y provocar alteraciones psicológicas.

Es muy frecuente que a la mujer que tiene un aborto le resulte muy difícil hablar de esa experiencia, ya que tiene un recuerdo muy doloroso. Estas mujeres creen que los sentimientos de culpabilidad es mejor enterrarlos. Tal es así que algunas mujeres pueden negar que ellas hayan sufrido algún daño emocional, se han sentido culpables o traumatizadas, sobre todo cuando han sido ellas las que

han tomado esta decisión sin haber recibido presiones externas. En ocasiones, estas mujeres piensan que merecen ese castigo, y es necesario ponerlas en manos de profesionales para tratar estas posibles secuelas psicológicas del aborto.

La decisión de abortar puede verse envuelta en un conflicto de valores y presiones, que pueden dar lugar a sentimientos encontrados, ambivalentes y confusos. Esta situación de conflicto interior es un caldo de cultivo para sufrir alteraciones psicológicas. Cuando las mujeres sienten que la decisión de abortar no fue de ellas, que no estaban preparadas para tomar esa decisión, pueden aflorar sentimientos de culpa, ansiedad y arrepentimiento. Estas circunstancias tienen que ser tenidas en cuenta por los profesionales cuando la paciente acuda a sus consultas, y sobre todo tienen que ser tenidas en cuenta cuando esa mujer vaya a pedir consejo previo a tomar una decisión tan importante como es el aborto. En ese consejo previo el profesional debe informar del riesgo de sufrir alteraciones mentales después del aborto.

La prevención de dichas alteraciones tiene que comenzar antes que el aborto tenga lugar. Antes de consentir o decidir un aborto, una mujer debe ser adecuadamente informada de los posibles riesgos/beneficios para su salud física y mental de este procedimiento, y además debe ser también informada de la posibilidad de dar a luz a su niño, de las ayudas que puede obtener y la posibilidad de adopción. Si, en última instancia, la paciente decidiera abortar, ésta debe ser una decisión totalmente voluntaria, sin ningún tipo de presión. Tras esta decisión los profesionales deben realizar un seguimiento para prevenir estas posibles alteraciones psicológicas, ya que pueden suponer un grave problema de salud pública.

Nuestros resultados apuntan también a la importancia que tienen ciertos factores personales en la mayor probabilidad de sufrir alteraciones psicológicas después de tener un aborto voluntario. En concreto, cuando se obtienen los datos personales, familiares y sociodemográficos de una mujer que desea practicar un aborto voluntario, no puede faltar el recabar datos relativos a la posible historia de maltrato infantil y a haber sufrido (o estar sufriendo) violencia de pareja, ya que éstos son factores de riesgo para contraer problemas psicológicos tras un aborto voluntario.

#### 5.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Toda investigación tiene sus limitaciones y sus dificultades. La autocrítica es un ejercicio saludable y es por ello que presentamos a continuación algunas limitaciones que, en nuestra opinión, presenta nuestra investigación.

En primer lugar, tenemos que ser conscientes de que el diseño utilizado en esta investigación es metodológicamente débil, ya que se trata de un diseño transversal, no longitudinal. Esto hace que no podamos establecer relaciones de causa-efecto entre el hecho de tener una IVE y tener una mayor propensión a sufrir problemas de ansiedad o de depresión, o a tener un menor nivel de optimismo. Los resultados de nuestra investigación sólo permiten establecer relaciones entre variables.

En segundo lugar, otra limitación puede ser el hecho de haber utilizado una escala para medir ansiedad y depresión que, aunque tiene buenas propiedades psicométricas, no está indicada para propósitos de diagnóstico, sino de cribado. No obstante, hay que tener en cuenta que esta deficiencia viene provocada por el interés en esta investigación de utilizar una escala de fácil manejo y aplicación por parte de personal médico no especialista en salud mental.

En tercer lugar, otra posible limitación es que nuestro estudio ha sido de naturaleza retrospectiva, de forma que no nos fue posible realizar un tiempo de seguimiento homogéneo en todas las mujeres, lo cual puede comprometer la interpretación de los resultados.

Finalmente, aunque el tamaño muestral de nuestra investigación se fijó de forma que cumpliera con unas condiciones adecuadas de control de las tasas de error y de la potencia estadística, hubiera sido deseable disponer de una muestra de mayor magnitud, con objeto de garantizar en mayor medida la generalizabilidad de nuestros resultados.

### 5.5. ORIENTACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN FUTURA

Finalmente, por todo esto es necesario más información adicional en este campo y para ello se necesitan más estudios longitudinales, a ser posible de naturaleza prospectiva, con grupos de control adecuados (e.g., comparar mujeres que no han tenido ninguna IVE con mujeres que han dado a luz tras un embarazo no deseado) con evaluación del grado de las numerosas variables y los potenciales factores confusores asociados con tener un aborto provocado y el estatus de salud mental.

También sería aconsejable en estudios futuros utilizar escalas para medir problemas psicológicos en general, no sólo ansiedad y depresión, sino utilizar tests psicológicos más extensos que ofrecen una panorámica más amplia de los posibles trastornos psicológicos que pueden tener estas mujeres.

Por tanto, son necesarias más investigaciones que permitan profundizar en los mecanismos de asociación entre aborto voluntario y las diversas alteraciones mentales, y poder determinar las características de las mujeres que suponen un factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental.





## 6. CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación nos permiten alcanzar una serie de conclusiones relacionadas con los objetivos y las hipótesis planteadas:

1º Las mujeres que realizan un aborto voluntario presentan una prevalencia de síntomas de ansiedad significativamente mayor que las mujeres del grupo de control. Esta relación se mantiene una vez controlado el influjo de potenciales confusores personales, familiares y sociodemográficos. Además, el modelo predictivo de la sintomatología ansiosa está formado por dos variables: el grupo de pertenencia (IVE vs. Control) y haber sufrido maltrato en la infancia, de forma que haber sufrido malos tratos en la infancia constituye un factor de riesgo para sufrir síntomas de ansiedad tras un embarazo voluntario.

2º Las mujeres que realizan un aborto voluntario presentan una prevalencia de síntomas depresivos significativamente mayor que las mujeres del grupo de control. Esta relación se mantiene una vez controlado el influjo de potenciales confusores personales, familiares y sociodemográficos. Además, el modelo predictivo de la sintomatología depresiva está formado por dos variables: el grupo de pertenencia (IVE vs. Control) y haber sufrido maltrato en la infancia, de forma que haber sufrido malos tratos en la infancia constituye un factor de riesgo para sufrir síntomas de depresión tras un embarazo voluntario.

3º Las mujeres que realizan un aborto voluntario presentan un nivel de optimismo en la vida significativamente menor que las mujeres del grupo de control. Esta relación se mantiene una vez controlado el influjo de potenciales confusores personales, familiares y sociodemográficos. Además, el modelo predictivo del nivel de optimismo está integrado por dos variables: el grupo de pertenencia (IVE vs. Control) y haber sufrido violencia de pareja, de forma que el menor nivel de optimismo de las mujeres que han tenido un aborto voluntario, en comparación con las mujeres del grupo de control, es un factor predisponente a tener un menor optimismo en la vida.

4º En las mujeres que tienen una IVE es menos frecuente que practiquen de forma activa una religión que las mujeres del grupo de control, es más frecuente

la presencia de extranjeras y no parecen existir diferencias entre ambos grupos de mujeres en cuanto al número de hijos que tienen.

5º En comparación con las mujeres del grupo de control, las que han tenido una IVE se caracterizan por presentar una mayor frecuencia de ser solteras y estar en activo.

6º Las mujeres que han tenido una IVE, en comparación con las mujeres del grupo de control, se caracterizan por presentar una mayor frecuencia de haber sufrido maltrato y abuso sexual en la infancia, así como violencia de pareja.

7º Las mujeres que han tenido una IVE, en comparación con las mujeres de control, se caracterizan por presentar un mayor consumo de tabaco y de alcohol.

8º Dentro del grupo de mujeres que han tenido un aborto voluntario, las que presentan sintomatología ansiosa, en comparación con las que no presentan tal sintomatología, se caracterizan porque consumen con mayor frecuencia otras drogas, al margen del tabaco y el alcohol, y por haber sufrido en mayor proporción violencia de pareja.

9º Dentro del grupo de mujeres que han tenido un aborto voluntario, las que presentan sintomatología depresiva, en comparación con las que no presentan tal sintomatología, se caracterizan por haber sufrido en mayor proporción malos tratos en la infancia y violencia de pareja.

## 8. ANEXOS

### ANEXO I.

#### CUESTIONARIO IVE

##### **1.- DATOS PERSONALES:**

**1.- ID:**

**2.- IVE:** 0.- Ns/NC 1. *si* 2. *no*

**3.-Edad :**

**4.-Nacionalidad:** 0.- No consta; 1.- España; 2.- Méjico; 3.- Rumanía; 4.- Bolivia; 5.- Ecuador; 6.- Rusia; 7.- Ucrania 8.- Brasil.;

**5.-Estado civil actual:**

0.- NS/NC 1.-Casada 2. -Soltera 3. -Viuda 4. -Divorciada 5. -Separada  
6.- Pareja de hecho.

**6.- Religión**

0.- NS/NC 1.- Católica. 2.- Protestante 3.-evangelica 4.-atea 5.-  
Ortodoxa

**7.- ¿ Es practicante?**

0 NS/NC

1 *Si*

2 *No*

**8.- Lugar de residencia:**

1.- *Ciudad*

2.- *Pueblo*

**9- Estudios realizados:**

1- *ninguno*

2.- *Primarios (hasta EGB)*

3- *Instituto//Grado medio de FP*

4.- *Universidad*

5.- *Grado superior de FP.*

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

**10.- ¿Trabaja actualmente?**

0.-NS/NC

1.- si

2.- no

**11- Por favor indique cuántos hijos tiene: 0 1 2 3 4**

**12. ¿Fuma?:**

0.- NS/NC

1.- SI

2.- NO

**13.- ¿Cuántos cigarrillos?.**

Número cigarrillos/día:

**14.- ¿cuántos años lleva fumando?**

**15.- ¿Bebe?:**

0.- NS/NC

1.- SI

2.- NO

**16.-¿Con qué frecuencia bebe?**

0.- NS/NC 1.- ocasional 2.- fines de semana 3.- a diario 4.- NO BEBE

**17.- ¿ Consumidora de otras drogas?**

0.- NS/NC

1.- SI

2- NO

**18.- ¿Qué tipo de drogas?**

0.- NS/NC

1.- maria

2.- cocaína.

3.- no consume

**BLOQUE II**

**19.- Entre los padres (madre y padre de la mujer) existe historia previa mental:**

- 1.- SI
- 2.- NO

**20.- ¿Sufrió Usted malos tratos físicos /psíquicos en su infancia?**

- 1.- SI
- 2.- NO

**21.- ¿Fue Usted violada o acosada sexualmente en su infancia o adolescencia?.**

- 1.- SI
- 2.- NO

**22.- ¿ Ha habido malos tratos físicos entre usted y su pareja?**

- 1.- SI
- 2.- NO

**23.- ¿Antes o después del aborto?**

- 1.- *antes*
- 2.- *después*

**24.- ¿ Realizó usted el aborto en la misma provincia donde vive?**

- 1.- si
- 2- no

**25.- ¿Cuál era su estado civil en el momento del aborto?**

- 1.- *Casada*
- 2.- *Soltera*
- 3.- *Viuda*
- 4.- *Divorciada*
- 5.- *Separada*
- 6.- *Pareja de hecho.*

**26.- ¿Cuál era su edad en el momento del aborto?.**

**27.- ¿Continúa su relación con el padre de la criatura ?**

- 1.- *si*
- 2.- *no*

**28.- Si es que no ¿ Cuanto tiempo después se separaron?**

**29.- ¿Ha tenido abortos previos?**

- 1.- *si*
- 2.- *no*

**30.- ¿Cuántos abortos previos han sido provocados?.**

- 1.- 0   2.- 1   3.- 2   4.- 3

**31.- Centro que le asesoró para realizar aborto**

- 1.- *centro de planificación familiar*
- 2.- *centro de salud*
- 3.- *centro privado*

**32.- ¿Cuál fue el centro donde se realizó el aborto?**

- 1.- *privado*
- 2.- *público*

**33.- ¿Semanas de gestación en que se realizó el aborto?****34.- ¿Cuál fue el motivo del aborto?.**

- 1.- *anomalías graves*
- 2.- *grave riesgo para la vida o salud de la gestante*
- 3.- *no se alegó motivo alguno: decisión personal de la madre.*

**35.- ¿Se le informó del aborto a su pareja?**

- 1.- *si*
- 2.- *no*

**36.- ¿Cuál fue la actitud de su pareja ante el embarazo inesperado?**

- 1.- *apoyo*
- 2.- *no apoyo*

**37.- ¿Supieron los padres de la mujer que estaba embarazada?**

- 1.- *si*
- 2.- *no*

**38.- ¿Cuál fue su reacción?**

- 1.- *apoyo*

2.- *no apoyo*

3.- *no lo sabian*

**39.- ¿Ha habido distanciamiento entre Usted y su pareja después del aborto?**

1.- *si*

2.- *no*

**40.- ¿Tenía Usted historia previa de ansiedad antes del aborto?**

1.- *si*

2.- *no*

**41.- ¿ Tenía Usted historia previa de depresión antes del aborto?**

1.- *si*

2.- *no*

**70.- ¿Se ha hecho alguna revisión tras el aborto? (revision)**

1.- *Si*

2.- *no*

## ANEXO II

## La Escala de ansiedad y Depresión de Goldberg

<i>Subescala de Ansiedad</i>	Sí/No
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? 2. ¿Ha estado preocupado por algo? 3. ¿Se ha sentido muy irritable? 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? Subtotal	
Si hay dos o más respuestas afirmativas continuar preguntando	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos). 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormida?	
<b>TOTAL ANSIEDAD</b>	

Una puntuación  $\geq 4$  indica probable ansiedad.

<i>Subescala de Depresión</i>	Sí/ No
1. ¿Se ha sentido con poca energía? 2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas? 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? 4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanza? Subtotal	
SI hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores continuar preguntando	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? 6. ¿Ha perdido peso(a causa de su falta de apetito)? 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	



8. ¿Se ha sentido usted enlentecido? 9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
<b>TOTAL DEPRESION</b>	

Una puntuación  $\geq 2$  indica probable depresión.

**ANEXO III****La Escala de Optimismo de Scheier et al.**

Clave	Ítem	1	2	3	4	5
O	1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor					
R	2. Me resulta fácil relajarme					
P	3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy segura de que me pasará					
O	4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro					
R	5. Disfruto un montón de mis amistades					
R	6. Para mí es importante estar siempre ocupado					
P	7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera					
R	8. No me disgusto fácilmente					
P	9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas					
O	10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas					

O = Ítem en sentido optimista. P = Ítem en sentido pesimista. R = Ítem neutro, o de despiste. 1 = Muy en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Indiferente; 4 = De acuerdo; 5 = Muy de acuerdo.

## ANEXO IV

### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Doctora Marisa Sánchez Camps, de la Universidad Católica San Antonio (UCAM) . La meta de este estudio es analizar posibles alteraciones psicológicas relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Doctora Marisa Sánchez Camps. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es analizar posibles alteraciones psicológicas relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a \_\_\_\_\_.

-----

Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

## 9. REFERENCIAS

1. Barambio Bermúdez S. Finalización voluntaria del embarazo. Aspectos legales. Aborto del 1º trimestre: técnicas, resultados, complicaciones. Aborto del 2º trimestre: técnicas, resultados, complicaciones. En: Cabero Roura L, director. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. 1º ed. Madrid: Edit. Panamericana; 2003.p.1079.
2. Datos IVE. Último informe del Ministerio de Sanidad. Disponible en <http://www.abortoinformacionmedica.es/category/ministerio-sanidad-informa/>[actualizada el 2 de Enero de 2015; acceso 4 de febrero de 2015].
3. Cayuela Cayuela A. El mal ideológico: descripción y crítica de una política contraria a la naturaleza humana. Cuad Bioética. 2012;23:71-82.
4. Guías prácticas de asistencia: Medicina Perinatal. Aborto espontáneo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Segor.com. <http://www.prosego.com/categoria-guia-asistencia/medicina-perinatal/> [actualizada en Julio 2010; acceso 26 de febrero de 2015].
5. Kader LM. Best practices in surgical abortion. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189:418-22.
6. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based clinical guideline nº7. RCOG. September 2004.
7. The management of early pregnancy loss. RCOG. Green-top guideline nº 25. October 2006.
8. Hirsch HA, Käser O, Ikle FA. Esterilización e interrupción voluntaria del embarazo. Atlas de cirugía ginecológica. 5ª ed. Madrid: Marban; 2000.
9. Lombardía Prieto JL, Fernández Pérez M. Interrupción voluntaria del embarazo. Ginecología y obstetricia: manual de consulta rápida. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2007.
10. Forna F, Gülmezaglu AM. Procedimientos quirúrgicos para la evacuación del aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida). En la Biblioteca Cochrane

- Plus,2008 número 4. Oxford: Uptodate Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>(Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester UK: John Wiley & Sons, Ltd).
11. Say L, Kuher R, Gúlmezoglu M, Campana A. Métodos médicos versus métodos quirúrgicos para la interrupción voluntaria del embarazo en el primer trimestre (Revisión Cochrane traducida). En la Biblioteca Cochrane Plus,2008 número 4. Oxford: Uptodate Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>(Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester UK: John Wiley & Sons, Ltd).
  12. Roche NE, Park SJ. Surgical management of abortion. 2006. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/>.
  13. Lombardía Prieto JL, Fernández Pérez M. Interrupción voluntaria del embarazo. Ginecología y obstetricia: manual de consulta rápida. 2º ed. Madrid: Panamericana; 2007.
  14. Devesa R, Ruiz J, López-Rodó V, Carrera JM. Evacuación uterina en el aborto espontáneo y provocado. En: Carrer JM, Kurjak A, editores. Medicina del embrión. Barcelona: Masson; 1997. p. 559-79.
  15. “Legislación sobre el aborto en el mundo”. [http://www.es.wikipedia.org/wiki/legislacion-sobre-la-practica-del-aborto-en-el mundo](http://www.es.wikipedia.org/wiki/legislacion-sobre-la-practica-del-aborto-en-el_mundo) [actualizada el de 14 febrero de 2015;acceso 01 marzo 2015].
  16. Datos Estadísticos 2013. Tablas. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras) [consultado el 4 febrero de 2015].
  17. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, de las Naciones Unidas. Art. 106. p. 50.
  18. Zurriaráin RG. Ley 2/2010: del sistema de indicaciones al sistema de plazos. La desprotección del no nacido en el siglo XXI. 1ª ed. Madrid: Tribuna siglo XXI; 2012. p. 201-42.
  19. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de Julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 166, (12 de Julio 1985).p. 22041.

20. Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 55, (4 marzo de 2010). Sección I. p. 21001-14.
21. Hernández Jerez A. Aspectos éticos, legales, deontológicos de la nueva ley del aborto. En <http://www.yumpu.com/es/document/view/14277452/aspectos-etico-legales-y-deontologicos-de-la-nueva-regulacion-del-aborto>.
22. Sánchez Caro I. De delito a derecho. El declive de la protección jurídica de la vida. Cuad Bioética, 2012;23:25-36.
23. Zurriarán RG. Ley 2/2010: del sistema de indicaciones al sistema de plazos. La desprotección del no nacido en el siglo XXI. 1ªed. Madrid: Tribuna siglo XXI; 2012. p. 247-63.
24. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274 (15 noviembre de 2002).
25. Garea F. El Gobierno cambia de forma limitada y urgente la ley del aborto. El País. Miércoles 18 de Febrero de 2015.
26. Díez A. La izquierda acusa al PP de utilizar a las mujeres “por un puñado de votos”. El País. Miércoles 15 de abril de 2015.
27. Restrepo H. El aborto y la dignidad humana. Persona y Bioética. vol.9, núm. 024: 4-6. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
28. Spaemann R. Personas. Acerca de la distinción entre “algo” y “alguien”, España, Euinsa; 2000.
29. Mazuelo Pérez MJ. Un examen de humanidad a la llamada ley del aborto. En: Tomás y Garrido GM, coordinador. Respuestas a la bioética contemporánea. 1ª ed. España: Libecrom, SA; 2012. p. 77-96.
30. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin-Barcelona. 2001;117:18-23.
31. León FJ. Aborto desde la bioética: ¿Autonomía de la mujer y del médico? Cuad Bioética. 2010;21:82.
32. León FJ. Dignidad humana, libertad y bioética. Cuad Bioética. 1992;12:5-22.

33. León FJ. El dialogo bioético en las técnicas de reproducción asistida. *Acta Bioética*. 2007;13:161-7.
34. Zurriarán RG. Los embriones humanos congelados, un desafío para la Bioética. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2007.
35. Asociación Médica Mundial. Declaración de Oslo sobre el aborto terapéutico. Adoptada por la 24ª Asamblea Médica Mundial Oslo, Noruega, Agosto 1970 y enmendado por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983.
36. León Correa FJ. Aborto desde la bioética: ¿Autonomía de la mujer y del médico? *Cuad Bioética*. 2010;21:89-92.
37. Pérez Salido E. Aborto y salud mental. Construyendo un marco sólido para la investigación. En: Tomás y Garrido GM, coordinador. *Respuestas a la bioética contemporánea*. 1ª ed. España: Libecrom, SA; 2012. p. 97-143.
38. Brunton PJ, Rusell, JA. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9:11-25.
39. Noriuchi M, Kikuchi Y, Senoo A. The functional neuroanatomical of maternal love: mother's response to infant attachment behaviours. *Biol Psychiat*. 2008;63:415-23.
40. Zeki S. The neurobiology of love. *FEBS Lett*. 2007.Jun12;581:2575-9.
41. Monkul ES, Hatch JP, Nicoletti MA, Spence S, Branbilla P, Lacerda AL, et al. Frontolimbic brain structures in suicidal and non-suicidal female patients with mayor depressive disorder. *Mal Psychiat*. 2007;12:360-6.
42. Polaino Lorente A. Psicopatología e interrupción voluntaria del embarazo. *Cuad Bioética*. 2003;20:357-80.
43. Coleman PK, Rue VM, Coyle CT. Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Public Health*. 2009; 123: 331-8.
44. Induced abortion and mental health. A systematic review of mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated



- factors. December 2011. Academy of Medical Royal Colleges. National collaborating Centre for Mental Health.
45. American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington,DC:Author.Retrieved from: <http://www.apa.org/pl/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>.
  46. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
  47. Charles VE, Polis CB, Sridharab SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*. 2008;78:436-50.
  48. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Brit J Psychiat*. 2011;199:180-6.
  49. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30 year longitudinal study. *Brit J Psychiat*. 2008;193:444-51.
  50. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Reactions to abortion and subsequent mental health. *Brit J Psychiat*. 2009;195:420-6.
  51. Coleman PK, Coyle CT, Shuping M, Rue VM. Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: isolating the effects of abortion in the National Comorbidity Survey. *J Psychiat Res*. 2009;43:770-6.
  52. Munk Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard O, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *New Engl J Med*. 2011;364:332-9.
  53. Coleman PK. There are mayor problems with study showing no link between abortion and mental health problems. *Life Site News.com*. 27 January 2010.
  54. Pedersen W. Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study. *Addiction*. 2007;102:1971-8.
  55. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scan J Public Healt*. 2008;36:424-8.

56. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experience and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2003;23:929-58.
57. Coleman PK, Reardon DC, Strahan TS, Cogle JR. The psychology of abortion: a review and suggestions for future research. *Psychol Health.* 2005;20:237-71.
58. Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Depression associated with abortion and childbirth: a long term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monitor.* 2003;9:157-64.
59. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psych.* 2006;47:16-24.
60. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiat.* 2000;57:777-84.
61. Steinberg JR, Finer LB. Examining the association of abortion history and current mental health: a reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Soc Sci Med.* 2011;72:72-82.
62. Dingle K, Alati R, Clavarino A, Najman JM, Williams GM. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study. *Br J Psychiat.* 2008;193:455-60.
63. Mota NP, Burnett M, Sareen J. Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample. *Can J Psychiat.* 2010;55:239-47.
64. Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE. Abortion and mental health: findings from The National Comorbidity Survey-Replication. *Obstet Gynecol.* 2014; 123(2 Pt1):263-70.
65. Reardon DC, Cogle JR, Rue VM, Shuping MW, Coleman PK, Ney PG. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *Can Med Assoc J.* 2003;168:1253-6.

66. Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiassen C, Ginzel A, Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health*. 2008;18:144-9.
67. Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monitor*. 2004;10:SR5-16.
68. Slattery DA, Neumann ID. No stress please! Mechanisms of stress hyporesponsiveness of the maternal brain. *J Physiol*. 2008;586:377-85.
69. López Moratalla N. ¿Cómo cambia el cerebro un aborto inducido? *Cuad Bioética*. 2012;23:564-84.
70. Ledoux J. Rethinking the emotional Brain. *Neuron*. 2012;73:653-76.
71. Ciochi S, Herry C, Grenier F, Wolff SBE, Letzkus JJ, Vlachos I, et al. Encoding of conditioned fear in central amygdala inhibitory circuits. *Nature*. 2010;468:277-84.
72. Haunbenschak W, Kunwar PS, Cai H, Ciochi S, Wall NR, Ponnusamy et al. Genetic dissection of an amygdala microcircuit that gates conditioned fear. *Nature*. 2010;468:270-6.
73. Rauch SL, Shin LM, Segal E, Pitman RK, Carson MA, McMullin K, et al. Selectively reduced regional cortical volumes in post-traumatic stress disorder. *Neuroreport*. 2003;14:913-16.
74. Shin LM, Wright CI, Cannistraro PA, Weig MM, McMullin K, Martis B, et al. A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiat*. 2005;62:273-81.
75. Mahan AL, Ressler KJ. Fear conditioning, synaptic plasticity, and the amygdala: implications for posttraumatic stress disorder. *Trends Neurosci*. 2012;35:24-35.
76. Dadlez E, Andrews WL. Postabortion syndrome: creating and affliction. *Bioethics*. 2010;24:445-52.

77. Francati V, Vermetten E, Bremner JD. Functional neuroimaging studies in post-traumatic stress disorder: review of current methods and findings. *Depress Anxiety*. 2007;24:202-18.
78. Acheson DT, Gresack JE, Risbrough VB. Hippocampal dysfunction effects on context memory: possible ethiology for posttraumatic stress disorder. *Neuropharmacology*. 2012;62:674-85.
79. Bossini L, Tavanti M, Calossi S, Lombardelli A, Polizzotto NR, Galli R et al. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus in drug-naive patients with post-traumatic stress disorder without comorbidity conditions *J Psychiat Res*. 2007;42:752-62.
80. Frewen P, Lane RD, Neufeld RW, Densmore M, Stevens T, Lanius R, et al. Neural correlates of levels of emotional awareness during trauma script-imagery in posttraumatic stress disorder. *Psychosom Med*. 2008;70:27-31.
81. Shin LM, Liberzon I. The neurocircuitry of fear, stress and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacol*. 2010;35:169-91.
82. True WR, Rice J, Eisen SA, Heath AC, Goldberg J, Lyons MJ, et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for post-traumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiat*. 1993;50:257-64.
83. Ter Horst GJ, Wichmann R, Gerrits M, Westenbroek G, Lin Y. Sex differences in stress responses: focus on ovarian hormones. *Physiol Behav*. 2009;97:239-49.
84. Ressler KJ, Mercer KB, Bradley B, Jovanovic T, Mahan A, Kerley K et al. Post-traumatic stress disorder is associated with PACAP and the PAC1 receptor. *Nature*. 2011;470:492-7. Erratum in: *Nature*. 2011; 477:120.
85. Guía de objeción de conciencia sanitaria al aborto. Cómo afrontar deontológicamente la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva. En <http://www.observatoriobioetica.com/farma/conciencia/art.16.pdf>.
86. Fernández E. Introducción a la teoría del derecho. Valencia: Tirant lo blanch; 1994.

87. Aparisi Miralles A , López Guzmán J. El derecho a la odc en el supuesto del aborto. De la fundamentación filosófico-jurídica a su reconocimiento legal. ISSN 0123-3122.Vol 10.Rev nº1 (26).p.35-51.
88. Constitución Española. Sección I. BOE nº 311 (29-12-1978).
89. Martínez León M, Rabadán Jiménez J. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en la ética y deontología. Cuad Bioética. 2010;21:199-210.
90. Código de deontología médica de 2011. Guía de ética médica. Consejo general de colegios oficiales de médicos. En [http://cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontología-médica](http://cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontología-médica).
91. Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 55 (04-03-2010).
92. Martínez Otero JM. La objeción de conciencia del personal sanitario en la nueva Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Cuad Bioética. 2010;21:307-12.
93. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Brit Med J(Clinical research ed.). 1988;297:897-9.
94. Montón, C., Pérez-Echevarría, M. J., Campos, R., García-Campayo, J., Lobo, A, Gzempp. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria. 1993;12:345-9.
95. Barreto P, Corral ME, Muñoz J, Boncompte MP, Sebastián R, Solà M. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. Aten Primaria. 1998;22:491-6.
96. Martínez R, Baylín A, Ortiz MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. Aten Primaria. 1999;23:285-8.

MARIA LUISA SÁNCHEZ CAMPS

97. Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 1999; 24(Supl 1):184-90.
98. Duch FR, Ruiz de Porras L, Gimeno D. Recursos psicométricos utilizables en Atención Primaria. Barcelona: Novartis Farmacéutica; 1999.
99. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a re-evaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol*. 1994;67:1063-78.
100. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*. 1985;4:219-47.
101. Otero JM, Luengo A, Romero E, Gómez JA, Castro C. Psicología de la personalidad. Manual de prácticas. Barcelona: Ariel; 1998.
102. Ferrando P, Chico E, Tous J. Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*. 2002;14:673-80.
103. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2ª ed. Hillsdale, CA: LEA; 1988.
104. Elashoff JD. nQuery Advisor: Version 7.0 User's Guide. Los Ángeles, CA: Author; 2010.



