

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, INMUNOLOGÍA, OBSTETRICIA Y  
GINECOLOGÍA, NUTRICIÓN Y BROMATOLOGÍA, PSIQUIATRÍA E HISTORIA DE LA  
CIENCIA



**ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE NIVELES DE ANSIEDAD DE LAS  
MUJERES QUE OPTAN A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN  
CASTILLA Y LEÓN.**

Memoria presentada para optar al título de Doctor en Medicina por

Leticia Sierra Martínez

Valladolid, 2015.



*A mis padres Jose y Charo y a mi hermano Iker en  
agradecimiento a su entrega, trabajo, sacrificios y apoyo  
incondicional en lograr llegar hasta aquí. A vosotros os debo todo lo  
que soy.*





---

*Universidad de Valladolid.*

M<sup>a</sup> Rosario Bachiller Luque, Doctora en Medicina y Cirugía, especialista en Pediatría y Profesora Asociada de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, y M<sup>a</sup> Nieves López Fernández, Profesora Titular de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

**CERTIFICAN:**

Que han dirigido el trabajo titulado: **“Estudio sociodemográfico y de niveles de ansiedad de las mujeres que optan a la interrupción voluntaria del embarazo en Castilla y León”** de la que es autora D.<sup>a</sup> Leticia Sierra Martínez y que habiendo concluido dicho trabajo cumple los requisitos exigibles para su pública defensa como Tesis Doctoral.

Firmado en Valladolid a .....de .....de 2015.

Las Directoras de la Tesis,

Fdo. M<sup>a</sup> R. Bachiller Luque

Fdo. Nieves López Fernández



## ***Agradecimientos***



*En primer lugar quiero expresar mi agradecimiento a la directora de mi tesis doctoral, la **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Rosario Bachiller Luque**, por enseñarme a descubrir la dimensión investigadora de la medicina. Su pasión por lograr sus metas han sido el ejemplo y el aprendizaje que me han llevado a valorar el esfuerzo y el trabajo continuado como bases de la superación personal. “Gracias por tu disponibilidad y ayuda”.*

*También mi agradecimiento a la **Prof.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Nieves López**, codirectora de mi tesis doctoral por su siempre incondicional apoyo y supervisión; sin su colaboración no hubiera podido realizar este estudio.*

*A **D.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Fe Muñoz Moreno**, por su eficacia y por la realización del análisis estadístico de los datos.*

*A la prof. **D<sup>a</sup> Rosario Martínez Fuerte**, mi madre; **D<sup>a</sup> Pilar Puentes Zarzuela** y **D<sup>a</sup> Lucía Escudero Prieto** por su colaboración en la realización de las entrevistas de las mujeres del grupo IVE. de nuestro estudio.*

*También agradecer a la **Clínica Ginemédica** por permitirme la realización de las entrevistas a las mujeres del grupo IVE.*

*A **D<sup>a</sup> Sara Rodríguez Alonso** por la maquetación de la tesis, y sobre todo: “Gracias por tu fiel amistad”.*

*A la **Dr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> Agustina García Pascual** por facilitarme y ayudarme a compaginar mi trabajo en los años de formación como médico interno residente, con la realización de mi doctorado.*

*Y, como no:*

*A **mis padres**, por enseñar a superarme cada día de mi vida, por ser estímulo constante en mi formación como profesional y sobre todo como persona. “Lo que he hecho, donde estoy y donde llegaré, siempre será gracias a vosotros”.*

*A **mi hermano**, por ser tan especial e imprescindible para mi. “Gracias porque siempre estás cuando te necesito”.*

*A **David**, por tu paciencia, comprensión y sobre todo por tu apoyo y cariño. “Gracias por vivir mis metas como si fueran tuyas”.*

## ***Índice general***



<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	13
1. <i>Conceptos y terminología</i> .....	15
1.1 Aborto .....	15
1.1.1 Conceptos de aborto según la intencionalidad.....	15
1.1.2 Conceptos de aborto según la legalidad .....	16
2. <i>Historia del aborto</i> .....	17
2.1 El aborto inducido en pueblos primitivos .....	17
2.2 El aborto en pueblos civilizados .....	20
2.3 El aborto en la edad media .....	22
2.4 El aborto en la época moderna .....	24
2.5 El aborto en la época contemporánea .....	25
2.6 El aborto en las distintas religiones.....	29
2.6.1 El aborto en la religión musulmana .....	29
2.6.2 El aborto en la religión judía .....	31
2.6.3 El aborto en el cristianismo.....	32
3. <i>Metodología del aborto provocado</i> .....	35
3.1 Técnicas no institucionalizadas .....	35
3.1.1 Preparados abortivos .....	35
3.1.2 Maniobras abortivas .....	36
3.2 Técnicas institucionalizadas .....	37
3.2.1 Procedimientos farmacológicos .....	37
3.2.2 Técnicas quirúrgicas .....	40
4. <i>El aborto en el mundo</i> .....	42

4.1 Legislación del aborto .....	42
4.1.1 Europa .....	49
4.1.2 Asia .....	68
4.1.3 África .....	70
4.1.4 América .....	73
4.2 Tasas del aborto en el mundo .....	83
4.2.1 África .....	85
4.2.2 Asia .....	85
4.2.3 América .....	86
4.2.4 Europa .....	86
5. <i>El aborto en España</i> .....	88
5.1 Evolución del aborto provocado en España .....	88
5.1.1 Legislación en los últimos 30 años .....	88
5.1.2 Datos socio demográficos .....	93
5.2 El aborto en Castilla y León .....	95
5.2.1 Incidencia del aborto provocado en Castilla y León .....	95
5.2.2 Sistemática en la asistencia clínica del aborto .....	100
6. <i>Aspectos psicológicos del aborto inducido</i> .....	103
6.1 Ansiedad normal y ansiedad patológica .....	103
6.1.1 Concepto .....	103
6.2 Diagnóstico diferencial entre depresión y ansiedad crónica .....	107
6.3 Ansiedad crónica .....	110
6.4 Clasificación de los trastornos de la ansiedad .....	112
6.5 Epidemiología de los trastornos de ansiedad .....	114

6.6 Repercusión del aborto en los trastornos psicológicos femeninos .....	115
<b>II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....</b>	<b>117</b>
1. <i>Objetivos generales</i> .....	119
2. <i>Objetivos específicos</i> .....	120
<b>III. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>121</b>
1. <i>Tipo de estudio</i> .....	123
2. <i>Lugar de la realización del estudio</i> .....	123
3. <i>Profesionales que intervienen en la investigación</i> .....	123
4. <i>Instrumentación</i> .....	124
5. <i>Variables objeto de estudio</i> .....	126
5.1 <i>Variables socio-demográficas</i> .....	126
5.2 <i>Variables clínicas de ansiedad</i> .....	132
6. <i>Desarrollo temporal del estudio</i> .....	133
7. <i>Tratamiento estadístico</i> .....	134
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>135</b>
1. <i>Características epidemiológicas de la población estudiada</i> .....	138
1.1 <i>Descripción de los factores de filiación</i> .....	138
1.1.1 <i>Edad</i> .....	138
1.1.2 <i>País de procedencia</i> .....	138
1.1.3 <i>Ciudad de residencia en España</i> .....	141
1.1.4 <i>Tiempo de estancia en España</i> .....	143
1.1.5 <i>Tipo de convivencia</i> .....	143
1.2 <i>Descripción de los factores socio-culturales</i> .....	145
1.2.1 <i>Nivel de formación</i> .....	145
1.2.2 <i>Situación laboral de la mujer</i> .....	146

1.2.3 Situación laboral de la pareja .....	149
1.2.4 Nivel socio-económico .....	151
1.3 Descripción de los antecedentes ginecológicos .....	152
1.3.1 Hijos previos .....	152
1.3.2 Número de abortos previos .....	155
1.3.3 Anticoncepción en el momento de quedarse embarazada .....	156
1.3.4 Anticoncepción durante el año previo a la IVE.....	158
1.3.5 Uso de la píldora del día después .....	159
1.3.6 Causa de la interrupción voluntaria del embarazo .....	160
1.3.7 Centro de interrupción voluntaria del embarazo .....	161
1.4 Descripción de otros factores epidemiológicos .....	162
2. <i>Niveles de ansiedad de la población estudiada</i> .....	165
2.1 Embarazadas .....	167
2.2 IVE .....	169
<b>V. DISCUSIÓN</b> .....	171
1. <i>Discusión del perfil socio-demográfico</i> .....	173
1.1 Descripción de los factores socio-culturales .....	174
1.1.1 Nivel de formación .....	174
1.1.2 Situación laboral de la mujer .....	175
1.1.3 Tipo de convivencia .....	177
1.1.4 Nivel socio-económico .....	178
1.1.5 Historia ginecológica relacionada con la IVE .....	179
2. <i>Discusión del perfil de ansiedad</i> .....	187
<b>VI. CONCLUSIONES</b> .....	191

<b>VII. ANEXOS</b> .....	195
1. <i>Anexo I: Cuestionario mujer que solicita IVE</i> .....	197
2. <i>Anexo II: Cuestionario mujer embarazada</i> .....	203
3. <i>Anexo III: Cuestionario STAI de ansiedad Estado Rasgo</i> .....	208
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	211



## ***Introducción***



# I. INTRODUCCIÓN

## 1. CONCEPTOS Y TERMINOLOGÍA

### 1.1. ABORTO

Aborto es una palabra que proviene etimológicamente del latín abortus, participio del verbo aborior, palabra compuesta que significa: ab = privar; y orior = levantarse, salir, aparecer, nacer.

Se define como la interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo, cuando éste todavía no es capaz de sobrevivir fuera del seno materno<sup>(1-3)</sup>.

#### 1.1.1. CONCEPTOS DE ABORTO SEGÚN LA INTENCIONALIDAD

Podemos referirnos así a:

a) ABORTO ESPONTÁNEO: Los abortos espontáneos acontecen cuando el producto de la concepción es perdido debido a causas naturales antes de la viabilidad del desarrollo. Se sabe que entre el 10% y 50% de las gestaciones terminan en un aborto espontáneo dependiendo de múltiples factores maternos o del producto de la concepción<sup>(1,4,5)</sup>.

b) ABORTO NO ESPONTÁNEO: El aborto no espontáneo se define como la evacuación total intencionada del contenido del útero gestante, antes de la viabilidad fetal<sup>(1,2,6,7)</sup>.

➤ Dentro de la terminología utilizada para designar al tipo de aborto no espontáneo, debemos tener en cuenta la legislación que existe en cada país para de esta forma definir de manera más precisa lo que se realiza. Teniendo en cuenta esto diferenciamos:

- **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE):** Se utiliza este término en aquellos países en los que se permite la interrupción de la gestación a demanda, por la sola voluntad de la mujer.

- **ABORTO PROVOCADO:** Se define como aquel aborto que es inducido por el hombre con la intención de eliminar el producto de la concepción. Se utiliza esta acepción en países en los que el aborto está permitido en alguna de las causas estipuladas en la ley, y que deben estar correctamente documentadas. En este contexto el aborto por voluntariedad no se contempla.

➤ Otros conceptos a resaltar dentro del aborto no espontáneo son:

- **ABORTO TERAPÉUTICO:** Se define como aquel aborto provocado antes de la viabilidad por razones de la salud materna y justificado por razones médicas<sup>(6-13)</sup>.

- **ABORTO EUGENÉSICO:** Se define como aquel aborto que pretende la eliminación de un feto cuando se puede predecir con certeza que padece una enfermedad<sup>(14-18)</sup>.

- **ABORTO SELECTIVO:** se refiere a la reducción fetal selectiva, que pretende eliminar, en el caso de embarazos múltiples, algunos embriones con el fin de que los otros tengan mejor posibilidad de sobrevivir. En los países donde se ha legalizado el aborto, esta práctica es habitual en los procedimientos de fecundación artificial y transferencia embrionaria FIVET<sup>(19)</sup>.

### 1.1.2. CONCEPTOS DE ABORTO SEGÚN LA LEGALIDAD

a) **ABORTO LEGAL:** Se considera aborto inducido legal cuando es realizado bajo las leyes despenalizadoras del país donde se practica.

b) **ABORTO ILEGAL:** Se considera aborto ilegal o clandestino cuando es realizado sin cumplir alguna de las leyes del país donde se practica.

## 2. HISTORIA DEL ABORTO:

### 2.1. EL ABORTO INDUCIDO EN PUEBLOS PRIMITIVOS.

El aborto es un fenómeno universal tan antiguo como la propia humanidad, y que ha sido permanente objeto de estudio desde diferentes puntos de vista<sup>(21)</sup>.

Según datos históricos el aborto es ya conocido muchos siglos antes de nuestra era:

En los pueblos primitivos, de patriarcado absoluto, el jefe de la familia podía vender e incluso matar a sus hijos, aún antes de nacer. Se pensaba que el feto pertenecía a las entrañas femeninas; y dado que la mujer tenía un estado de inferioridad, el padre o el jefe de la familia ejercía absolutos derechos sobre su esposa y sobre el fruto de la concepción. Durante muchos siglos persistió esta situación.

*Devereux*, analizó exhaustivamente las diferentes causas que llevaban a abortar a las mujeres en estos pueblos primitivos<sup>(22)</sup>.

- *Abortos profilácticos*: Estos abortos se realizaban con el fin de evitar problemas médicos a la madre. Las indias americanas abortaban cuando suponían que su pelvis era más pequeña que la cabeza del bebé. Las mataco de Argentina abortaban su primer feto para tener los siguientes partos más fácilmente. Entre las dayaks de Borneo, el aborto se provocaba cuando se sospechaba que se trataba de gemelos, ya que se suponía que uno de ellos era un monstruo. Entre los habitantes de Dahomey, cuando una embarazada enfermaba, se hacía un juicio formal y si se encontraba que su mal se debía al producto, se indicaba el aborto. Las suau abortaban cuando la gestante era demasiado joven.

- *Abortos por razones eugenésicas reales o fantaseadas*: Las masaies abortaban cuando concebían con extranjeros, hombres enfermos o cuando la mujer era de edad avanzada. En otros casos, como sucede entre los achewas de la región del lago Nyasa, las mujeres abortaban los productos de uniones adúlteras para evitar desgracias a la comunidad. Los jíbaros creían que el demonio era el autor de la concepción de mujeres que llevaban un tratamiento contraceptivo con brebajes, conjuros y rituales mágicos, y que por ello debían abortar.

- *Aborto por razones demográficas*: las mujeres Fiyi, abortaban todos sus embarazos legítimos cuando se producían fuera del rango de determinadas edades, porque los consideraban ridículos.

- *Abortos por razones de descendencia*: En la casa real de Uganda, a las princesas no se les permitía casarse, lo que hacía que llevaran una vida bastante promiscua y tenían que abortar todos sus embarazos. En Bali, el príncipe practicaba el mismo el aborto a todas sus concubinas cuando quedaban embarazadas.

- *Abortos por razones económicas*: Las mujeres Malekula abortaban porque debían cuidar la granja y contribuir al sustento de la familia. Las mujeres turcas abortaban cuando habían tenido dos hijos, y uno de ellos era varón, dado que el padre no alimentaría a más hijos.

- *Abortos por razones sociales*: Las mujeres Chagga eran altamente criticadas cuando se quedaban embarazadas durante la lactancia, por lo que abortaban para evitar el escándalo.

- *Aborto por canibalismo*: En el centro de Australia, las mujeres abortaban o mataban a los recién nacidos para alimentar a sus otros hijos. Los Tupimamba entregaban a sus prisioneros de guerra a las mujeres como amigos o esposos, y se comían al recién nacido, por ello algunas mujeres abortaban para que esto no sucediera.

- *Aborto cuando la concepción se realiza por padres socialmente indeseables*: En Corea las mujeres abortaban cuando habían sido violadas. En Gunantuna la mujer abortaba cuando la concepción era fruto de la relación con un familiar próximo ó de una relación incestuosa. Las mujeres cuna abortaban cuando el padre era extranjero. Las mujeres jíbaro abortaban cuando el embarazo se producía por una unión ilegítima.

- *Tabúes acerca del momento en que se producía la concepción*. Las mujeres Maleluka abortaban porque deseaban seguir teniendo relaciones sexuales y cuando estaban embarazadas tenían que guardar abstinencia.

En los pueblos primitivos, con respecto al momento de la gestación en el que se realizaba el aborto, este generalmente era en los tres primeros meses, aunque había pueblos que lo realizaban más tarde. A modo de ejemplo las navajos abortaban después

de haber sentido los movimientos fetales y las persas durante el sexto o séptimo mes de gestación.

Generalmente era la propia embarazada, ayudada por otras mujeres, comadronas ó chamanes, la que se provocaba el aborto. En ciertas tribus como en los Ugi, el conocimiento de las drogas abortivas y de los métodos para abortar era patrimonio de algunas mujeres; y en otras tribus el conocimiento se trasmitía de madres a hijas.

Sin embargo en algunos pueblos primitivos el aborto estaba severamente castigado. Así los Jakun pegaban a la mujer que abortaba hasta matarla y no eran castigados por ello. Los Cheyenes concedían el mismo estatus al hijo no nacido que al hijo nacido, siendo el aborto considerado una conducta criminal. Los Ababua conocían plantas abortivas que eran usadas por las mujeres, pero si el marido se enteraba del aborto repudiaba a la mujer y solicitaba a los padres de ésta, otra hija por esposa.

Los métodos utilizados por los pueblos primitivos tras la realización del aborto eran muy variados<sup>(23-27)</sup>:

- Maniobras abortíferas, como eran el esfuerzo físico cargando objetos pesados o haciendo ejercicio violento. Realizaban saltos o brincos desde alturas variables.

- La aplicación de calor por medio de agua caliente, cenizas, carbones, piedras o radiaciones solares sobre el vientre.

- El debilitamiento del organismo por medio del hambre, el sangrado o cualquier otro mecanismo.

- Maniobras mecánicas como el colocar objetos pesados sobre el abdomen, el uso de fajas opresoras, el apretar el vientre con los brazos, el dar golpes o masajear el vientre y muchas otras.

- La manipulación de los genitales externos.

- El coito violento.

- La introducción de cuerpos extraños en la vagina o en el cuello del útero. En México se usan diversos tipos de tallos secos, que tienen la capacidad de hincharse con la humedad del organismo, provocando así dilatación del cuello.

- Irritantes o medicamentos en la vagina, que van desde el uso de la pimienta, laurel, chile y otras especies, hasta las aplicaciones de cáusticos químicos.

- La ingestión de drogas.

- La utilización de procedimientos mágicos por la embarazada. Algunos de ellos son muy simples, como el caso de las Taulipang del río de Orinoco, que ponen en el fuego una calabaza, de las que se usan para transportar agua. Si la calabaza se fragmenta por el calor, se supone que el feto estallará de maneja semejante. En otros casos se requieren maniobras complicadas en las que debe intervenir otra persona.

## **2.2. EL ABORTO EN PUEBLOS CIVILIZADOS.**

En general, las antiguas legislaciones no castigaron al aborto. En la colección de *leyes asirias* descubiertas en el antiguo Assur, se ve que el aborto no era castigado ni perseguido por la ley<sup>(28-30)</sup>.

En el antiguo Egipto se castigaba el aborto inducido, como demuestran los papiros de Balin y Kahon. Coexistían estos castigos con el conocimiento de técnicas de vaciamiento del útero y fórmulas abortivas que se aplicaban por vía vaginal<sup>(29)</sup>.

En la antigua India, el feto no se consideraba viable hasta el noveno mes de gestación. En las doctrinas médicas del ayurvede se describen técnicas abortivas. Aunque por otro lado se ha encontrado una plegaria escrita por brahman hacia el año 1000 antes de Cristo que es un largo documento contra los abortadores<sup>(30)</sup>.

En la Grecia Antigua<sup>(28)</sup>, se consideraba que el feto no tenía alma, y era parte de la madre, y era ella la que podía disponer al arbitrio de su cuerpo. Platón manifestó en su obra *La República*, que el aborto debería prescribirse en caso de incesto o cuando los padres fueran personas de edad (mujeres embarazadas mayores de 40 años o si su compañero era mayor de 50) y además veía la terminación del embarazo no deseado como un medio para perfeccionar el propio cuerpo; en tanto que Aristóteles y otros filósofos, lo recomendaban como fórmula para limitar las dimensiones de la familia, y con el fin de que la población permaneciese estable, proponiendo como medios para conseguirlo, el aborto, el abandono de niños y la reglamentación de la paternidad entre los 30 y 35 años. Soranos y Aetios estudiaron la contracepción dentro de la medicina

preventiva de la época: siguiendo a Aristóteles recomendaban la unción del cuello de la matriz con aceite de cedro ó aceite de oliva. En los escritos pseudohipocráticos encontramos referencia al “coitus interruptus”.

En la Antigua Roma el aborto estaba permitido, ya que según reflejaba el derecho romano, al nasciturus no se le consideraba persona. Sin embargo, sí se le reconocían algunos derechos; así, si la mujer embarazada estaba condenada a muerte, la ejecución se posponía hasta después del nacimiento. También, si el padre del neonato era senador en el momento de la concepción, el bebé nacía con los privilegios de un hijo de senador<sup>(31)</sup>.

En aquella época, en la Grecia y Roma antiguas, tanto en las clases dominantes como las dominadas utilizaban un gran número de mecanismos para controlar su fecundidad y, de esta forma, defenderse de las consecuencias negativas de tener y de criar demasiados hijos. Una de las prácticas más extendidas en Roma fue el infanticidio<sup>(32)</sup>. Era tradicional que el recién nacido fuera presentado al patriarca familiar, “pater familias”, quién entonces decidía si el niño podía crecer y criarse, o si se debía dejar “a morir por expósito”. Las Doce Tablas de la ley romana obligaban a matar al niño que naciera deforme, aunque lo más frecuente era abandonar y arrojar a los niños al Tíber en cestas de flores en lugar de asesinarlos. El infanticidio fue alabado por los pensadores más ilustres tanto de Grecia como de Roma hasta el siglo IV d.C.<sup>(33,34)</sup>.

La realización de abortos era frecuente en estos siglos, utilizando para ello distintos métodos: agujas, purgantes, diuréticos, eméticos, pesarios, pociones ácidas, puñetazos, levantamiento de grandes pesos y los recorridos en carretera con numerosos baches. Había más resistencia a la realización de un aborto que a la de un infanticidio, probablemente porque no se podía saber el sexo del feto antes de su nacimiento y por los peligros que entrañaban su realización para la madre. Así lo sugiere la prohibición del juramento Hipocrático<sup>(27,31)</sup>.

En la Roma Republicana el aborto se designó *abigere partum* (traducción: Provocar un parto pretérmino). No era considerado delito y ni siquiera como falta a la moral cuando la mujer era soltera. Ni los filósofos ni los jurisconsultos romanos valoraban al feto como un ser viviente y por lo tanto no daban al aborto, ni al infanticidio ninguna importancia. El padre de familia tenía derecho sobre la vida y la muerte de sus

descendientes y el aborto se extendió de tal manera que era tratado públicamente en el teatro<sup>(31-33)</sup>. Posteriormente al final del periodo Republicano comienza a considerarse el aborto como un acto inmoral en las casadas. Si el marido era partícipe, el castigo recaía sobre él y no sobre su mujer. Sin embargo si la mujer realizaba un aborto sin conocimiento del padre, la castigada era ella. Con el tiempo se publicaron disposiciones que prohibían el aborto y la venta de abortivos. En la Roma de Cicerón se castigaba seriamente la finalización de la gestación. Con Septimio Severo (193-212), el aborto fue calificado de crimen extraordinario en el Digesto. En la legislación vigente de ésta época, se alegaba que era indigno impedir que el marido careciese de descendencia, por lo que si la mujer abortaba era desterrada de la ciudad<sup>(33-34)</sup>.

### **2.3. EL ABORTO EN LA EDAD MEDIA**

La Edad Media es un periodo en el que existe un gran crecimiento demográfico, crecimiento de las ciudades, el desarrollo agrícola y surgen en Europa políticas más centradas en las necesidades de hombres para el trabajo y la guerra. En esta época la escasez de higiene diezma la población. La edad mínima, estipulada por la ley para contraer matrimonio, era muy precoz y así evitaban que los hijos que pudieran nacer fuera de la unión conyugal. Al bajar la edad del matrimonio, la mujer adelantaba la edad para procrear el primer vástago, lo que conducía a elevar el número de hijos. Para algunas familias con escasos recursos, esto agravaba su situación económica y social y conducía a realización de infanticidios, generalmente encubiertos. Esta actuación junto al aborto era considerados delitos<sup>(34-38)</sup>.

En el año 1140 fue cuando Graciano, en sus decretales, convierte en infanticidio el aborto de fetos de 66 días, si era niña, y de 40 si era niño. Dado que según Aristóteles este era el tiempo que tardaban en formarse los fetos en el vientre de la madre<sup>(40)</sup>.

Durante ésta época, las informaciones relacionadas sobre la contracepción y el aborto, fuera del ámbito de la prostitución, eran escasas. La formación de barrios donde se concentraba la prostitución, favoreció la transmisión de prácticas contraceptivas y

abortivas que se conservaban desde la antigüedad. Estas prácticas eran patrimonio de las gobernantas de los prostíbulos.

El historiador *Flandrin* sostiene que el deseo de no tener muchos hijos en el medievo era satisfecho a través del infanticidio<sup>(41)</sup>. Así en el siglo XII, el infanticidio era admitido en el derecho canónico noruego cuando el recién nacido tenía una malformación. En Francia, sin embargo no se admitía y son frecuentes las referencias a él en los penitenciales. A través del estudio de estos penitenciales de la Alta Edad Media, parece claro que la responsabilidad de la vida del neonato era de la madre y no del padre como en la Antigua Roma. Pasada la Alta Edad Media, apenas se encuentran referencias a los infanticidios cometidos en el seno de las familias legítimas, aunque parece que durante el siglo XVI se seguían practicando, ya que Enrique II de Francia promulgó un edicto en el que castigaba con pena de muerte a las muchachas que ocultaban su embarazo y parto y dejasen morir a sus hijos sin haberlos bautizado. Esta norma se leía desde los púlpitos de las iglesias por el párroco cada tres meses<sup>(35)</sup>.

En los penitenciales se hacen referencias explícitas a las negligencias de la madre que podían causar la muerte del niño. Dentro de estas negligencias se prestaba especial atención a la opresión o sofocación de los infantes. La madre se acostaba al niño junto a ella y lo aplastaba o asfixiaba con su cuerpo mientras dormía. El aumento de estos accidentes que ponían en peligro la vida de los niños, hace que en el siglo XVII se prohiba por la Iglesia bajo pena de Excomuni3n acostar a los niños menores de dos años con los adultos<sup>(41,42)</sup>.

En el sudeste Asiático durante los siglos X-XII el método más utilizado para realizar un aborto fue la aplicaci3n de presi3n sobre el abdomen de la mujer embarazada. De hecho en Camboya, en el templo de *Angor Wat*, aparece la que se cree es la representaci3n más antigua sobre el aborto. En este relieve, datado hacia 1150, se muestra a un demonio practicando un aborto a una mujer que est3 sentada en el suelo.

Los documentos Japoneses de principios del siglo XII conforman otro ejemplo de cómo eran practicados los abortos. Durante el período Edo, en el que sucedieron etapas de hambruna las campesinas embarazadas eran golpeadas duramente sobre el abdomen.

Durante la Baja Edad Media (SXVI-SXV), la mala nutrición y el hacinamiento en las ciudades, favorece la aparición y transmisión de enfermedades infecciosas, como la peste negra que diezma la población. Aunque parezca paradójico, aquellos que sobreviven se benefician de una mejora en su nivel de vida, al aumentar los salarios y una mayor demanda de mano de obra. Todo esto repercute en la mejora de la salud de las embarazadas y sus hijos. Sí bien los índices de mortalidad en mujeres y niños siguen siendo altos, se aprecia un aumento de la natalidad y una disminución de los abortos<sup>(34,37)</sup>.

#### **2.4. EL ABORTO EN LA ÉPOCA MODERNA**

La bonanza acaba a principios del siglo XVI dónde de nuevo, como consecuencia del aumento de población, aparece de nuevo la hambruna que condiciona un éxodo a las grandes urbes. La vida era complicada, existían malas condiciones higiénicas en las casas y a la mayor dificultad para conseguir alimentos se sumaban los bajos ingresos familiares. En este contexto se empieza a ver una divergencia en la forma de ver la natalidad, entre los gobernantes y los gobernados. Para los primeros es importante fomentar el incremento de número de hijos por familia para permitir un rápido desarrollo de las ciudades y del comercio entre ellas, al mismo tiempo que se cubrían las bajas de los estratos más pobres debido al hacinamiento, hambrunas e infecciones. Por otro lado, no se podían asumir el coste que suponía tener una gran descendencia, siendo habitual que sus mujeres acudieran a parteras, que en realidad actuaban de abortadoras<sup>(37)</sup>.

Durante los siglos XVII y XVIII en Francia, se observa un incremento en el número de niños abandonados y se organiza la acogida de niños en los hospitales públicos. Durante el siglo XVIII, el abandono de niños fue frecuente en todas las capitales europeas. En 1776 se recogen en París 6419 niños abandonados, que representan el 30% de la población infantil.

En Londres la proporción de los abandonados es similar. En Madrid, el 16% de los niños bautizados, son niños abandonados en instituciones. En Venecia, son recogidos el 15% de todos los niños nacidos vivos en 1719, porcentaje que baja hasta un 9% a finales

del siglo XVII. En todas las capitales europeas, el número de niños abandonados descendió a principios del siglo XIX<sup>(42)</sup>.

## **2.5. EL ABORTO EN ÉPOCA CONTEMPORÁNEA**

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX, el aborto se extendió como un método contraceptivo. Era practicado por las propias mujeres por el encarecimiento que suponía buscar a alguien que lo realizase y por temor a la justicia. Esta práctica estuvo favorecida por la aglomeración de mujeres debido a la expansión industrial, ya que aumentaba el tamaño de las ciudades y el campo se hacía menos productivo. La calidad de vida empeoraba al mismo tiempo que comenzaba a legislarse sobre la producción del trabajo infantil y se hacía obligatoria la enseñanza a una determinada edad. Tener mucha descendencia no les resultaba rentable. Comienza una tendencia inclinada a tener un número reducido de hijos para poder mantener a la familia<sup>(42)</sup>.

En la clase obrera la tasa de fecundidad se mantuvo alta, y la mortalidad infantil era elevada en los estratos más desfavorecidos. Aunque existían leyes en determinados países, como Inglaterra, que impedían el trabajo infantil, los hijos seguían colaborando de diversas maneras al mantenimiento de la economía familiar. Al mismo tiempo las mujeres de la clase obrera no contaban con métodos para controlar su reproducción, tanto por desconocimiento como por carecer de recursos económicos suficientes.

Entre la nueva clase burguesa, al encontrar recursos económicos en los negocios y no en sus hijos, sus mujeres ya no desempeñaban un papel tan importante en la economía familiar. No tenían que trabajar ni dentro ni fuera de casa, ya que las tareas domésticas las realizaban sirvientas de los estratos más bajos de la sociedad. De esta forma aumentaba la supervivencia de los hijos. Las madres de la burguesía optaban por el uso del coitus interruptus o del uso de pesarios.

En 1624 en Inglaterra se decretaron una serie de leyes en contra del infanticidio. Al comprobarse que estas medidas eran inviables en 1803, el gobierno penalizó el aborto, considerando que como no se lograba identificar y perseguir a las mujeres que habían

realizado un aborto, si que era factible identificar a los que lo provocaban. En 1828-1837, se reforzó la ley y se instauró una campaña en contra de aquellos que trataban de democratizar el acceso a los medios para regular la fecundidad<sup>(37)</sup>.

En Europa, India, China y Japón en esta época se practicaba también el infanticidio directo e indirecto. De hecho los datos indican que el sexo femenino solía ser la víctima más frecuente.

En la India del siglo XIX los censos marcaban un claro predominio del sexo masculino frente al sexo femenino(4/1).

En China el infanticidio de mujeres era frecuente en los valles rurales de *Yangtze*, *Amoy* y *Fukien*, donde los hombres realizaban las tareas del campo, por lo que se consideraban más valiosos para la economía familiar.

En Japón se practicaba el infanticidio en perjuicio de las mujeres según lo atestiguan las tasas de 10%-25% de finales de la era *Tokugawa* pese a que desde el siglo XVIII la política gubernamental era claramente natalista y promovía incentivos materiales a los padres por tener más hijos. La muerte al nacer de un niño era tan frecuente que se extendió la costumbre de no felicitar a la familia hasta saber si sería criado o no por ellos. “El control del tamaño y la composición de la familia logrados mediante la práctica del infanticidio en Japón desde los s.XVII al XIX estaba tan calculado, tan definido y tenía tanta eficacia para la planificación de la familia como la contracepción en las sociedades industriales contemporáneas”<sup>(37)</sup>.

Durante el s. XX, se produce la progresiva incorporación de la mujer a la esfera pública, sobre todo en los países europeos, E.E.U.U., Canadá, Australia y Nueva Zelanda. Se trata de un proceso que ya había comenzado en el siglo anterior con las reivindicaciones del sufragio universal.

Un cambio en la historia universal, en general, y en la femenina, en particular, fue la II Guerra Mundial que trunca la materialización de las demandas femeninas, puesto que durante la contienda fueron las mujeres las que trabajaron en el campo y las fábricas, sustituyendo a los hombres que se encontraban en el frente. Al término de la

conflagración bélica, de nuevo, las mujeres son relegadas al ámbito doméstico, impidiéndoseles, de esta forma, el acceso a puestos de trabajo fuera de casa o a la educación superior. No tardaría en llegar una contestación intelectual que supondría la génesis de una nueva etapa. Dicha etapa recibe el nombre de segunda ola de feminismo. Balaguer señala que en ella se asumen modernas reivindicaciones acordes con los nuevos tiempos como la incorporación al mercado de trabajo, los derechos del aborto y el divorcio<sup>(44)</sup>.

A finales del s.XX la anatomía sexual y la libertad de decisión sobre el cuerpo femenino se convirtieron en el debate central del nuevo feminismo. La imposición del poder masculino fue desafiada no sólo en la teoría sino en la práctica cotidiana. La prevención de embarazos no deseados, con la generalización del acceso a la información sobre métodos anticonceptivos, fue una reivindicación básica del Movimiento de Liberación de la Mujer. La demanda del derecho a la maternidad libre también quedó expresada. Se reivindicó la despenalización del aborto como medida disuasoria para evitar su práctica ilegal. De esta forma, se facilitaba la salud reproductiva en condiciones de higiene e igualdad de acceso para todas las mujeres, independientemente de sus ingresos y su clase social<sup>(45,46)</sup>.

La denuncia de los peligros que conllevaba para la salud la habitual práctica del aborto clandestino supuso el detonante para que se crearan en España los servicios de planificación familiar y de educación sexual. Ambos servicios, desempeñados en un principio por colectivos feministas, como la Asociación Mujeres en la Transición Democrática (en Madrid), el Colectivo Self Help Pelvis y el grupo catalán DAIA, fomentaron en los barrios de las grandes ciudades, que fueran las propias mujeres las que realizaran el autocontrol de su propio cuerpo. Accedían así al conocimiento de su sexualidad y de los medios de control de la natalidad. Se pretendía cambiar de forma radical el concepto de reproducción, maternidad, salud y sexualidad femenina<sup>(45)</sup>.

A finales del s. XX, Estados Unidos y en los países europeos, a excepción de Irlanda, habían legalizado el aborto, si bien con grandes diferencias entre unos y otros en cuanto a accesibilidad, indicaciones y plazos<sup>(45)</sup>.

En este recién iniciado s. XXI, las diferencias observadas entre los países, sobre todo si comparamos aquellos más ricos con los más pobres, son importantes no sólo desde el punto de vista de la economía sino también en el ámbito social. En los primeros, la natalidad ha disminuido por la incorporación de la mujer al mundo laboral, con el subsiguiente retraso en la edad en la que las mujeres tienen su primer hijo y, por tanto, en el descenso de la fecundidad. En estos países, la tasa de mortalidad infantil y neonatal es bajísima, por lo que no es necesario tener más hijos de los deseados. Las tasas de natalidad han llegado a ser en muchos países industrializados inferiores al necesario para el recambio generacional.

Sin embargo, en los países del Sur la situación de la mujer no es tan favorable, ya que se relega a la mujer a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos. Son ellas el verdadero motor de la economía al mismo tiempo que perpetúan los roles de género en su descendencia. Son países donde las tasas de mortalidad neonatal e infantil son elevadas, por lo que es necesario tener un número mayor de hijos para que alguno de ellos lleguen a la edad adulta y colaboren en el mantenimiento familiar. En ocasiones supone el embarazo tanta carga personal y económica que se opta por el aborto para interrumpir la gestación.

Estas diferencias, que parecen tan distantes en el espacio y en el tiempo, conviven en una misma realidad: la inmigración ha hecho que en un pequeño territorio convivan culturas diferentes (autóctonas y foráneas) que aportan sus formas de entender y valorar tanto las relaciones entre los diferentes sexos, como los anticonceptivos o el aborto<sup>(47,48)</sup>.

## 2.6. EL ABORTO EN LAS DISTINTAS RELIGIONES

### 2.6.1. EL ABORTO EN LA RELIGIÓN MUSULMANA

El aborto en la religión musulmana ha ido cambiando a lo largo de la Historia. En 1355, “el Gran Mufti”, emitió un decreto permitiendo el aborto para preservar la vida del lactante cuando la madre quedaba nuevamente embarazada. Más adelante será prohibido en cualquier circunstancia<sup>(42)</sup>.

En el Islam no se admite el sexo extramatrimonial, relegándose exclusivamente al matrimonio. Dada esta premisa, y considerando que los países árabes son confesionales y no admiten discrepancia entre la ética y la conducta política, esto repercute en que el aborto no sea una práctica habitual en los países musulmanes. Sin embargo, el matrimonio no tiene un valor sagrado en el Islam y el Corán admite el divorcio. Respecto al valor de la vida, el Corán prohíbe, en las guerras, la agresión a los indefensos (niños, mujeres y ancianos) a la vez que regula rigurosamente los ritos de sacrificio de los animales para evitar el sufrimiento innecesario<sup>(48,49)</sup>.

Respecto al aborto, se considera una decisión grave y peligrosa, ya que en el Islam, la vida es sagrada, es un Don de “Allâh” y su creación; así se cita en su libro (Surah 67, versículo 2) “Quién creó la muerte y la vida para probaros y ver cuál de vosotros sería mejor en obras..”. Tal y como se refleja en el Corán, “Allâh” reserva para cada alma su subsistencia y su parte en esta vida, por eso cuando el niño nace, “Allâh” asegura la subsistencia y se hace cargo de él y de sus dos padres. El Islam potencia la natalidad para reforzar la comunidad, tal y como relata “Ibn Mâja” en sus Sunan, donde cita textualmente: “Casaos y tened hijos(sed numerosos), así estaré orgulloso de vosotros, ante las otras comunidades, en el día del juicio”<sup>(52-54)</sup>.

La regla general es que el aborto está prohibido y no puede ser tolerado excepto por razones médicas serias (grave peligro para la madre por ejemplo) y según el estado de desarrollo del feto. Partiendo de esta regla, los diferentes sabios del islam concluyen sus premisas en las escuelas<sup>(52-54)</sup>:

▪ *Teoría del aborto después de la insuflación del alma ('Nafkh ur rûh')*:

En algunos “ahâdîth” auténticos en los cuales se detallan las diferentes etapas del desarrollo embrionario, el Profeta Mahoma afirma que el alma es insuflado en el feto al término del cuarto mes del embarazo (120 días).

Es justamente debido a este tipo de “ahâdîth” por lo que los sabios musulmanes consideran unánimemente que, pasado el límite de cuatro meses (120 días), el aborto es estrictamente prohibido. Abortar en tal caso es considerado como infanticidio y asimilado a un gran crimen en el “Islâm” (excepto si hay peligro de muerte para la madre y que no podamos salvarla sin quitar el feto: en tal caso hay necesidad extrema y el aborto será excepcionalmente tolerado).

▪ El “*madhab Shāfi’î*” es una de las cuatro escuelas de fiqh, o ley religiosa, del sunismo: En sus principios está permitido pero desaconsejado abortar antes de 40 días de embarazo. (Si debía hacerse, el acuerdo de los dos esposos sería necesario). Después de 40 días, el aborto es estrictamente prohibido.

▪ Otros sabios del Islam como “*Sheykh al-Qaradâwi*” estipulan que:

La regla básica respecto al aborto es la prohibición. Esta prohibición toma importancia según el estado de desarrollo del feto. Así, durante los cuarenta primeros días de embarazo, la interdicción es más leve. Después del periodo de cuarenta días, el aborto no será tolerado excepto por motivos más graves. Estos motivos serán determinados y valorados por personas versadas en el 'Fiqh'.

En conclusión, los métodos anticonceptivos y la esterilización están admitidos por los países musulmanes, siempre que ambas partes estén de acuerdo. En caso contrario, es un agravio punible. En cuanto al aborto, está legalizado en algunos países como Arabia Saudita, Argelia, Irak, Egipto, Etiopía, Jordania, Marruecos y Paquistán, donde está permitido durante las 12 primeras semanas en los casos de peligro para la salud de la madre y de malformaciones del niño, tras el dictamen de varios ginecólogos y sólo en hospitales públicos. No existen clínicas abortistas privadas. En otros países como Líbano, Yemen, Libia, Mauritania, Siria y Sri Lanka, está prohibido salvo en casos de peligro para la vida de la madre.

### 2.6.2. EL ABORTO EN LA RELIGIÓN JUDÍA:

En la religión judía, el individuo se perpetúa a través de la familia por lo que el celibato no es apreciado. A lo largo de la historia, los judíos han utilizado métodos contraceptivos que son permitidos por su religión. Las enseñanzas tradicionales judías condenan el aborto como un simple medio de control de la natalidad y sólo lo consideran lícito cuando el embarazo provoca un peligro para la vida de la madre<sup>(40,51,56)</sup>.

Si nos adentramos en los libros sagrados del Judaísmo, vemos que en La Torá existen tres fuentes que prohíben un aborto injustificado. El Talmud encuentra una alusión al aborto en la “prohibición de matar que Dios le ordenó a Noaj después del diluvio”. Sin embargo, el único caso explícito de feticidio mencionado en la Torá es en el contexto de una lucha que termina provocando la muerte del feto de la mujer embarazada de uno de los combatientes. De esta fuente queda claro que el hecho de matar al feto no es igual al hecho de matar a la madre<sup>(57)</sup>.

El Talmud también discute el caso en el cual un feto provoca dificultades a la madre, estableciendo que cuando la vida de la madre está en peligro el bebé es abortado. Los comentaristas del Talmud, específicamente el Rambam y el Rambán, no están de acuerdo respecto a cuáles son las razones subyacentes a la reglamentación del Talmud<sup>(57-59)</sup>.

Respecto a la ley Judía y su manera de entender el aborto, existe un desacuerdo entre las autoridades halájicas respecto a cuál es la razón por la cual el aborto está prohibido para un judío-igual que para un no judío-porque es una forma de asesinato<sup>(57-60)</sup>.

Hay otras opiniones que están en desacuerdo con este enfoque y que sostienen que no se trata de asesinato, sino que está prohibido por otras razones. De acuerdo con una de estas opiniones, el aborto es hashjatat zera, la destrucción de la vida potencial, y una violación al mandamiento de ser fructíferos y multiplicarnos<sup>(60)</sup>.

Una tercera opinión sostiene que el aborto es un perjuicio, ya sea para la madre o para el feto.

El momento en el cual entra en efecto la prohibición es ampliamente discutido por muchas autoridades de Torá. Algunos dicen que durante los primeros cuarenta días posteriores a la concepción el embrión es considerado solamente como agua y por lo tanto no sería problemático terminar con el embarazo en ese momento. Otros no están de acuerdo y argumentan que no hay ninguna diferencia respecto al momento en que se realice, porque el acto de matar la vida potencial tiene efecto desde el momento de la concepción. Obviamente una vez que comenzó el parto y la cabeza del niño ya es visible, está prohibido matar al bebé.

Las circunstancias fundamentales en las que la Ley Judía permite el aborto es el riesgo para la vida de la madre; su vida tiene precedencia sobre la vida del feto. El aborto por otras razones es debatido entre las autoridades halájicas. A modo de ejemplo, el Rab Moshé Feinstein no permitió el aborto por ninguna otra causa, pero en cambio el Rab Eliezer Waldenberg permitió los abortos dentro de los primeros cuarenta días, e incluso dentro del primer trimestre. El Rab Waldenberg, en casos de enfermedad de Tay-Sacks, permitió un aborto hasta el séptimo mes de embarazo. Sin embargo, él concluye que el aborto debe ser examinado exhaustivamente en cada caso.

En términos generales, la ley judía se define como “a favor de la vida”. Sin embargo, demanda mayor flexibilidad que la que aparentemente permite el debate político público. El judaísmo también afirma los derechos civiles de las personas para ser capaces de elegir cuando el aborto es apropiado, manteniendo siempre una minuciosa definición de los casos en los cuales sería permisible<sup>(59-63)</sup>.

### 2.6.3. EL ABORTO EN EL CRISTIANISMO

La historia del aborto en el cristianismo se ha ido instaurando a lo largo de los siglos con distintas apreciaciones<sup>(49,64,65)</sup>:

Constantino, el primer emperador Cristiano, proclamó que el celibato era un estado sagrado y derogó las leyes favorables al matrimonio, que subvencionaban la procreación, pero no aquellas que prohibían el infanticidio y el aborto. Bajo su mandato se consideró el

infanticidio como un crimen, aunque no un asesinato. No sería castigado con la muerte hasta mucho más avanzado el S.IV.

San Agustín de Hipona (354- 430) creía que la procreación humana era necesaria para aumentar el número de almas que pertenecerían a la iglesia. Afirmaba que “El acto del aborto no se considera homicidio, porque aún no se puede decir que haya un alma viva en un cuerpo que carece de sensación, ya que todavía no se ha formado la carne y no está dotada de sentidos”. San Jerónimo (347-420) consideraba la contracepción un asesinato de “un hombre aún non nato”<sup>(10,19,67)</sup>.

En el s VI, el código Jurídico de Justiniano convirtió el aborto en un “homicidio”, llegándose a establecer penitencias por el mismo. Se fomentaba la natalidad y la existencia de las familias numerosas<sup>(68)</sup>.

Siglos más tarde Santo Tomás de Aquino (1127-1174) sostenía, como San Agustín, la teoría de la hominización retardada. Sostenía que “ el aborto en las primeras etapas no es homicidio”, pues creía que “el alma ingresa al cuerpo hasta cuarenta días después de la concepción en el caso de los varones, y noventa días después de la concepción en el caso de las mujeres”<sup>61</sup>. Simultáneamente otros teólogos de la época sostenían que la concepción y la hominización ocurrían en el mismo tiempo, de modo que el aborto inducido era un asesinato en todos los casos.

A partir del año 1500, se fue extendiendo entre la iglesia católica la idea de que “ el alma racional puede existir desde el momento de la concepción” sin embargo, también durante este periodo surgen opiniones a favor del aborto terapéutico<sup>(65)</sup>.

La constitución Criminalis Carolina, en el 1533, durante el reinado de Carlos V, fijó en el punto medio del embarazo el momento de la animación del feto, es decir, desde que la madre percibe sus movimientos.

En 1588, el Papa Sixto V proclamó que todos los abortos eran crímenes que se castigarían con la excomunión. Posteriormente el Pontífice Gregorio XIV adopta de nuevo el criterio de “la animación y alma”. Sin embargo el Papa Pío IX, suprime la distinción entre el aborto en la primera fase del desarrollo del embrión y el realizado después, promulgando la excomunión a toda aquella mujer que abortara voluntariamente<sup>(31)</sup>.

En 1930, el Papa Pío XI dijo que “La vida de la mujer y del feto eran igualmente sagradas, que nadie tenía el poder ni la autoridad para destruirlas”. Este mensaje lo refrendaron los Papas sucesivos Pío XII y Pablo VI <sup>(10,19,31)</sup>.

El Papa Juan XXIII, recordó que la vida humana es sagrada desde su origen. El papa Juan Pablo II Y Benedicto XVI han considerado el aborto directo como un desorden moral grave <sup>(31,69,70)</sup>. Juan Pablo II calificó este delito como “uno de los más graves y peligroso”, pero alentaba a la conversión y dedicaba bellas palabras de acogida a la mujer que ha abortado.

El Papa Francisco se ha pronunciado de manera similar. En una reciente declaración pública comentó que: “Todo niño no nacido, pero condenado injustamente a ser abortado, tiene el rostro de Jesucristo, tiene el rostro del Señor, que antes incluso de nacer y luego apenas nacido ha experimentado el rechazo del mundo”, pero se muestra misericordioso con la mujer que ha abortado.

En conclusión, el cristiano afirma que cada ser humano ha sido creado a imagen y semejanza de Dios y debe ser respetado desde un principio, es decir, desde el momento de la fecundación <sup>(71)</sup>. Esta es la base para postular que el aborto es un homicidio que reviste la máxima gravedad, porque se trata de una vida particularmente inocente, débil, absolutamente confiada a otros. Con el aborto se le viola el derecho primario a la vida, fundamento de todos los demás <sup>(70-74)</sup>.

El Concilio Vaticano II, en la constitución pastoral sobre la Iglesia en el mundo actual, afirma: “Dios, Señor de la vida, ha confiado a los hombres la insigne misión de conservar la vida, misión que ha de llevarse a cabo de modo digno del hombre. Por tanto, la vida desde su concepción ha de ser salvaguardada con el máximo cuidado; el aborto y el infanticidio son crímenes abominables” <sup>(70)</sup>.

### **3. METODOLOGÍA DEL ABORTO PROVOCADO**

A lo largo de la historia se han utilizado una gran variedad de métodos para consumar el aborto: hierbas, utensilios, e incluso violencia. Todo ello con el objetivo de evacuar el contenido uterino. Estos mecanismos los podemos diferenciar en dos tipos de métodos: Los usados en los abortos clandestinos, a los que denominaremos técnicas no institucionalizadas, y a los empleados hoy en día en las clínicas acreditadas, a los que denominaremos técnicas institucionalizadas.

#### **3.1. TÉCNICAS NO INSTITUCIONALIZADAS**

##### **3.1.1. PREPARADOS ABORTIVOS**

El farmacólogo griego Discorides, en su libro *De materia Medica Libri Quinque*, describía “el vino del aborto” y los ingredientes para su preparación. Durante toda la época griega, se usaba el silphium y la raíz del el helecho como anticonceptivo e inductor del aborto<sup>(22,37)</sup>.

El romano Plinio el Viejo cita el aceite refinado como un potente abortador. Serenus Sammonicus escribió sobre un preparado a base de huevo y eneldo.

La medicina tradicional alemana tiene un té que incluye mejorana, lavanda, tomillo y perejil para producir la interrupción del embarazo.

En España, se han utilizado como abortivos el azafrán, el bórax, el tanaceto, el manubrio blanco, la sabina, el ajeno, la canela, el agua de esparto, la infusión de algarrobas, el caldo de aceitunas, la retama, la creta, el aceite de ricino, la zarzaparrilla, el guayaco, el tejo, la melisa, el aguarrás, la manzanilla, el jengibre, el cornezuelo de centeno y la ruda. Muchos de estos productos producen una serie de trastornos generales importantes sin conseguir, en muchos casos, el fin perseguido. Sin embargo, otros, como

la sabina, el enebro y el tejo, llegan a producir el aborto, pero son necesarias dosis tan elevadas que ponen en peligro la vida de la madre.

Además de las plantas se han empleado como abortivos diversos venenos minerales como el fósforo y el arsénico en Europa Central, el plomo en Inglaterra (donde se vendía en el mercado clandestino en forma de píldoras), el yoduro de potasio, el sulfuro de carbono, el mercurio, la estricnina, el ácido cítrico y el sulfato de quinina en Alemania y Francia.

### 3.1.2. MANIOBRAS ABORTIVAS

En la antigua Grecia se recomendaba a las bailarinas y prostitutas que estaban embarazadas saltar o darse golpes en los glúteos con los talones para inducirse el aborto. En algunos tratados hipocráticos se describían instrumentos para dilatar el cuello uterino y practicar legrados. Sorabus, físico griego del s. II d. C., en su trabajo *Gynecology*, detallaba como debían comportarse las mujeres que deseaban abortar. Tenían que realizar ejercicios violentos como saltos, transportar objetos pesados y cabalgar. Al mismo tiempo, advertía contra el uso de instrumentos punzantes y afilados por el riesgo de rotura uterina.

Las mujeres de algunas etnias de Paraguay, cuando están embarazadas y desean finalizar la gestación, se hacen presión en el vientre con la palma de la mano hasta conseguir la hemorragia uterina y el consiguiente aborto.

En Italia era común la excitación mamaria de la embarazada, estimulándose la secreción de oxitocina para provocar contracciones que desencadenasen el parto.

Una de las técnicas más extendidas entre las mujeres especializadas en abortos clandestinos era provocar la amniorrexia artificial mediante la utilización de raíces, espinas u otros objetos afilados<sup>(23)</sup>.

### 3.2. TÉCNICAS INSTITUCIONALIZADAS

La expulsión del material gestacional se puede conseguir con diferentes procedimientos farmacológicos o quirúrgicos, que dependiendo del uso de unos u otros, hace que podamos dividir en aborto en:

- **ABORTO QUÍMICO:** Consiste en la interrupción del desarrollo del embrión y en su eliminación por el canal del parto, todo ello inducido por una combinación farmacológica. Sólo es efectivo en las primeras semanas del embarazo. Las sustancias más habituales son: Mifepristona, misoprostol, Metotrexate y combinaciones entre ambos.

- **ABORTO QUIRÚRGICO:** Se denomina aborto quirúrgico al conjunto de técnicas quirúrgicas que tienen el fin de provocar el aborto.

El método utilizado para la realización de un aborto inducido dependerá fundamentalmente del periodo de gestación en que se encuentre la mujer que va interrumpir su embarazo y del dominio de la técnica a usar por parte del profesional sanitario. A continuación, se describe más detenidamente los diferentes métodos.

#### 3.2.1. PROCEDIMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Hoy en día, existen sólo algunas drogas abortivas eficaces y seguras. Entre ellas se encuentran la oxitocina vía endovenosa, los análogos de las prostaglandinas (PGE-1, PGE-2 y PGF-2 $\alpha$ ) asociados o no a antiprogestágenos y el metotrexate<sup>(76-77)</sup>.

○ ANTIPROGESTÁGENOS (RU-486 O MIFEPRISTONA):

Fármaco desarrollado a partir de los 19-noresteroides. Se trata de un esteroide sintético con afinidad para los receptores de la progesterona, donde actúa bloqueando su actividad, sobre todo, a nivel del endometrio. Al administrarse a mujeres embarazadas produce alteraciones en el embrión y un efecto directo sobre el trofoblasto dando lugar a una disminución de la gonadotropina coriónica humana y la retirada del apoyo del cuerpo lúteo. Al mismo tiempo, aumenta la sensibilidad y la respuesta miometrial a la administración exógena de prostaglandinas con el consiguiente reblandecimiento y dilatación del cérvix uterino. La tasa de éxitos varía según la edad gestacional, ya que cuanto más dependa el embarazo de la progesterona del cuerpo lúteo más probable será que la mifepristona cause el aborto<sup>(78-79)</sup>.

La utilización de este fármaco en España fue aprobada en el año 2000.

Su empleo queda reducido a las primeras semanas de gestación (7 semanas<sup>95</sup>). Para aumentar su eficacia se asocia a prostaglandinas; una dosis única de 600 mg de mifepristona por vía oral, seguida de una toma de prostaglandinas (misoprostol) 48 horas más tarde a la dosis de 400-600 mcg. La tasa de éxitos se sitúa entre el 83% y el 95%<sup>(80-81)</sup>.

Este fármaco está contraindicado en mujeres fumadoras mayores de 35 años, en las asmáticas y con antecedentes de accidentes vasculares, insuficiencias hepáticas o renales graves y que se encuentren en tratamiento con corticoides.

Los efectos colaterales incluyen náuseas, vómitos y dolor abdominal. Ahora bien, el mayor riesgo asociado a este agente es la hemorragia debida a la expulsión parcial del embarazo. La duración del sangrado vaginal tras su administración es de una a dos semanas<sup>(78)</sup>.

El porcentaje de legrado uterino por fracaso de la técnica o por hemorragia no llega al 7%<sup>(81)</sup>.

○ PROSTAGLANDINAS (MISOPROSTOL):

Se utilizan hasta la novena semana de gestación. La dosis es de 800 mcg. por vía vaginal cada 24 ó 12 horas, la tasas de aborto completo es del 90 al 93%<sup>(83-89)</sup>.

Cuando el misoprostol se administra por vía oral los resultados son peores y los efectos secundarios mayores. Si las prostaglandinas se emplean en el segundo trimestre a la misma dosis que en el primero, la tasa de aborto completo en gestaciones de hasta 24 semanas es del 90%.

Tras la administración del misoprostol, la mujer debe permanecer en observación en la clínica durante 3 - 4 horas, durante las cuales se produce la expulsión, en la mayoría de las ocasiones, del saco gestacional, volviendo al domicilio con el compromiso de retornar a los 8 - 15 días para confirmar que no existen restos endocavitarios.

Carbonel describe múltiples casos de malformaciones congénitas (síndrome de Moebius) cuando tras el uso de misoprostol no logra el aborto y el embarazo llega a término.

- OXITOCINA:

Es utilizada sobre todo durante el segundo trimestre de la gestación. La inducción del aborto es posible con altas dosis administradas en pequeños volúmenes de líquido intravenoso. Para que el procedimiento sea más efectivo se utiliza la oxitocina una vez ya se ha obtenido una adecuada maduración cervical mediante prostaglandinas o mifepristona, que permiten realizar la amniorrexia artificial<sup>(83,90)</sup>.

- METOTREXATE (AMINOPTERINA):

Es un inhibidor de la 4-fólicoreductasa que cuando se utiliza a dosis de 50 mg por m<sup>2</sup> por vía intramuscular, seguido dos o tres días después de una a tres dosis de 800 mcg. de misoprostol, se obtienen abortos completos en el 90-95% de los casos. Se consigue la misma eficacia utilizando dosis de 50 mg de metotrexate por vía oral, independientemente del peso y altura de la mujer, seguidas por la administración de prostaglandinas a la misma dosis explicada anteriormente<sup>(91,92)</sup>.

El límite de este procedimiento se sitúa entre las 7 - 8 semanas, ya que el fármaco sólo es eficaz cuando las células son indiferenciadas al actuar fundamentalmente como tóxico placentario.

- SOLUCIONES HIPEROSMÓTICAS INTRAAMNIÓTICAS:

Este procedimiento consistente en la instilación de suero salino hipertónico o urea que estimulan las contracciones uterinas y la dilatación cervical. Sólo se aplican en abortos del segundo trimestre<sup>(76,93)</sup>.

Las prostaglandinas, la mifepriptona y la oxitocina, utilizadas solas o en combinación para inducir el parto<sup>(94,95)</sup>, están indicadas a partir del límite superior que permite hacer la técnica de dilatación y evacuación (20 - 22 semanas). De hecho, la RU-486 200 mg., unida al misoprostol, es el método más indicado en las gestaciones por encima de las 20-21 semanas<sup>(96)</sup>. Los inconvenientes que presenta son las cicatrices uterinas previas y la necesidad de un legrado posterior a la expulsión del contenido uterino<sup>(100-103)</sup>.

### 3.2.2. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Durante el primer trimestre del embarazo, los métodos instrumentales utilizados son la dilatación y curetaje o legrado convencional y la dilatación con aspiración, bien bajo anestesia local (bloqueo para-cervical) o general (sedación superficial sin intubación). A partir de la 14 a las 20-22 semanas se realiza la dilatación cervical seguida de la evacuación del contenido uterino. En estos casos siempre se usa anestesia general.

Ahora bien, los procedimientos básicamente quirúrgicos son la práctica de una histerotomía o micro cesárea y una histerectomía<sup>(104-110)</sup>.

- DILATACIÓN Y CURETAJE O DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN:

Se realiza la dilatación instrumental del cuello uterino con dilatadores hasta que se puede insertar una legra o cureta de aspiración al vacío de diámetro apropiado. Tanto la legra como la cánula de aspiración, rígida o flexible, conectada a un sistema de presión negativa, se desplaza de manera sistemática sobre la superficie para cubrir finalmente toda la cavidad uterina.

Las complicaciones del legrado convencional se estiman en un 3,7%, y las de la aspiración ofrecen cifras del 0,9 al 2,72%. Por lo tanto, actualmente la técnica más frecuentemente utilizada por su seguridad es la de dilatación y aspiración.

○ DILATACIÓN Y EVACUACIÓN:

En este procedimiento es necesario el uso de anestesia general, la dilatación del canal cervical con dilatadores rígidos progresivos o mediante la preparación del cérvix con prostaglandinas vaginales. Una vez finalizada la fase preparatoria, se procede a la evacuación del contenido uterino mediante la utilización de pinzas de Macklintosh, Sopher o similares, concluyendo con el repasa de la cavidad uterina usando una cánula rígida de aspiración conectada a un sistema de presión negativa.

La tasa complicaciones mayores de esta técnica se sitúa en el 0,7%.

Los efectos secundarios son dolor, sangrado, náuseas y vómitos.

Para actuar con mayor seguridad y, así, disminuir las complicaciones, que en cualquier modalidad de aborto provocado pueden existir es recomendable utilizar la ecografía pre, per y postoperatoriamente, al igual que la cobertura antibiótica. Todas las mujeres Rh negativas han de ser tratadas con inmunoglobulina anti-D, dado que alrededor del 5% de ellas se sensibilizan con posterioridad al aborto.

La contraindicación o el fracaso del uso de los procedimientos farmacológicos e instrumentales dejan, como única alternativa, la histerotomía o la histerectomía cuando ya estuviera indicada fuera del embarazo, aumentando considerablemente el número y la gravedad de las complicaciones.

## 4. EL ABORTO EN EL MUNDO

### 4.1. LEGISLACIÓN DEL ABORTO

Las diferentes legislaciones del aborto en el mundo se han ido modificando con los años, Actualmente los datos publicados a nivel mundial del año 2014, muestran que<sup>(111-113)</sup>.

- En 66 países existen leyes que restringen el aborto totalmente o esta permitido en el caso específico que haya que salvar la vida a la mujer (25,5% de la población mundial).
- En 59 países existen leyes que permiten el aborto en situaciones en las que hay que preservar la salud, así como para salvar la vida de la mujer (13,8% de la población mundial).
- En 13 países se permite el aborto por razones socioeconómicas (21,30% de la población mundial).
- En 61 países no existen restricciones (39,50% de la población mundial).



Figura 1. Distribución de frecuencias de las leyes del aborto del 2014 en la población mundial

A continuación se refleja el aborto en mapa mundial en el año 2014 y a continuación la leyenda (ver Figura 2)

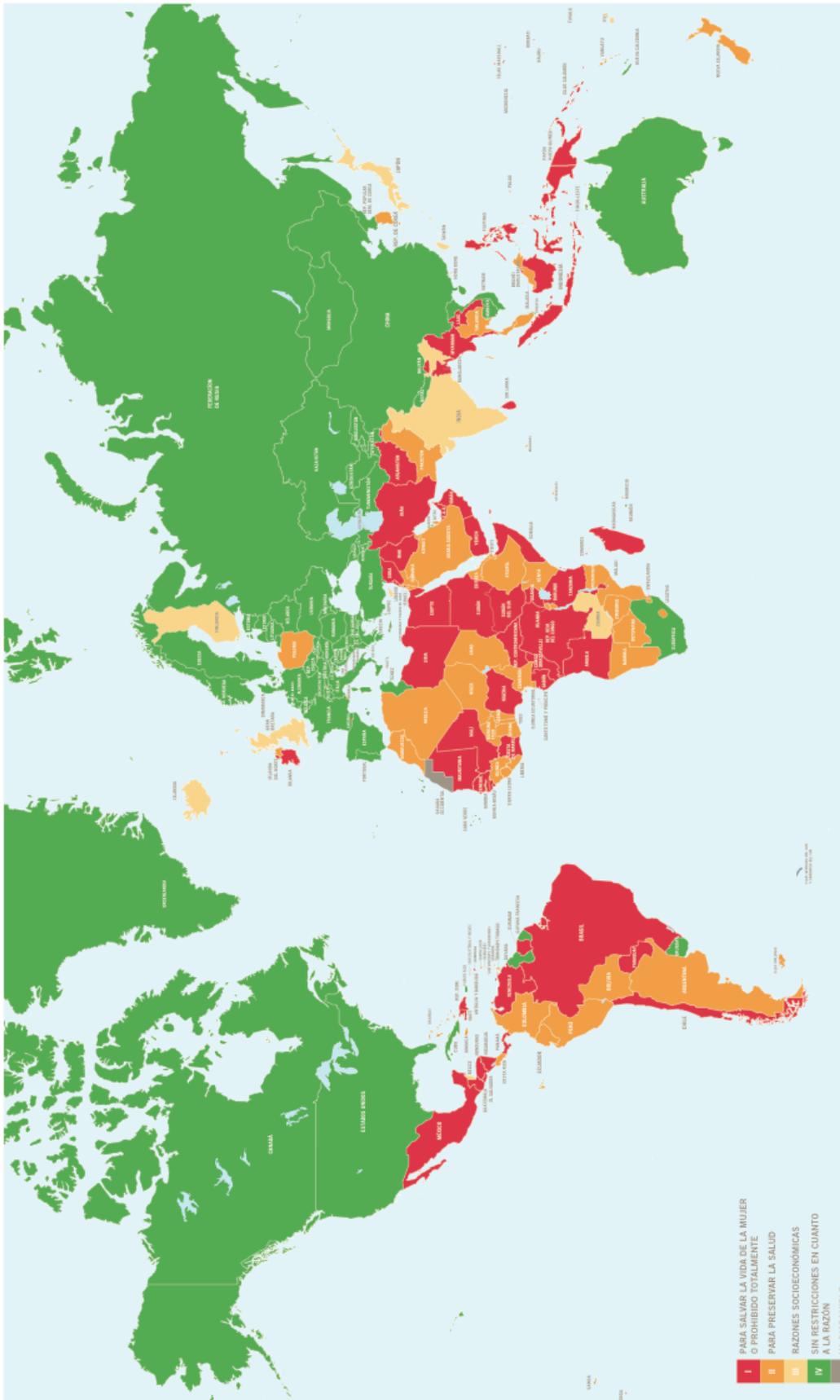


Figura 2. Mapa de las leyes del aborto en el mundo en el año 2014.

## CLASIFICACIÓN DE LAS LEYES DEL ABORTO EN EL MUNDO:

### *Terminología:*

Los “países” enumerados incluyen Estados independientes y, donde las poblaciones superan el millón de habitantes, regiones semiautónomas, territorios y jurisdicciones de estatus especial. La tabla, por lo tanto, incluye Cisjordania y Franja de Gaza, Hong Kong, Irlanda del Norte, Puerto Rico, y Taiwán.

Dada la gran variedad de situaciones a continuación se especifica la significación de las abreviaturas y símbolos utilizados en los siguientes apartados:

- VS** Aborto permitido en caso de violación sexual
- VS1** Aborto permitido en caso de violación de una mujer con discapacidad mental
- I** Aborto permitido en casos de incesto
- F** Aborto permitido en casos de malformación fetal
- AC** Se requiere autorización conyugal
- AP** Se requiere autorización/notificación de los padres
- +** Aborto permitido en bases adicionales a las enumeradas y relacionadas con factores como la edad de la mujer o su capacidad de asumir la crianza y cuidado de un niño
- S** Se prohíbe el aborto selectivo en razón de sexo
- x** La legislación eliminó todas las excepciones a la prohibición penal del aborto; la disponibilidad de la excluyente de responsabilidad basada en el “estado de necesidad” es altamente improbable
- xx** La legislación permite explícitamente el aborto sólo para proteger la salud física de la mujer
- NC** La ley no es clara
- SF** Sistema federal; la legislación sobre aborto es determinada por los estados.

En Australia y México, las legislaciones estatales se sitúan en diferentes categorías de restricción. La clasificación refleja leyes que afectan a la mayor cantidad de personas.

ABORTO PERMITIDO PARA SALVAR LA VIDA DE LA MUJER O PROHIBIDO TOTALMENTE:

Los países que aparecen en negrillas hacen una excepción explícita para salvar la vida de la mujer. Con base en “el estado de necesidad”, las leyes que no hacen dicha excepción se interpretan en el sentido de permitir el aborto cuando la vida de la mujer está en peligro. En esta situación, aunque la legislación no permite explícitamente el aborto, se puede justificar la realización del procedimiento si es necesario para preservar la vida de la mujer.

Los países de este grupo son

- **Afganistán**
- Andorra
- Angola
- **Antigua y Barbuda**
- **Bangladesh**
- **Bhután**–VS/I/+
- **Afganistán**
- **Brasil**–VS
- **Brunei Darussalam**
- Chile–x
- **Cisjordania y Franja de Gaza**
- Congo (Brazzaville)
- **Costa de Marfil**
- **Dominica**
- Egipto
- El Salvador–x
- **Emiratos Árabes Unidos**–AC/AP
- Filipinas
- Gabón
- **Guatemala**
- Guinea-Bissau
- Haití

- Honduras
- **Indonesia**–AC/VS/F
- Irak
- **Irán**–F
- **Irlanda**
- Islas Marshall–NC
- **Islas Salomón**
- **Kiribati**
- Laos
- Lesotho
- **Líbano**
- **Libia**–AP
- Madagascar
- **Malawi**–AC
- **Malí**–VS/I
- Malta–x
- Mauricio
- Mauritania
- **México**–SF/VS/F
- Micronesia–NC
- **Myanmar**
- Nicaragua–x
- **Nigeria**
- Oman

- Palau–NC
- **Panamá**–AP/VS/F
- **Paraguay Rep.**
- Rep. Centro Africana
- Rep. Dem. del Congo
- República Dominicana
- San Marino
- Santo Tomé y Príncipe
- Senegal
- **Siria**–AC/AP
- Somalia
- **Sri Lanka**
- **Sudán**–VS
- **Sudán del Sur**
- Surinam
- **Tanzania**
- **Timor-Leste**
- Tonga
- **Tuvalu**
- **Uganda**
- **Venezuela**
- **Yemen**

II. ABORTO PERMITIDO PARA PRESERVAR LA SALUD MENTAL DE LA MUJER (*así como para salvar la vida de la mujer*).

Los países que aparecen resaltados en letra negrita reconocen una excepción para preservar la salud mental de la mujer.

Según la Organización Mundial de la Salud, “salud” es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Las leyes en esa categoría que no permiten explícitamente el aborto para proteger la salud mental de la mujer deben ser interpretadas en el sentido de permitirlo sobre esa base.

Los países con esta legislación son :

- Arabia Saudita-AC/AP
- **Argelia**
- Argentina-VS<sub>1</sub>
- Bahamas
- Benin-VS/I/F
- Bolivia-VS/I
- **Botswana**-VS/I/F
- Burkina Faso-VS/I/F
- Burundi
- Camerún-VS
- Chad-F
- **Colombia**-VS/I/F
- Comoros
- Costa Rica
- Djibouti
- Ecuador-VS<sub>1</sub>
- Eritrea
- Etiopía-VS/I/F/+
- **Gambia**
- **Ghana**-VS/I/F

- Granada
- Guinea-VS/I/F
- Guinea Ecuatorial-AC/AP
- **Irlanda del Norte**
- **Israel**-VS/I/F/+
- **Jamaica**-AP
- Jordania
- Kenya
- Kuwait-AC/AP/F
- Liberia-VS/I/F
- Liechtenstein+
- **Malasia**
- Maldivas-AC
- Marruecos-AC
- Mónaco-VS/I/F/xx
- Mozambique
- **Namibia**-VS/I/F
- **Nauru** Níger-F
- **Nueva Zelanda**-I/F
- Pakistán

- Perú
- Polonia-AP/V<sub>S</sub>/I/F
- Qatar-F
- Rep. de Corea-AC/V<sub>S</sub>/I/F
- Rwanda
- **Saint Kitts y Nevis**
- **Samoa**
- **Santa Lucía**-VS/I
- **Seychelles**-VS/I/F
- **Sierra Leona**
- **Swazilandia**-VS/I/F
- **Tailandia**-VS/F
- Togo-VS/I/F
- **Trinidad & Tobago**
- Uruguay-VS
- Vanuatu
- Zimbabwe-VS/I/F/xx

### III. ABORTO PERMITIDO POR RAZONES SOCIOECONÓMICAS (*así como para salvar la vida de la mujer y preservar su salud*)

Los países con esta legislación son:

- Barbados-AP/VS/I/F
- Belice-F
- Chipre-VS/F
- Fiji-VS/I/F
- Finlandia-VS/F/+
- Gran Bretaña-F
- Hong Kong-VS/I/F
- India-AP/VS/F
- Islandia-VS/I/F/+
- Japón-AC/VS
- Luxemburgo-AP/VS/F
- San Vicente y Grenadinas-VS/I/F
- Taiwán-AC/AP/I/F
- Zambia-F

### IV. ABORTO SIN RESTRICCIONES EN CUANTO A LA RAZÓN.

Se entiende que los países tienen como límite las 12 semanas de gestación, salvo que exista información que indique lo contrario. Los límites gestacionales se calculan a partir del primer día de la última menstruación que, por lo general, se considera que ha ocurrido dos semanas antes de la concepción. Donde las leyes especifican que los límites gestacionales se calculan a partir del día de la concepción, los límites gestacionales han sido extendidos dos semanas.

A continuación se especifica la significación de las abreviaturas y símbolos utilizados en el apartado IV.

§ Límite gestacional de 90 días

† Límite gestacional de 8 semanas

‡ Límite gestacional de 10 semanas

∞ Límite gestacional de 12 semanas

\* Límite gestacional de 14 semanas

\*\* Límite gestacional de 18 semanas

\*\*\* Límite gestacional de 24 semanas

^ La ley permite el aborto hasta antes de la viabilidad o La ley no contempla límite gestacional; Los mecanismos de regulación varían

Los países con esta legislación son:

- Albania	- Estados Unidos <sup>^</sup> –SF/AP	- Países Bajos <sup>^</sup>
- Alemania*	- Estonia	- Portugal <sup>‡</sup> –AP
- Armenia	- Ex Rep. Yugoslava de Macedonia–AP	- Puerto Rico <sup>^</sup>
- Australia–SF	- Federación de Rusia	- Rep. Checa–AP
- Austria*	- Francia*	- Rep. Popular Dem. de Corea <sup>°</sup>
- Azerbaiyán	- Georgia–AP	- Rep. Eslovaca–AP
- Bahrein	- Grecia–AP	- Rumania*
- Belarús	- Guyana <sup>†</sup>	- Serbia–AP
- Bélgica*	- Hungría	- Singapur***
- Bosnia y Herzegovina–AP	- Italia <sup>§</sup> –AP	- Sudáfrica
- Bulgaria	- Kazajstán	- Suecia**
- Cabo Verde	- Kirguistán	- Suiza
- Camboya*	- Kosovo <sup>‡</sup> –AP	- Tayikistán
- Canadá <sup>°</sup>	- Latvia–AP	- Túnez <sup>∞</sup>
- China <sup>°</sup> –S	- Lituania	- Turkmenistán
- Croacia–AP	- Moldova	- Turquía <sup>‡</sup> –AC/AP
- Cuba–AP	- Mongolia <sup>∞</sup>	- Ucrania
- Dinamarca–AP	- Montenegro–AP	- Uzbekistán
- Eslovaquia–AP	- Nepal–S	- Vietnam
- Eslovenia–AP	- Noruega–AP	
- España*–AP		

Se describen a continuación las leyes vigentes en los distintos países <sup>(115-126)</sup>, para así reflejar la situación del aborto en los diferentes continentes y países principales del mundo:

#### 4.1.1. EUROPA

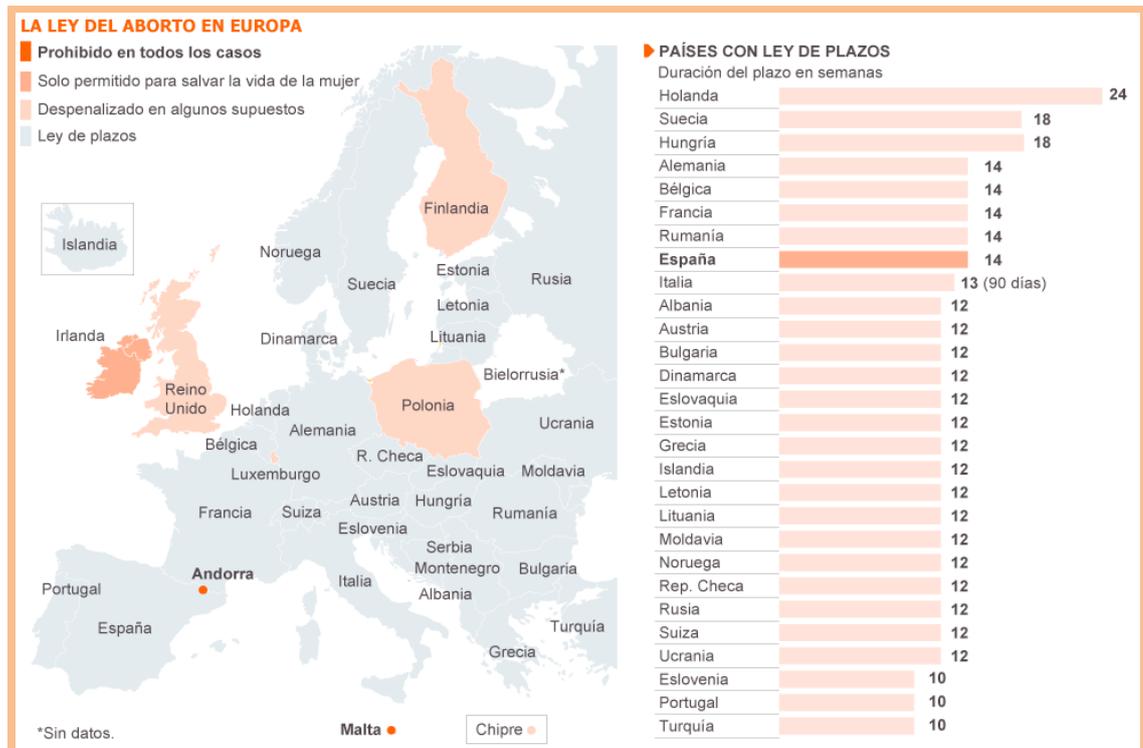


Figura 3. Mapa de las leyes del aborto en Europa.

##### 4.1.1.1. EUROPA OCCIDENTAL

El aborto provocado está permitido legalmente al menos bajo determinados supuestos en todos los países de Europa occidental a excepción de la República de Irlanda, El Norte de Irlanda, Malta y el Estado Vaticano<sup>(114,119,122)</sup>. En ellos, el aborto tiene una incidencia de cinco a diez veces más baja que entre los países de la Europa oriental, coincidiendo con un menor uso de métodos anticonceptivos.

A continuación, se exponen las características más reseñables de la legislación internacional sobre la interrupción del embarazo en los países de Europa occidental.

➤ ALEMANIA

*Legislación:*

Históricamente, el marco legal, que en su formulación originaria en la Alemania reunificada data de 1992 y se reformó en 1995, es resultado de la combinación de los dos sistemas hasta entonces vigentes: el de la antigua República Democrática alemana, que despenalizaba parcialmente el aborto atendiendo a un sistema de plazos y el de la República Federal, que seguía un sistema de indicaciones.

La regulación del aborto en Alemania combina el sistema de plazos (12 ó 22 semanas con asesoramiento) con el de indicaciones<sup>(127-131)</sup>.

a) No será ilegal la interrupción del embarazo cuando se practique por un médico antes de transcurridas 12 semanas desde la concepción, siempre y cuando la embarazada haya obtenido un certificado que demuestre haber recibido asesoramiento en un centro de consulta autorizado al menos tres días antes de la intervención.

Se contempla también el plazo de 22 semanas para embarazadas en “situaciones de especial necesidad”, entendiéndose por tales las que obligan a la madre a hacer un sacrificio que va más allá de lo tolerable de seguir con el embarazo. Éste es un concepto jurídico indeterminado. En este supuesto la embarazada está sujeta igualmente al requisito del certificado de asesoramiento.

b) Las indicaciones son dos:

○ La de tipo médico: La puesta en riesgo de la vida o bien el perjuicio de la salud física o psíquica de la embarazada (indicación “materna”) o del feto (indicación “embrionaria”).

○ La de tipo criminológico: cuando la embarazada a la que se le practica el aborto con su consentimiento haya sido víctima de delitos sexuales.

*Régimen de la prestación:*

Son públicas las intervenciones que se acogen al sistema de indicaciones (médica o criminológica), pero no las del sistema de plazos, que en principio tiene que costearse la propia mujer, salvo aquéllas a las que su situación económica se lo impida.

➤ AUSTRIA

*Legislación:*

La legislación austriaca en materia de interrupción del embarazo combina un sistema de plazos, con otro de indicaciones. La última reforma que se realizó entró en vigor el 1 de enero de 1975<sup>(114,120-122)</sup>.

Está despenalizado el aborto en los siguientes supuestos:

1º.- A petición de la mujer durante el primer trimestre del embarazo, el aborto debe ser realizado -previo informe facultativo- por un médico.

2º.- Fuera de ese plazo, la despenalización se contempla en los siguientes supuestos:

- Con el objetivo de evitar un daño grave para la vida o para la salud física o mental de la mujer embarazada.
- Malformaciones del feto.
- Madre menor de 14 años en el momento de quedar embarazada.

*Régimen de la prestación:*

La seguridad social austriaca no cubre los gastos relativos a interrupciones voluntarias del embarazo (tampoco los de medidas de control de la natalidad), salvo en caso de indicación médica por peligro para la vida de la madre o graves malformaciones en el feto.

## ➤ BÉLGICA

### *Legislación:*

La ley que regula en Bélgica la interrupción voluntaria del embarazo es la Ley de 3 de abril de 1990 relativa a la interrupción del embarazo, que modifica los artículos 348, 350, 351 y 352 del Código Penal y que deroga el artículo 353 del mismo código<sup>(114,120-122)</sup>.

La Ley establece un sistema mixto, de plazos y causal. Así, se despenaliza el aborto en dos situaciones:

1º- Si lo solicita la mujer en situación de angustia y se practica antes de que finalice la 12ª semana de gestación. Siempre se realiza por un médico, en un centro donde exista un servicio de información que debe proveer a la mujer de información relativa a los derechos, ayudas y ventajas que la legislación concede a las familias, a las madres (solteras o no) y a los hijos, así como sobre las posibilidades existentes de dar al niño en adopción. También se le ofrecerán consejos sobre los medios existentes para resolver los problemas sociales y psíquicos que le cree su situación. La interrupción del embarazo no podrá tener lugar sino 6 días después de la primera consulta médica. La mujer debe ratificar por escrito, el mismo día de la intervención, su voluntad de proceder a la misma.

El médico debe informar a la mujer de los riesgos médicos presentes o futuros derivados de la interrupción del embarazo, de las posibilidades de acogida del nacido y de la posibilidad de acudir al personal de ayuda e información citada. Debe asegurarse, asimismo, de la determinación de la mujer a abortar.

2º.- Superado el plazo de 12 semanas, sólo cabe practicar la interrupción voluntaria del embarazo, con las mismas condiciones antes citadas, si:

a) La continuación del embarazo pone en grave peligro la salud de la mujer o

b) Si hay certeza en que el niño que nacerá portará una enfermedad de particular gravedad y reconocida como incurable en el momento del diagnóstico.

Se requerirá la opinión de dos facultativos. La propia ley dispone la creación de una Comisión para la evaluación de la aplicación de dicha ley, compuesta de 16 miembros nombrados por el Gobierno a propuesta del Senado, elegidos por su experiencia y conocimientos en la materia (médicos, abogados, profesores universitarios, asistentes sociales...). La Comisión realiza informes de evaluación de la aplicación de la ley y se encarga de supervisar la documentación que envían los médicos que han practicado alguna interrupción del embarazo.

*Régimen de la prestación:*

Las interrupciones de embarazo pueden practicarse bien en hospitales, bien en centros de planificación familiar, siempre que cuenten con los requisitos establecidos en la legislación. El coste de la intervención es sufragado por la seguridad social.

➤ DINAMARCA

*Legislación:*

El aborto es libre antes del transcurso de las doce primeras semanas<sup>130-144</sup>. Después de este periodo hay que solicitar un permiso al Consejo Médico de la región danesa competente. La decisión de esta última instancia podrá ser apelada a la Comisión de Reclamaciones de Aborto.

Se podrá llevar a cabo, sin necesidad de permiso, cuando se considere necesario por razones médicas, y especialmente cuando está en riesgo la vida de la mujer. Si han transcurrido las primeras 12 semanas del embarazo, se podrá conceder también permiso para la interrupción del embarazo en los siguientes casos<sup>114,120-123</sup>):

- Cuando existe un riesgo de que el niño contraiga una enfermedad grave por motivos genéticos o por enfermedad durante el estado fetal.
- Cuando la mujer no pueda hacerse cargo del niño por motivos de enfermedad, edad prematura o falta de madurez mental.

o Cuando el embarazo o el parto pueden suponer una presión psicológica insoportable para la mujer.

Con efectos de 1º de enero de 2007, las disposiciones sobre la interrupción del embarazo y la reducción del número de fetos en caso de embarazo múltiple han pasado a formar parte de la Ley de Sanidad, (Orden nº 97 de 5 de febrero de 2008).

En virtud de la citada Orden nº 97 se creó un Consejo Médico Regional que gestiona las solicitudes sobre el permiso para la interrupción de embarazos de todas aquellas mujeres que no cumplen los requisitos para el acceso al aborto libre (anterior a las 12 primeras semanas de embarazo) y algunas solicitudes de reducción del número de fetos en caso de embarazo múltiple.

*Régimen de la prestación:*

Las intervenciones relacionadas con la interrupción del embarazo se pueden hacer libremente en los hospitales públicos y privados. En el caso de las mujeres que opten por la modalidad pública, la intervención será gratuita y a cargo de la Seguridad Social danesa. Cabe señalar que los hospitales de la Seguridad Social son los que, en general, realizan la mayoría de las intervenciones relacionadas con las interrupciones de los embarazos.

➤ FINLANDIA

*Legislación:*

La interrupción voluntaria del embarazo es legal durante las 12 primeras semanas de gestación (ampliable a 20 semanas en situaciones especiales), con el requisito indispensable de la autorización de dos médicos. Está regulada por la Ley de Interrupción del Embarazo 1970/239 de 24 de marzo. En esta Ley se contemplan seis supuestos<sup>(122)</sup>:

1. Cuando el embarazo ponga en peligro la salud o la vida de la madre.
2. Cuando, considerando la situación personal de la madre o de la familia de la madre, y teniendo en cuenta otras circunstancias sociales externas, el nacimiento y crianza del niño supusieran para la madre una carga apreciable.

3. Cuando se haya quedado embarazada en circunstancias que se especifican en el Código Penal en ciertos artículos (nota: se refiere a violación e incesto).

4. Si en el momento de quedarse embarazada la mujer fuera menor de 17 años o mayor de 40, o si ya hubiera tenido cuatro hijos.

5. Cuando hay razones para pensar que el niño pudiera ser deficiente psíquico o el niño pudiera desarrollar una enfermedad grave o malformación física.

6. Si la madre o el padre, o los dos, tuvieran una enfermedad o deficiencia que limitara seriamente su capacidad para cuidar al niño.

Es importante señalar que dada una actitud social de comprensión y tolerancia con las personas que deciden una interrupción voluntaria del embarazo, en la práctica esta legislación equivale a una ley de plazos, en el sentido de que -según este Ministerio de Asuntos Sociales- no se registran casos de denegación a ninguna mujer que solicite esta prestación dentro de las 12 semanas (ni de las 20 de los procedimientos especiales) y se considera que los médicos no tienen razones para denegar esa solicitud (la propia Ley limita la posibilidad de acción del médico).

#### *Régimen de la prestación:*

La operación para la interrupción voluntaria del embarazo puede realizarse tanto en centros privados como públicos. La legislación y el procedimiento es exactamente el mismo en ambos casos. La mayoría de las interrupciones voluntarias se realiza en centros públicos.

## ➤ FRANCIA

### *Legislación:*

El aborto es legal en Francia desde 1975, cuando se aprobó la llamada “ley Veil” (Ley 75-17 de 17 de enero) que ya establecía una ley de plazos (entonces el límite se situó en 10 semanas). La legislación francesa establece actualmente el límite de 12 semanas de gestación para que se pueda interrumpir voluntariamente el embarazo, plazo que sólo puede ser superado por causas médicas siempre que dos médicos de un equipo multidisciplinar acrediten o bien que el embarazo pone en grave peligro la vida de la madre o bien que el niño si naciera estaría afectado por una enfermedad de particular gravedad considerada como incurable en el momento del diagnóstico<sup>(132-136)</sup>.

Se prevé que toda menor de edad no emancipada que desee interrumpir voluntariamente su embarazo tiene que acudir a una consulta previa con un asesor o consejero de un centro de planificación familiar (para mayores de edad la consulta es optativa). Además deberá contar con el consentimiento de al menos uno de sus padres o de un representante legal, o si deseara mantener el secreto, podrá estar acompañada por un mayor de edad de su elección.

### *Régimen de la prestación:*

La interrupción voluntaria del embarazo, que deberá ser practicada en un establecimiento hospitalario y por un médico, se realiza tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas. De hecho la ley francesa prevé que todos los gastos sean cubiertos por el Estado en caso de acudir al sistema de salud pública. En la práctica, los problemas vienen provocados por el número limitado de equipos médicos dispuestos a realizar este tipo de intervenciones, lo que ha generado importantes listas de espera dentro del sistema público y de hecho obliga a muchas mujeres a acudir a clínicas privadas.

## ➤ GRAN BRETAÑA

### *Legislación*

La ley que regulaba el aborto databa de 1967 (Abortion Act 1967) y permitía el aborto hasta las 28 semanas de gestación. No obstante, la ley fue enmendada en 1990 para reducir dicho período a 24 semanas. Existen una serie de casos en los que el aborto es legal después de las 24 semanas<sup>(120)</sup>:

- Si es necesario para salvar la vida de la madre.
- Para prevenir un daño grave a nivel físico o de salud mental en la madre.
- Si existe riesgo considerable de que el niño nazca con tales anomalías/daños físicos o mentales que supusieran una seria discapacidad o minusvalía.

La Ley sobre el Aborto del año 1967, es de aplicación en parte del Reino Unido (Inglaterra, Escocia y Gales), quedando exceptuada Irlanda del Norte. En esta zona sólo se puede practicar el aborto en los casos que exista riesgo para la vida de la madre y en casos de malformación del feto. Recientemente Guernsey, Jersey y la Isla de Man han introducido su propia legislación, alguna de la cual es más liberal que la del Reino Unido.

En 1990, la Ley sobre Fertilización Humana y Embriología (Human Fertilisation and Embryology Act 1990) introduce controles sobre las nuevas técnicas desarrolladas para ayudar a parejas infértiles y para hacer un seguimiento de los experimentos con embriones. También clarifica las circunstancias bajo las que el aborto podría efectuarse en un estado avanzado. Esta segunda ley también perfila cuales son las condiciones que deben darse para que un aborto sea considerado legal<sup>(138-140)</sup>.

### *Régimen de la prestación*

Se prevé la gratuidad de este servicio a través del NHS (National Health Service).

La ley establece que el aborto debe llevarse a cabo en un hospital o en una clínica especializada. Debe existir el acuerdo de dos médicos sobre que se produzca un daño menor físico o mental para la mujer que si continuara con el embarazo. La financiación del

NHS para la práctica de abortos difiere según la zona del país. Los niveles de provisión abarcan desde algo más de un 90% de la demanda local a menos de un 60%. En algunas áreas el NHS financia la realización en clínicas privadas pero en otras áreas del país.

## ➤ HOLANDA

### *Legislación*

Desde 1980 existe una ley de plazos que permite el aborto dentro de las 24 primeras semanas de gestación. Este límite se considera de forma muy estricta y en la práctica la mayoría de los abortos se llevan a cabo dentro de las 22 semanas. Solo los abortos por razones médicas se extienden a la semana 24. El objetivo de la ley, según su exposición de motivos, es encontrar un equilibrio entre los dos intereses en conflicto: el del no nacido y el de la mujeres en “situación difícil” a consecuencia de un embarazo no deseado. La ley no establece criterios o motivos para justificar el aborto. Debe asegurarse que la decisión no se tome de forma precipitada a través de unos requisitos de procedimiento establecidos con este fin y es necesaria una consulta médica previa en la que se ofrezcan a la mujer soluciones alternativas. En un segundo paso el facultativo debe certificar que la decisión se ha tomado después de una consideración detenida y por la libre voluntad de la afectada. Se requiere que entre la primera consulta médica y la práctica de la intervención medie un lapso mínimo de cinco días<sup>(124)</sup>.

La interrupción del embarazo debe llevarse a cabo en los hospitales y clínicas autorizados para este propósito. Al mismo tiempo se permite la objeción de conciencia ya que no existe obligación para el personal sanitario de participar en la interrupción voluntaria del embarazo. El límite de las 24 semanas para la práctica del aborto está relacionado con el momento en que el feto es viable fuera del vientre materno, momento a partir del cual el aborto se tipifica como delito en el Código Penal.

### *Régimen de la prestación*

En la actualidad existen 108 hospitales y 17 clínicas autorizadas para la práctica del aborto de acuerdo con la ley. El coste de la prestación para las mujeres residentes en

Países Bajos se incluye dentro del sistema de seguridad social y también es cubierto por los seguros privados de salud. Esto no se aplica para las no residentes que deben pagar por la intervención.

## ➤ ITALIA

### *Legislación*

En Italia la interrupción voluntaria del embarazo es legal y se encuentra regulada por la ley nº 194 del 22 de mayo de 1978, sometida a referéndum el 17 de mayo de 1981. Dicha ley establece que la mujer puede abortar dentro del plazo de 90 días desde la concepción. Transcurrido dicho plazo, sólo es posible si existen graves motivos físicos o psíquicos, certificados por el médico con el eventual asesoramiento de otros especialistas. Las mujeres menores de dieciocho años necesitarán la autorización de ambos progenitores o del juez de menores para interrumpir un embarazo<sup>(141-144)</sup>.

La ley establece igualmente la figura del consultor que, junto a los demás especialistas, ha de examinar con la mujer embarazada y con el padre del concebido, si ella lo consiente, las posibles soluciones a los problemas sociales, familiares o económicos que le originarían la interrupción el embarazo. La ley prevé asimismo que el Estado realice campañas para evitar el aborto, facilitando información sobre métodos anticonceptivos.

### *Régimen de la prestación*

En relación al modo en que funciona la prestación, cabe señalar que ésta se efectúa en su caso sólo en centros públicos. En el caso de que no sea atendida en plazo, por falta de médicos no objetores o por otros motivos, en la práctica la mujer que persiste en su voluntad de interrumpir el embarazo podrá dirigirse a una clínica privada, siempre dentro de los plazos legales. En ningún caso se prevé la financiación por la Administración italiana (sea central o regional) del aborto legal realizado en clínicas privadas, por lo que la alternativa habitual pasa por abortar en el extranjero. La ley establece que la interrupción del embarazo ha de hacerse necesariamente, para que se encuentre dentro de los

supuestos contenidos en la ley 194, por un facultativo del sistema sanitario público y en un centro público o concertado (art.8 ley 194).

## ➤ LUXEMBURGO

### *Legislación*

La Ley en vigor data de 15 de noviembre de 1978, “Loi du 15 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption de la grossesse » Los artículos 12 y 13 contienen lo esencial del tratamiento legal de la IVE en el Gran Ducado de Luxemburgo: la posibilidad de realizar una IVE, pero únicamente en supuestos tasados (...) y a propuesta de un médico, con el informe favorable de otro médico. Cabe observar que alguno de los supuestos de autorización de IVE hace posible una aplicación abierta de la ley (por ejemplo, el concepto de riesgo para la salud psíquica de la madre). Por otro lado, no se conoce ningún caso de aplicación de la ley penal sobre el aborto, y la tolerancia social y oficial hacia la IVE es muy amplia, practicándose con la cobertura de la Seguridad Social, aunque siempre mediante el recurso a fórmulas intermedias o a la interpretación flexible indicada. En el año 2013 se ha promovido un último Proyecto de ley 6103 sobre modificación de los artículos 351, 353 y 353-1 del Código Penal, en el cual se plantea que la mujer que alegue desamparo pueda abortar<sup>(114-119)</sup>.

### *Régimen de la prestación*

La tolerancia social y oficial hacia la IGV es muy amplia, practicándose en establecimientos públicos o privados con la cobertura de la Seguridad Social luxemburguesa, aunque siempre mediante la aplicación de la ley (recomendación e informes de facultativos, casos en los que es posible la autorización, etc).

## ➤ PORTUGAL

### *Legislación:*

La despenalización del aborto fue aprobada por la Asamblea de la República y plasmada en la ley 16/2007, de 17 de abril. La ley fue desarrollada por la “Portaria” (Decreto) 741-A/2007 de 21 de junio. Básicamente, la ley -que modifica fundamentalmente varios artículos del Código Penal- establece la posibilidad de una interrupción libre y voluntaria del embarazo, siempre que se realice en un establecimiento de sanidad oficial u oficialmente reconocido, con consentimiento de la mujer, en los siguientes supuestos<sup>(114-119,145)</sup>:

- Opción libre de la mujer en las primeras 10 semanas del embarazo.
- Cuando hay peligro de muerte, riesgo grave de lesión permanente o pelagra la salud física o psíquica de la mujer, en las primeras 12 semanas.
- En los supuestos de violación (“crimen contra la libertad y la autodeterminación sexual de la mujer”), en las primeras 16 semanas.
- Cuando existen motivos ciertos para prever que el feto sufrirá, con carácter incurable, una enfermedad grave o una malformación congénita, en las 24 primeras semanas. Cuando el feto es inviable, se puede realizar en cualquier momento.

### *Régimen de la prestación*

Se trata de un sistema mixto. Las interrupciones voluntarias del embarazo que cumplan los requisitos legales, deben practicarse en un establecimiento de salud oficial u oficialmente reconocido (se encarga de ello la DG de Salud del Ministerio de Sanidad. Las clínicas privadas oficialmente reconocidas tienen que obtener la licencia de “clínica de cirugía ambulatoria” para poder realizar intervenciones más allá de las 10 semanas). La prestación es totalmente gratuita, iniciándose el procedimiento en los centros de salud, que derivan la realización de las operaciones a los hospitales públicos. Cuando no hay posibilidad de realizarlo en los hospitales públicos, existe un sistema de concierto con clínicas privadas acreditadas. Según datos del Ministerio de Sanidad, el 71% se realiza por

el sistema público o concertado (gratuito), mientras que el 29% es en centros privados. Los centros públicos suelen optar en Portugal por el denominado “aborto medicamentoso” (representó el 66,7% de los abortos realizados, lo que coloca a Portugal en el primer país europeo en esta opción: las autoridades portuguesas entienden que es más barato y que plantea menos problemas de conciencia al personal sanitario), mientras que en los privados el sistema más habitual es el quirúrgico (29,1% con anestesia general y 3,9% con anestesia local).

#### ➤ SUIZA

El Marco legal de la ley de IVE en Suiza está comprendido de los artículos 118 a 120. Desde la vigencia del Código Penal de 1942 hasta el 30 de septiembre de 2002, el aborto estaba prohibido en Suiza. La excepción, era que la mujer corriera un riesgo de daño grave y permanente en su salud. Este peligro debía comprobarse por medio de un certificado de un segundo médico autorizado por el cantón<sup>(114-119,125)</sup>.

A pesar de la legislación restrictiva, la práctica de la IVE se fue liberando paulatinamente. Desde los años 70, el número de cantones liberales se elevó de 6 a 19 en 2002, en que se implementó el “régimen del plazo”. En la mayoría de los cantones, la noción de salud era interpretada, por los médicos que debían otorgar la certificación de conformidad, en el sentido amplio de la Organización Mundial de la Salud: “La salud consiste no sólo en una ausencia de enfermedad física o psíquica; es un estado de completo bienestar físico, mental y social.”

En el año 2002, sólo en tres cantones era imposible obtener una IVE. Incluso antes de la vigencia del “régimen del plazo”, toda mujer que deseaba interrumpir su embarazo no deseado, podía obtener la autorización y hacerse practicar la intervención legalmente, pero no siempre en su cantón de residencia. Desde 1988 ninguna mujer fue condenada por aborto ilegal, excepto un caso en 2001.

En Octubre del año 2002 entra en vigencia un nuevo régimen según el que, dentro de las doce primeras semanas de la última menstruación, la decisión de interrumpir un

embarazo pertenece a la mujer. A partir de la decimotercera semana, la interrupción del embarazo se admite si es autorizada por un médico y determina que es necesaria debido a un riesgo grave a la integridad física o un estado de peligro profundo para la mujer embarazada.

#### 4.1.1.2. EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL.

Desde que la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) liberalizara las leyes sobre el aborto en 1955, todos los países socialistas del Este y Centro de Europa, excepto Albania, adoptaron similares legislaciones. En 1970, debido al descenso de la natalidad, se restringió el acceso al aborto en Bulgaria, la antigua Checoslovaquia, Hungría y Rumanía. En estos países la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido tradicionalmente usada como un método de control de la natalidad. Nunca los anticonceptivos han formado parte de la cultura de su planificación familiar. Aquellos países que permiten el aborto a petición durante los primeros tres meses de gestación, también lo autorizan en el segundo trimestre de embarazo, pero solamente por motivos médicos.

Actualmente y desde la década de los noventa existe un movimiento antiabortista importante influido por la Iglesia Católica. Este resurgir de las creencias religiosas y su influencia política ha conducido a la modificación de las leyes abortistas, como se observa en Polonia, único Estado europeo que ha modificado su legislación en las últimas décadas.

#### ➤ ALBANIA

Durante su etapa comunista, el aborto y la anticoncepción fueron ilegales con el propósito de aumentar la población. Esta política natalista produjo un incremento de la mortalidad materna como consecuencia de su clandestinidad. No sería hasta la caída del

Régimen comunista, en 1991, cuando la interrupción voluntaria del embarazo sería legalizada. Ésta puede realizarse a demanda de la embarazada durante el primer trimestre de la gestación. En ese mismo año, se creó una red de centros de planificación familiar y se formó a los médicos en los nuevos métodos anticonceptivos. Estos acontecimientos supusieron un descenso en la mortalidad materna importante<sup>(114-119)</sup>.

## ➤ BULGARIA

### *Legislación*

El aborto está regulado por la Ley de Salud vigente desde el año 2005, siendo una ley de plazos. La regulación de los plazos admisibles para la interrupción deseada del embarazo, teniendo en cuenta las indicaciones médicas, están reglamentadas en Decreto del 1 de Febrero de 1990, modificado en octubre de 2000.

El aborto se efectúa siempre y cuando sea solicitado por cualquier mujer embarazada si no sobrepasa las 12 semanas de gestación o no padece de ninguna enfermedad que pueda llevar a complicaciones que afecten su salud y vida.

Cuando las semanas del embarazo sobrepasan el plazo de semanas mencionado, la interrupción voluntaria será permitida solamente por motivos con el fin de salvar la vida de la mujer o en caso de existencia de trastornos morfológicos graves o lesiones graves del feto.

### *Régimen de la prestación*

La financiación del aborto voluntario no corre por cuenta del Estado. Solo se financia en aquellos casos en los que la paciente cumple con un determinado procedimiento.

## ➤ POLONIA

### *Legislación*

En Polonia la interrupción voluntaria del embarazo se encuentra regulada por Ley de 7 de enero de 1993 sobre planificación familiar, protección del feto humano y condiciones del aborto legal. Esta Ley fue aprobada por iniciativa del Parlamento de Polonia después de un amplio debate social en el que se recabó la opinión de expertos médicos y legales<sup>(115,146)</sup>. Se buscó el mayor grado posible de acuerdo entre las distintas opiniones.

Las circunstancias son las siguientes:

- Que el embarazo suponga un grave riesgo para la salud o la vida de la madre.
- Que los exámenes médicos prenatales indiquen que hay una alta probabilidad de que el feto tenga daños severos e irreparables o que sufra una enfermedad incurable.
- Que exista una sospecha fundada de que el embarazo se ha producido como resultado de una acción criminal, como por ejemplo de una violación.

La presencia de alguna de estas circunstancias debe ser apreciada por un médico especialista que debe ser distinto a aquel que va a realizar la intervención, a no ser que haya un riesgo inmediato para la vida de la madre. En este caso la intervención ha de ser aprobada por el Ministerio Fiscal.

No existen plazos legales para llevar a cabo la intervención, salvo en el segundo supuesto, es decir, que el feto tenga daños severos e irreparables. En este caso no podrá realizarse la intervención en fetos mayores de 12 semanas. En los otros dos casos la intervención puede practicarse hasta que el feto pueda vivir de manera independiente fuera del seno materno. En todos los casos se exige el consentimiento por escrito de la madre. Si ésta es menor de 15 años o incapaz el consentimiento ha de estar firmado por los padres o por el representante legal. Para el caso de menores de 13 años es necesario además el consentimiento del Tribunal de Menores.

Los médicos deben guardar en todo momento el secreto profesional y se les reconoce el derecho a la objeción de conciencia. Si se acogen a este derecho deberán

indicar que médico o que centro pueden prestar el servicio. El derecho a la objeción de conciencia no puede ejercitarse si hay un grave riesgo para la vida de la madre.

### *Régimen de la prestación*

La prestación se lleva a cabo en clínicas ginecológicas o en hospitales del sistema nacional de salud de forma gratuita. Las personas que tengan seguros privados también pueden solicitar la prestación en hospitales privados.

#### ➤ REPÚBLICA CHECA

La ex república checoslovaca liberalizó el aborto en 1957, permitiéndolo no sólo por causas médicas sino también sociales. Cuando el país se escindió creándose dos nuevos estados independientes en 1993, las leyes sobre la interrupción voluntaria del embarazo pronto fueron instituidas en ambas Repúblicas. En la actualidad, en Chequia y Eslovaquia, el aborto a petición de la embarazada es legal hasta las 12 semanas de gestación<sup>(120)</sup>.

#### ➤ RUMANÍA

La ley de 1957 que promulgaba el aborto electivo fue revocada en 1966 por un decreto que lo restringía a mujeres mayores de 45 años - edad que sería rebajada a los 40 en 1970- o a mujeres que tuvieran 40 años e hijos vivos, además de las habituales razones médicas, eugenésicas y jurídicas<sup>(120)</sup>. Dicha restricción coincidió con la prohibición de cualquier forma artificial de controlar la fecundidad.

Durante más de veintitrés años el aborto ilegal fue la única alternativa de planificación familiar, por lo que no es difícil comprender el porqué de encontrar pocas rumanas que entiendan que es más saludable y más seguro el uso de contraceptivos que la realización de un aborto. Actualmente, desde 1990 su práctica es legal a demanda durante las primeras 14 semanas de gestación.

## ➤ RUSIA

Antes de la Revolución Rusa en 1917, en concordancia con la doctrina ortodoxa, el aborto estaba prohibido bajo cualquier circunstancia. Sin embargo, en 1920, su práctica no sólo fue permitida sino que era gratuita en los hospitales soviéticos. Este cambio se debió a que la doctrina socialista promulgaba la igualdad de género. Dicho razonamiento teórico condujo a la materialización en la práctica de que la mujer no debía ser forzada a ser madre si así no lo deseaba, aunque también respondía a las condiciones económicas de esa época.

En 1936, en cambio, Stalin revocó la ley, quedando el aborto limitado a una lista de razones específicas, médicas y eugenésicas. La Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) se encontraba en pleno proceso de industrialización y necesitaba mano de obra (fuerza de trabajo). Al pasar los años y cambiar las circunstancias, en 1955 la ley fue restablecida y quedó anulado el decreto de 1936. Los fines eran limitar el perjuicio causado a la salud de las mujeres por los abortos clandestinos y darles la posibilidad de decidir por ellas mismas sobre temas que tanto les atañían como la maternidad.

Desde 1988, el aborto está permitido a todas las mujeres en el primer trimestre del embarazo y en el segundo si alegan razones médicas o sociales como un divorcio o una violación.

El aborto es, al igual que ocurre en otros países de la Europa oriental, el primer método para controlar la natalidad por la falta de información, que sobre los diferentes métodos anticonceptivos recibe su población, y por la tradición del sistema sanitario soviético de finalizar la gestación como solución a un embarazo no deseado en vez de prevenirlo.

#### ➤ REPÚBLICAS DE MOLDAVIA, UCRANIA Y LITUANIA

Estas repúblicas tienen leyes similares al resto de los países de la Europa del Este. El aborto está permitido sin restricciones durante los tres primeros meses de embarazo<sup>(120)</sup>. En Lituania la anticoncepción de emergencia se dispensa en las farmacias sin necesidad de prescripción médica.

#### ➤ GEORGIA

Mientras estuvo en la órbita soviética al pertenecer a la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, Georgia contaba con el marco legislativo que imponía Moscú. Sin embargo, la proclamación en 1991 de República independiente le permitió legislar sobre temas como el aborto de modo autónomo. Se decide, entonces, permitir la interrupción voluntaria del embarazo durante el primer trimestre de gestación<sup>(120)</sup>.

#### 4.1.2. ASIA

Dado el devenir histórico de este continente tan amplio y diverso, conviven en él una gran heterogeneidad de culturas que dejan su impronta reflejada en el ordenamiento jurídico de los distintos Estados /Naciones que conforman el mosaico asiático.

#### ➤ CHINA

El aborto a petición de la mujer fue legalizado de hecho en 1957 por una norma del ministerio de salud. En ella se proclamaba que a partir de ese momento, las peticiones de interrupción del embarazo debían ser consideradas sin restricciones respecto a la edad de la mujer o al número de descendientes y sin la necesidad de cumplir con requisitos

especiales de aprobación. Sin embargo, el aborto electivo quedaba limitado a las primeras 10 semanas y no podía realizarse en una misma mujer más de uno al año<sup>(120,147-151)</sup>.

Las proyecciones demográficas en China a finales de la década de 1970, si no se corregían, apuntaban a crecimientos enormes e insostenibles de la población, que impedirían los programas de desarrollo, económicos y modernización que se establecieron en esa época por el gobierno. El objetivo era conseguir la estabilización de la población en el año 2000, una vez alcanzados los 1.200 millones de habitantes. Para ello se establece en 1979 el objetivo del hijo único en todo el país -con excepciones en territorios considerados especiales o para algunas minorías étnicas-. Era un objetivo radical y sin precedentes. Se combinó la propaganda, la presión social, el establecimiento de beneficios y penalizaciones económicas.

Así, las parejas con un sólo hijo, si deciden no tener más, obtienen una certificación que les otorga distintos beneficios: baja de maternidad más prolongada, servicios pediátricos preferentes, asignación prioritaria de vivienda... Llegando a recibir ayudas en metálico.

Desde que comenzara la campaña del hijo único, el aborto ha sido un componente importante de los esfuerzos nacionales para reducir el crecimiento demográfico<sup>176</sup>. De hecho, la interrupción voluntaria del embarazo es una de las cuatro operaciones de planificación familiar, siendo las otras la vasectomía, la ligadura tubárica y la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU).

En China, el diagnóstico prenatal del sexo y el aborto selectivo (según el sexo, tradicionalmente en el femenino) por razones no médicas, es ilegal. Al sólo poder optar a un hijo y existir en este país una preferencia por los varones se detecta una gran tasa de infanticidios y abandonos de recién nacidos del sexo femenino, ya que estos están menos valorado en la sociedad china.

En el año 2007 nacieron 117 niños por cada 100 niñas. Estos datos se siguen explicando por la persistencia de la tradición familiar que prefiere a los niños antes que a las niñas.

## ➤ PAKISTÁN

El ordenamiento jurídico venía impuesto por la metrópolis colonial, Gran Bretaña.

En 1991, este país, ya independiente y de confesión islámica sustituyó la ley británica por una legislación criminal más liberal, de acuerdo con los principios del Islam. En ella, el aborto, en las primeras etapas de la gestación, no es considerado un crimen si es necesario como tratamiento para determinadas enfermedades<sup>(120)</sup>.

Sólo un 14% de las mujeres casadas usan algún tipo de método anticonceptivo, siendo la causa de esta baja proporción determinados factores culturales que consideran a la mujer sólo en su papel de madre y esposa, dependiente de su marido.

### 4.1.3. ÁFRICA

Sólo dos países del continente africano, Sudáfrica y Túnez, tienen legalizado el aborto electivo, siendo en Burundi y Zambia legal por razones médicas<sup>181</sup>. El resto de países restringen altamente la interrupción voluntaria del embarazo debido a la vigencia del ordenamiento jurídico colonial, aunque se reconoce como una práctica ampliamente realizada al margen de la ley<sup>(119-122,152,153)</sup>.

La situación es más estricta en los países francófonos por la impronta de la legislación francesa y por determinadas tradiciones culturales relacionadas con el catolicismo.

## ➤ MAGREB

La característica común a todos los países de la región es la religión islámica y su gran influencia en la esfera política, social y económica.

### ○ ARGELIA

En 1985 se amplió la ley del aborto para incluir, como un supuesto, la preservación de la salud mental de la embarazada cuando ésta se viere seriamente afectada y empeorara con la gestación. El aborto provocado bajo esta condición debe realizarse antes de la viabilidad fetal.

### ○ MARRUECOS

En Marruecos, el aborto sólo es legal si se realiza por enfermedad materna grave que empeore como consecuencia del embarazo. Es uno de los catorce países del mundo donde es necesaria la autorización del marido para llevar a cabo el procedimiento, aunque el Jefe Médico responsable del caso puede obviarla si demuestra que la interrupción de la gestación es necesaria para proteger la salud de la mujer.

### ○ TÚNEZ

Se trata de una excepción dentro de los países árabes y africanos, ya que, en 1965, se legalizó el aborto para aquellas mujeres que ya tuvieran cinco o más hijos vivos y se amplió, en 1973, para permitirlo sin necesidad de ningún supuesto durante el primer trimestre de la gestación si se realizase por un especialista en un hospital o clínica acreditada. La tasa de natalidad ha disminuido en los últimos veinte años al abolir la

poligamia, restringir el número de hijos a un máximo de tres por pareja, incrementar el uso de métodos anticonceptivos y establecer una edad mínima de matrimonio de diecisiete años para las mujeres y de veinte años para los hombres. Es el único país de la zona en la que está permitida la anticoncepción de emergencia.

#### ➤ ÁFRICA SUBSAHARIANA

Los pequeños cambios ocurridos en este territorio han tendido a la liberalización del aborto tras conseguir la independencia<sup>(145-154)</sup>.

##### ○ CAMERÚN Y GUINEA

Permite el aborto por enfermedad materna grave, debiéndose realizar por un especialista registrado a tal efecto. El incentivo del aborto mediante la venta, distribución o dispensación de información es considerado una ofensa criminal.

##### ○ GHANA Y GAMBIA

En 1985, permitió el aborto para proteger la salud tanto física como mental de la embarazada, cuando la gestación se hubiese producido mediante violación o incesto y si existiese alguna malformación grave fetal.

Las mujeres ghanesas pueden conseguir la anticoncepción de emergencia sin necesidad de prescripción médica.

- NIGERIA

El aborto es ilegal. Conlleva además duras penas de prisión, pudiendo ascender éstas hasta los catorce años de cárcel, a pesar de que se hubiera realizado para proteger la salud materna.

- UGANDA

El aborto está permitido tan sólo en los casos en los que, llevándose a cabo, pueda salvarse la vida de la madre.

- SENEGAL

El aborto es ilegal, excepto en los casos que se realice para salvar la vida de la madre.

#### 4.1.4. AMÉRICA

La característica común en toda Latinoamérica y el Caribe es la influencia de la Iglesia Católica desde el punto de vista legal y moral. En esta región confluyen y conviven elementos culturales dicotómicos, pues, por una parte, se valora la maternidad y la reproducción, pero, por otra, se condena y se estigmatiza el embarazo que no cumple con lo que es “socialmente aceptable”.

El Salvador y Chile el aborto es completamente ilegal son los dos únicos países de todo el continente americano que no contemplan ningún supuesto al que adscribirse o rebaja de la pena por la realización de un aborto. En el resto de países y jurisdicciones, la legislación excluye de la categorización de delito si es necesario para salvar la vida de una

mujer o cuando el embarazo es el resultado de una violación o una relación incestuosa. Pero, aún en los casos no penados por ley, las mujeres suelen tener un acceso limitado a su realización como consecuencia de la ausencia de regulación adecuada y de la voluntad política necesaria, tal y como lo indica el informe que, en 2005, publicó la Organización Humans Rights Watch sobre Derechos humanos y aborto<sup>(154,163)</sup>.

La mayoría de los abortos se realizan clandestinamente, en proporciones tan altas que constituyen una de las principales causas de mortalidad materna en esta región<sup>(158-171)</sup>. De hecho, es el método de control de la natalidad más usado en los países que conforman esta área geográfica, a pesar de que la mayoría de los Estados, excepto Belice, Barbados y Cuba, tienen leyes más restrictivas.

En El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Cuba, Brasil, Chile, Uruguay, Paraguay y Venezuela las mujeres tienen acceso a la intercepción postcoital para evitar un embarazo no deseado<sup>(155)</sup>.

#### 4.1.4.1. AMÉRICA DEL NORTE

##### ➤ CANADÁ

###### *Legislación:*

Canadá es uno de los pocos países que carece de una regulación expresa de la interrupción voluntaria del embarazo y que no tiene restricciones legales a su aplicación<sup>(120,157)</sup>.

Las mujeres mayores de 12 años pueden acceder al sistema sin necesidad de una autorización paterna ni concurso del padre.

La superación de la criminalización de la interrupción voluntaria del embarazo se produjo en dos etapas. En 1969, se reformó la Sección 287 del Código Penal, que regulaba y criminalizaba la interrupción voluntaria del embarazo, introduciendo la posibilidad de una interrupción voluntaria del embarazo motivada por razones terapéuticas. Un comité

terapéutico en cada hospital valoraría los casos en que sería legalmente posible poner fin a un embarazo cuando hubiese un riesgo para la salud de la madre. Un movimiento de rechazo a la reforma liderado llevó la ley a los tribunales, logrando que la Corte Suprema de Canadá anulara dicha reforma en 1988 e impusiese el derecho a la vida y la libertad (artículo 7 de la Carta de Derechos de Canadá) como fundamento para la legalización plena de la interrupción voluntaria del embarazo.

Por lo tanto, el sistema canadiense, como es propio en el sistema legal anglosajón, tiene su origen en la jurisprudencia. La sentencia de 1988 fue reforzada con nueva jurisprudencia que progresivamente ha conformado uno de los sistemas más abiertos del mundo occidental: en 1989, la Corte Suprema negó el derecho del padre a evitar la interrupción voluntaria del embarazo, cediendo el derecho de decidir únicamente a la mujer. Dos años después, la Corte Suprema confirmó que el no nacido no tenía condición de persona, por lo que no era sujeto de la Carta de Derechos.

#### *Régimen de la prestación:*

En principio, el modelo canadiense es público y está financiado por la Seguridad Social, pero ello no garantiza un acceso universal y gratuito al sistema. La razón principal es que las competencias para su aplicación son provinciales, y que en cada provincia se dan circunstancias diferentes que menoscaban la facilidad de acceso al sistema. Las razones pueden ser meramente geográficas (por la extensión del territorio, las clínicas no pueden cubrir todas las áreas), financieras (no todas las provincias dotan a las clínicas de los mismos medios) e incluso ideológicas (ya que en algunas provincias se ha delimitado la financiación y por extensión el acceso al sistema).

#### ➤ CUBA

Se practican abortos a petición de las mujeres hasta las 10 semanas de gestación en hospitales del gobierno desde mediados de la década de los sesenta, quedando oficialmente legalizada esta práctica desde 1979 (Hollerbach, 1980). En etapas posteriores del embarazo, se requiere aprobación facultativa. Una alta proporción de cubanas, como

vía alternativa a la anticoncepción, utilizan la interrupción voluntaria del embarazo para controlar su natalidad. En 1990, el 44% de las embarazadas interrumpían su gestación voluntariamente<sup>(120,158)</sup>.

#### ➤ ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

En todo ese país, el aborto es legal a partir del 22 de Enero 1973. El veredicto del caso de “*Roe contra Wade*” fue la decisión de la Corte Suprema de Justicia de EE.UU que legalizó el aborto en todo el territorio de los Estados Unidos<sup>(120,159)</sup>. Roe fue la impugnación de la ley de Texas presentada por una mujer de este estado que deseaba interrumpir su embarazo no planeado<sup>188</sup>. La práctica del aborto se puede realizar siempre que se practique dentro del primer trimestre del embarazo. Los distintos estados pueden limitar, prohibir o restringir la práctica pasado ese período, pero no pueden hacerlo antes del cumplimiento de los tres meses<sup>(160)</sup>.

Entre 1973 y 2008, hubo casi 50 millones abortos legales en los EEUU, según datos de Instituto Guttmacher de Agosto 2011. El 22% de los embarazos terminan en aborto.

En los últimos años, muchos estados han empezado a proponer legislación que restringe el derecho del aborto. De acuerdo al Instituto Guttmacher, durante el primer semestre de 2013, los legisladores estatales estadounidenses aprobaron 43 disposiciones que restringen el aborto. Se han exigido requisitos a las clínicas y al profesional médico que interviene en los abortos<sup>(160-162)</sup>.

#### *Régimen de prestación*

Los servicios de atención de salud en los Estados Unidos de América se dividen entre los sectores público y privado. El país no tiene un sistema único, nacional.

El proveedor más grande de servicios de salud es un sector privado competitivo, a nivel de aseguramiento, proveedores de insumos y prestadores de salud. Aproximadamente, 70% de la población está cubierta por un sistema de aseguramiento

de salud privado el cual en su mayoría es contratado a través del empleador, con aportes conjuntos del empleado y el empleador<sup>(160-162)</sup>.

- Seguros de salud privados

La cobertura de servicios de aborto varía tanto según el plan que la persona tenga y la cobertura que su empleador escoja. Los empleadores pueden optar por no proporcionar cobertura para abortos (En algunos estados, pueden optar por no proporcionar cobertura para métodos anti- conceptivos). Existen cuatro estados prohíben que los planes de seguro privado cubran servicios de aborto, salvo en casos en los que esté en riesgo la vida de una mujer (ID, KY, MO, ND).

- Seguros de salud públicos

Las mujeres cubiertas por Medicaid (seguro de salud público financiado en forma conjunta por el gobierno federal y el gobierno estatal) por lo general no pueden usar su seguro para pagar un aborto. En 1977, el Congreso aprobó la Enmienda Hyde, que prohíbe el gasto de fondos federales en servicios de aborto, salvo que sea necesario para salvar la vida de una mujer o en caso de violación o incesto. Algunos estados emplean dinero del estado para cubrir servicios de aborto más integrales, ya sea en forma voluntaria (Hawaii, Maryland, New York, Washington) o porque un tribunal lo ha ordenado (Alaska, Arizona, California, Connecticut, Illinois, Massachusetts, Minnesota, Montana, New Jersey, New Mexico, Oregon, Vermont, Wyoming). El nivel de cobertura varía incluso entre estos estados, y algunos ofrecen cobertura amplia, algunos sólo cubren instancias en las que el aborto es necesario para evitar un riesgo físico grave para una mujer o en casos de anomalías fetales.

Actualmente, el Congreso prohíbe a los empleados federales optar por un plan de seguro de salud que cubra el aborto. Además, once estados restringen la cobertura de seguros para abortos en los planes de salud para los empleados estatales (Colorado, Illinois Kentucky, Massachusetts, Mississippi, Nebraska, North Dakota, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, Virginia)<sup>(163)</sup>.

## ➤ MÉXICO

### *Legislación:*

La legislación mexicana sobre el aborto es de competencia estatal, no federal. Esto implica que el Distrito Federal y los 31 Estados que conforman los Estados Unidos Mexicanos son los competentes para regular esta materia cuya normativa data de los años treinta del Siglo XX; y sólo la mitad o una tercera parte de sus regulaciones ha sido revisada desde entonces. En todo el territorio nacional está despenalizado el aborto por violación. Treinta Estados contemplan el aborto provocado accidentalmente (o, como dice la ley, de manera “imprudencial” o por “conducta culposa”). En 29 entidades federativas no se castiga penalmente el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer. El resto de las causas (malformaciones graves, grave daño a la salud de la mujer, falta de recursos económicos...) varía de un Estado a otro. Así, por ejemplo, sólo en Yucatán está permitido abortar por razones socio-económicas<sup>(163-166)</sup>.

En el Distrito Federal se permite el aborto voluntario en las doce primeras semanas de gestación desde el año 2007. El Distrito Federal se convierte así, junto con Cuba, Guayana y Puerto Rico, en el único lugar en Latinoamérica que prevé la interrupción voluntaria del embarazo durante un determinado tiempo.

### *Régimen de la prestación*

En los casos en los que el aborto se practica conforme a la ley, la intervención viene garantizada por el sistema público de salud.

## ➤ EL SALVADOR

Es, junto con Chile, el país de América en el que el aborto es totalmente ilegal, no pudiéndose alegar ningún tipo de supuesto, según lo indica el Código Penal de 1973 y las modificaciones incorporadas en 1997, artículos 133 - 137.

➤ HONDURAS

El aborto está prohibido con penas de hasta 5 años. Existe una excepción a tal prohibición y es en los casos en los que sea prioritaria la salud de la embarazada.

4.1.4.2. AMÉRICA DEL SUR

➤ ARGENTINA

El aborto está tipificado en su Código Penal como un delito contra la vida de las personas. Sin embargo, se acepta su práctica por razones médicas o cuando el embarazo es consecuencia de una violación<sup>(167-170)</sup>.

➤ BOLIVIA

El aborto está prohibido y sancionado con privación de la libertad de 1 a 6 años, dependiendo de las circunstancias que condujeron al hecho (artículo 263 del Código Penal). Es impune, sin embargo, siempre y cuando sea consecuencia de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto y la acción penal hubiera sido iniciada. También es legal si corriese peligro la vida o salud de la madre y no pudiera ser evitado por otros medios. En ambos casos, el artículo 266 del Código Penal estipula que el aborto deberá ser practicado por un médico cualificado previo consentimiento de la madre y autorización judicial<sup>(167-170)</sup>.

## ➤ BRASIL

Desde 1940, el aborto es legal en Brasil bajo los supuestos de violación, incesto o enfermedad materna. Si no se cumple con las razones previamente enumeradas, es considerado un crimen y como tal recaen sobre el inductor y la mujer penas que oscilan entre los 6 y 24 años de prisión.

Los anticonceptivos fueron legalizados en 1988 y los métodos definitivos, como la vasectomía y la ligadura de trompas, son los más comunes entre las parejas brasileñas<sup>(167-170)</sup>.

## ➤ CHILE

### *Legislación*

En 1931, en Chile se legalizó el aborto terapéutico contemplándose dentro del código sanitario para ciertos supuestos definidos por ley. El número de abortos fue en aumento, junto con la elevada natalidad que el país alcanzó hacia la década de 1960.

Desde la dictadura del general Pinochet(1973-1990), la práctica del aborto se prohibió totalmente, incluidas las situaciones donde la vida de la madre corre peligro. Actualmente sigue vigente esta situación<sup>(167-170)</sup>.

## ➤ COLOMBIA

### *Legislación*

La despenalización del aborto en Colombia data del año 2006.

Se despenalizó parcialmente el aborto y se reconoció el derecho de las mujeres al aborto legal y seguro, cuando la interrupción del embarazo se produzca por peligro para la

vida o salud de la mujer, violación, o malformación fetal grave que impida la viabilidad del feto<sup>(167-170)</sup>.

*Régimen de la prestación:*

La prestación es pública, universal y gratuita.

➤ ECUADOR

El aborto está legalizado en casos de violación, incesto, enfermedad materna o riesgo para la vida de la embarazada<sup>135</sup>. El artículo 39 de su Código Penal especifica el derecho de la mujer a decidir libremente el número de hijos que pueda y quiera procrear, alimentar y educar<sup>(153-154,167-170)</sup>.

➤ NICARAGUA

La ley vigente desde la época del dictador Somoza permite la interrupción voluntaria del embarazo sólo para salvar la vida de la embarazada siempre y cuando exista la indicación médica y el consentimiento de los padres o del esposo. Se niega así la capacidad de decisión de la mujer<sup>(167-170,171)</sup>.

➤ PARAGUAY

El artículo 349 de su Código Penal considera el aborto un delito. La excepción es si el aborto se lleva a cabo para salvar la vida de la embarazada, en cuyo caso no se considera delito.

➤ PERÚ

El aborto es un delito en todas las situaciones y se encuentra tipificado en el artículo 114 del Código Penal. Sin embargo, el artículo 119 señala que no es punible el aborto cuando sea el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente<sup>(153)</sup>.

➤ REPÚBLICA DOMINICANA

La legislación desde 1.884 lo consideraba una infracción penal en todos los casos. Desde Junio del 2013 está permitido el aborto provocado para salvar la vida de la gestante. En el caso de cualquier otro supuesto estará penado<sup>(167-170)</sup>.

➤ URUGUAY

Está legalizado en caso de violación, enfermedad grave de la embarazada y para salvar la vida de la mujer.

➤ VENEZUELA

El aborto está penalizado salvo que sea el último recurso para garantizar la vida de la gestante (artículo 435 del Código Penal). Incluye también esta norma, la posibilidad de practicar el “aborto honoris causa” cuando su autor, normalmente un hombre, lo lleve a cabo para salvaguardar su honor o la honra de su esposa, madre, hija o hermana. Es importante destacar el derecho que el hombre tiene sobre el cuerpo de la mujer<sup>(167-170)</sup>.

## 4.2. TASAS DE ABORTO EN EL MUNDO

En 1995 se realizaron aproximadamente 46 millones de abortos en todo el mundo. La tasa de aborto a nivel mundial fue aproximadamente 35 por cada 1000 mujeres de 15-44 años. De todos los embarazos el 26% finalizó con un aborto provocado. Entre 1995 y 2003 la tasa de aborto a nivel mundial disminuyó de 35‰ a 29‰, para después mantenerse constante según un estudio realizado en el año 2008.

En los países desarrollados la tasa de aborto en el año 1995 fue de 39 por cada 1000 mujeres de 15-44 años en los países desarrollados y 34‰ en los países en vías de desarrollo. La proporción de abortos fue más elevada en las regiones desarrolladas que en las subdesarrolladas,(42% contra 23%) dato relevante ya que en las zonas desarrolladas tienen tasas bajas de natalidad.

Entre 2003 y 2008, el número de abortos disminuyó en 600.000, en el mundo desarrollado pero aumentó en 2,8 millones en el mundo en desarrollo. En el año 2008 se realizaron seis millones de abortos en los países desarrollados, y 38 millones en los países en desarrollo, una disparidad en gran parte en reflejo de la distribución de la población mundial<sup>(172-173)</sup>.

El número y la tasa de abortos en las regiones desarrolladas está muy influenciado por el número y la tasa de abortos registrados en Europa Central y Oriental donde el aborto es un método que con frecuencia se utiliza para limitar y espaciar los nacimientos.

A continuación se muestra la *Tabla 1* y *Figura 4* con las estimaciones mundiales y regionales del aborto inducido en 1995, 2003 y 2008<sup>(172)</sup>.

Tabla 1. Comparación del número de abortos en los años 1995, 2003 y 2008.

Región	No. de abortos (millones)			Tasa de aborto*		
	1995	2003	2008	1995	2003	2008
<b>Todo el mundo</b>	<b>45.6</b>	<b>41.6</b>	<b>43.8</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>28</b>
Países desarrollados	10.0	6.6	6.0	39	25	24
Excluyendo Europa Oriental	3.8	3.5	3.2	20	19	17
Países en desarrollo	35.5	35.0	37.8	34	29	29
Excluyendo China	24.9	26.4	28.6	33	30	29
África	5.0	5.6	6.4	33	29	29
Asia	26.8	25.9	27.3	33	29	28
Europa	7.7	4.3	4.2	48	28	27
América Latina	4.2	4.1	4.4	37	31	32
América del Norte	1.5	1.5	1.4	22	21	19
Oceania	0.1	0.1	0.1	21	18	17

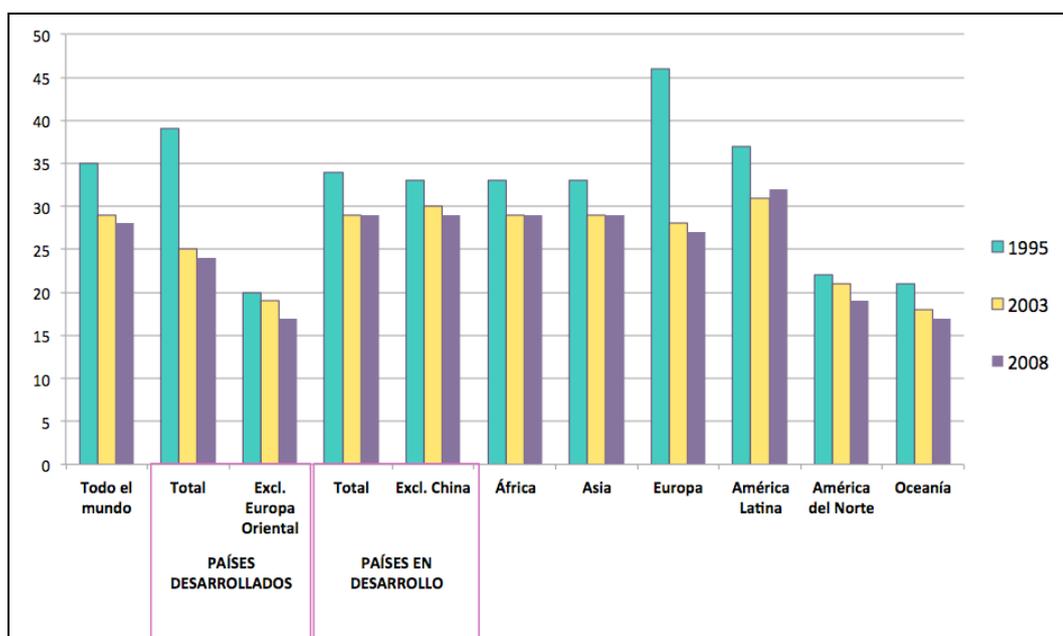


Figura 4. comparativa desde el año 1995 al 2008 de las proporciones de abortos a nivel mundial, y en los diferentes continentes. Diferencias entre las tasas de los países desarrollados y subdesarrollados.

#### 4.2.1. ÁFRICA:

En África en 1995 la tasa de aborto fue de 33 por cada 1000 mujeres, se estimaron que las tasas de África del Norte y del Sur eran relativamente más bajas y sin embargo eran similares al promedio mundial en las otras subregiones del continente. El porcentaje de embarazos que terminaron en aborto en África en 1995 fue del 15%, el más bajo de todos los continentes.

La tasa global del aborto en África, después de descender a 4 puntos en el año 2003 no mostró disminución hasta el 2008 manteniéndose en 29 abortos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva. La subregión de África Meridional, dominada por Sudáfrica, en donde el aborto se legalizó en 1997, en 2008 tuvo la tasas más baja de todas las subregiones africanas, de 15 por 1000 mujeres. África Oriental tiene la tasa más alta, de 38; seguida por 36 en África Central, 28 en África Occidental y 18 en África Septentrional<sup>(172-173)</sup>.

#### 4.2.2. ASIA:

Asia, en 1995 presentó el número global de aborto más elevado del mundo 27 millones, seguida de Europa con 8 millones ( la mayoría en Europa Oriental). Para ese año, la tasa de aborto en Asia fue de 33 por 1000. Si analizamos las subregiones vemos que las tasas en Asia Sur-central (28) y en el Asia Occidental (32) fueron un poco menores que las de Asia Oriental (36) y de Asia Sur- Oriental (40).

Las tasas de aborto por subregión se mantuvieron estables entre 2003 y 2008. Para 2008, variaban desde 26 por 1000 en Asia Sur-Central y Asia Occidental, hasta 36 por 1000 en Asia Sur Oriental

La incidencia del aborto en China ha ido en aumento desde 1995 hasta 2008 después de un periodo de declive. Esto se debe a un aumento en la actividad sexual

premarital y a una interrupción en el acceso a los servicios anticonceptivos como resultado de una rápida urbanización<sup>(172-173)</sup>.

#### 4.2.3. AMERICA

En 1995 la región con la segunda tasa más elevada del aborto fue América Latina (37 por cada 1000), donde casi todos los abortos fueron ilegales. El aborto era legal únicamente en Cuba, Puerto Rico y en algunos países pequeños del Caribe. De las subregiones del América Latina, el Caribe presenta la tasa más elevada, en parte porque la incidencia del aborto es relativamente elevada en Cuba.

La evolución de la tasa de aborto desde 1995 hasta 2003 fue descendente, disminuyó de 37 a 31 abortos por cada 1000 mujeres, desde entonces se ha mantenido estable hasta llegar a 32 en 2008.

En 2008 las tasas de aborto subregionales varían desde 29 en América Central ( incluye México) a 32 en América del Sur y 39 en el caribe (subregión que incluye Cuba).El Caribe tiene la proporción regional más baja del total de abortos que son inseguros (46%), en comparación con cerca del 100% en América Central y América del Sur<sup>(172-173)</sup>.

#### 4.2.4. EUROPA:

La tasa más elevada del mundo en 1995 se registraba en Europa (48 por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años). Europa Oriental era la subregión con la tasa más elevada ya que en 1995 presentó una tasa de 43 por cada 1000 mujeres, después se produjo un descenso para mantenerse constante desde el 2003 hasta el 2008. Europa también incluye en 1995 la subregión con la tasa más baja (Europa Occidental con una tasa de 12 por cada 1000 mujeres). La discrepancia en tasas entre las dos subregiones refleja un uso bajo de métodos anticonceptivos en Europa Oriental<sup>(172)</sup>.

En un reciente informe del instituto de política familiar sobre el aborto en el momento actual en Europa, se refleja que de los 6.330.835 embarazos que se produjeron en 2012, 1.099.658 terminaron en aborto, lo cual supuso el 17,36%<sup>(173-174)</sup>. En las Figuras 5 y 6 se presentan las proporciones de abortos en función de los nacimientos en los 23 estados de la Unión Europea. En ella destacan en el rango más elevado países del Este como Rumanía (0,44), Bulgaria (0,43), Estonia (0,43) y Hungría (0,40) y en el rango inferior Bélgica (0,15), Croacia (0,09) y Polonia(0,00).

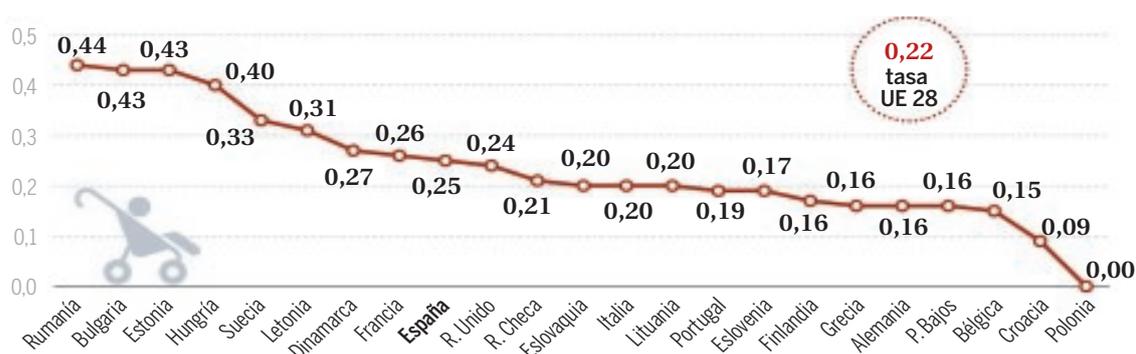


Figura 5. Tasas de abortos/nacimientos en Europa en el año 2012

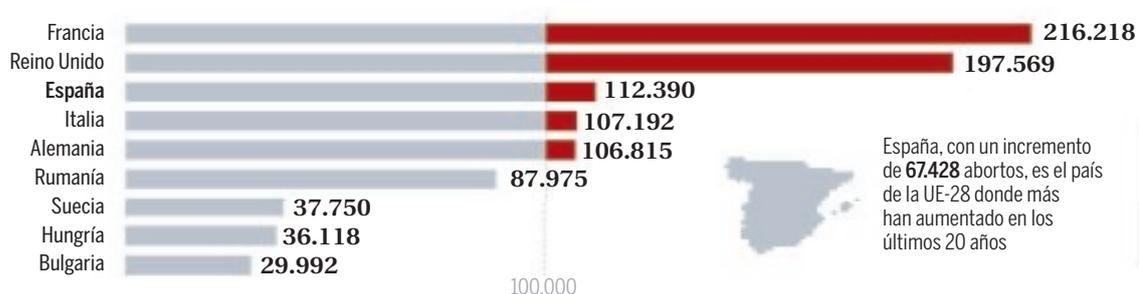


Figura 6. Representación de los países de la Unión Europea donde más abortos se producen

## 5. EL ABORTO EN ESPAÑA:

### 5.1. EVOLUCIÓN DEL ABORTO PROVOCADO EN ESPAÑA:

#### 5.1.1. LEGISLACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS:

Durante el siglo XX, la legislación española se caracterizó por su prohibición total del aborto. Salvo en el breve período entre 1936 y 1939 cuando la Generalitat de Cataluña promulga el Decreto de “Reforma Eugenésica del Aborto” que exceptuó de pena el aborto, en caso de peligro para salud de la mujer o por malformación del no nacido. En la zona leal a la República durante la Guerra Civil Española, siendo Ministra de sanidad Federica Montseny<sup>(175)</sup>, durante el gobierno socialista de Francisco Largo Caballero se despenalizó la práctica del aborto inducido en 1937. Fue derogado en el régimen de Franco (1939-1975).

En el primer Código Penal que databa de 1822 y establecía penas de reclusión en distinto grado que podían alcanzar los 14 años para los profesionales que lo facilitaran y de hasta 8 años para las mujeres embarazadas que abortaran<sup>(176)</sup>. En los años 40, con la reforma del régimen de Franco, el aborto continuó completamente prohibido.

En 1975, España comienza su transición a la democracia, y es en este periodo cuando comienzan las reformas sobre el aborto, una década más tarde que en Alemania, Francia o Italia. En estos países fue en la década de los años 70, se produjeron reformas que permitiera un modelo de ley de aborto basado en excepciones a un modelo de permisos en el que se permitía abortar en caso de estrés emocional y en determinadas situaciones socioeconómicas.

El 5 de Julio de 1985, el parlamento promulgó la reforma del artículo 417 bis del Código Penal<sup>(177)</sup> y se despenaliza parcialmente el aborto con ciertas excepciones. La ley queda redactada de la siguiente forma:

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

○ Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o 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 aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En caso de urgencia por riesgo vital de la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

○ 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 12 primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

○ Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las 22 primeras semanas de gestación y que el dictamen expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

➤ En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aun cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.

La nueva legislación dejó en manos del Ministerio de Salud español la regulación de las condiciones de implementación de los servicios de aborto ahora permitidos en el nuevo artículo del código penal. En respuesta, la institución emitió un reglamento administrativo requiriendo a los proveedores de salud requisitos para realizar abortos y la autorización previa de un comité. En ese momento, y luego de mostrar que las nuevas regulaciones eran un obstáculo al acceso efectivo al aborto no punible, Carlota Bustelo, una feminista que se convirtió en la líder del Instituto de la Mujer<sup>(178,179)</sup>, jugó un papel

importante en promover modificaciones a la regulación inicial. Como resultado del trabajo del Instituto de la Mujer, un decreto real reemplazó la normativa original y eliminó el requisito de la aprobación del comité, permitiendo a las clínicas realizar abortos de "bajo riesgo" durante las primeras doce semanas de embarazo. Las nuevas reglas fueron fundamentales para el desarrollo de políticas públicas que resultaron en un mayor acceso al aborto en España<sup>(175)</sup>. Aún cuando la inmensa mayoría de dichos abortos eran realizados en el sistema privado, una gran número de mujeres en busca de abortos pudieron obtenerlos prácticamente sin controversias (*Blofield 2006*).

El 3 de Marzo del 2010 se promulgó la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo<sup>(180)</sup>. Esta ley tiene como objeto garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos. La ley entró en vigor el 5 de Julio del 2011.

En su Título II, artículos 13 y 14, se concreta la liberalización de la práctica del aborto inducido durante las primeras 14 semanas del embarazo. Durante este tiempo, la mujer podrá tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción de su embarazo. No habrá intervención de terceros en la decisión.

*La ley queda redactada de la siguiente manera:*

- Son requisitos comunes necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:
  - Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.
  - Que se lleve a cabo en un centro sanitario público o privado acreditado
  - Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer gestante o en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Podrá prescindirse de consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b de la referida ley

➤ En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo no les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer. Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundamentalmente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

➤ Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras 14 semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

○ Que se haya informado a la mujer embarazada sobre:

a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.

b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.

c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.

d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

Esta información deberá ser entregada en cualquier centro sanitario público o bien en los centros acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Junto con la información en sobre cerrado se entregará a la mujer un documento acreditativo de la fecha de la entrega, a los efectos de lo establecido en el artículo 14 de esta Ley.

○ Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

➤ El plazo de posibilidad de Interrupción voluntaria del embarazo aumenta hasta la semana 22 en casos de «graves riesgos para la vida o la salud de la madre o el feto». A

partir de la vigésima segunda semana, solo podrá interrumpirse el embarazo en dos supuestos: que «se detecten anomalías en el feto incompatibles con la vida» o que «se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

En el año 2013 se presentó el anteproyecto de ley de “la Vida del Concebido y los Derechos de la embarazada” por el Ministro de Justicia del gobierno del Partido Popular, Alberto Ruiz Gallardón<sup>(181)</sup>. Este anteproyecto de Ley de Protección establecía dos supuestos de despenalización del aborto: “grave peligro para la vida o salud física para la vida o salud física o psíquica de la mujer” durante las primeras 22 semanas de gestación, o que el embarazo sea resultado de un delito contra su libertad o su indemnidad sexual, siempre que se produzca en las doce primeras semanas y el hecho haya sido denunciado. Este proyecto ha sido desestimado en Septiembre del 2014, estando pendiente actualmente de modificaciones de la ley del año 2010.

### 5.1.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Según los datos recientemente publicados por el Instituto Nacional de Estadística, la tasa de abortos por mil mujeres en edad fértil en España ha aumentado de un 8,77 ‰ en el año 2003 a un 12,01 ‰ en el año 2012. Se observa que el número de abortos ha aumentado en la última década en el rango de edad de entre los 20 y los 29 años<sup>(182)</sup>. (Ver Tabla 2 y Figura 7).

Tabla 2. Distribución de los abortos en España según diferentes grupos de edad. Año 2003-2012

	Año de intervención									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>TOTAL</b>	<b>8,77</b>	<b>8,94</b>	<b>9,60</b>	<b>10,62</b>	<b>11,49</b>	<b>11,78</b>	<b>11,41</b>	<b>11,71</b>	<b>12,44</b>	<b>12,01</b>
19 y menos años	9,90	10,57	11,48	12,53	13,79	13,48	12,74	13,05	13,67	12,95
20-24 años	15,31	15,37	16,83	18,57	20,65	21,05	20,08	20,22	21,34	20,36
25-29 años	11,30	11,43	12,60	14,44	15,57	16,49	16,02	16,57	17,72	17,43
30-34 años	8,28	8,57	9,07	10,12	11,07	11,63	11,63	12,29	13,36	13,28
35-39 años	6,02	6,12	6,48	7,34	7,67	7,97	8,05	8,42	9,23	8,92
40 y más años	2,69	2,69	2,87	3,05	3,25	3,30	3,36	3,58	3,86	3,84

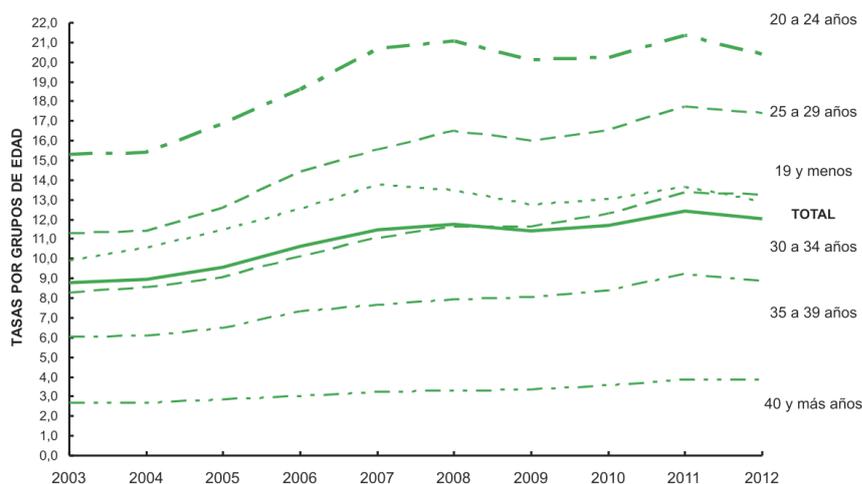


Figura 7. Representación de la evolución del aborto en España desde el año 2003 al 2012 según los diferentes grupos de edad de las mujeres que optan por la IVE.

### 5.1.2.1. DATOS DEL ABORTO PROVOCADO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS:

En los datos proporcionados por el Ministerio de las tasas de abortos en las distintas Comunidades Autónomas, se ha observado a lo largo de los últimos diez años una mayor incidencia en la Comunidad de Madrid, seguido de Asturias, Cataluña, Murcia y Andalucía. Las Comunidades que presentan incidencias de aborto más bajas son Comunidad de Navarra, Ceuta y Melilla, La Rioja y Galicia <sup>(182)</sup>. (ver *Tabla 3 y Figura 8*).

Tabla 3. Distribución de las I.V.E en las diferentes Comunidades Autónomas, del año 2003 al 2012

	Año de intervención									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>TOTAL</b>	<b>8,77</b>	<b>8,94</b>	<b>9,60</b>	<b>10,62</b>	<b>11,49</b>	<b>11,78</b>	<b>11,41</b>	<b>11,71</b>	<b>12,44</b>	<b>12,01</b>
Andalucía	8,25	8,98	9,99	10,46	11,22	11,29	11,31	11,73	13,09	13,08
Aragón	10,70	10,10	10,92	11,85	11,91	12,60	10,86	10,74	11,43	10,83
Asturias, Principado de	7,84	8,55	8,27	8,33	7,72	8,07	8,09	10,42	13,79	14,34
Baleares, Illes	13,70	12,38	12,57	14,00	14,91	14,13	13,22	13,82	15,00	13,01
Canarias	6,25	6,23	7,23	8,87	10,74	10,03	9,36	10,46	13,16	12,79
Cantabria	4,26	4,51	4,42	4,68	4,63	6,09	7,93	9,11	10,36	9,90
Castilla - La Mancha	5,80	5,79	6,65	6,71	8,20	8,54	8,18	9,18	9,92	9,60
Castilla y León	5,84	5,80	5,86	6,40	6,38	6,78	6,03	6,62	7,75	7,25
Cataluña	11,39	10,89	11,46	13,57	14,31	16,49	16,10	15,20	14,49	14,28
Comunitat Valenciana	8,27	8,60	9,10	9,92	10,46	10,75	9,99	10,07	10,22	9,47
Extremadura	3,83	5,19	5,26	5,19	5,46	6,11	6,13	6,47	7,57	7,20
Galicia	4,22	4,47	4,43	4,40	4,51	3,53	5,81	6,46	7,76	7,01
Madrid, Comunidad de	12,83	12,03	12,81	14,18	16,00	15,79	14,49	14,77	15,14	14,90
Murcia, Región de	11,69	10,48	11,70	13,10	14,80	16,59	14,99	14,72	14,39	13,32
Navarra, Comunidad Foral de	4,81	5,22	5,21	5,31	5,65	6,13	5,54	6,92	6,90	2,15
Pais Vasco	3,99	4,47	5,42	5,99	6,84	7,02	7,25	8,26	10,34	10,04
Rioja, La	8,04	7,58	8,22	8,25	8,64	9,22	7,86	7,95	7,99	4,83
Ceuta y Melilla, Ciudades Autónomas de	3,06	3,10	3,25	2,66	3,74	3,26	3,33	4,31	4,59	4,50

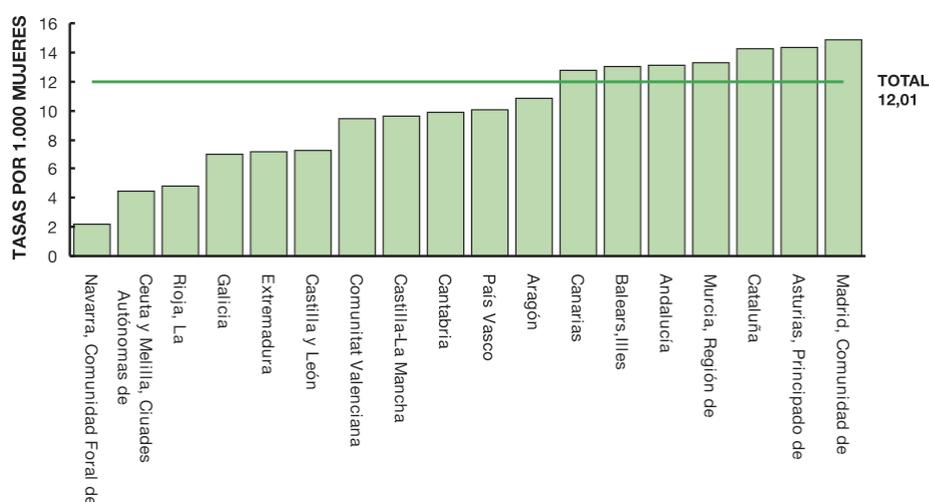


Figura 8. Distribución de las IVE según la Comunidad Autónoma de Residencia en el año 2012

## 5.2. EL ABORTO EN CASTILLA Y LEÓN

### 5.2.1. INCIDENCIA DEL ABORTO PROVOCADO EN CASTILLA Y LEÓN

En el 2012 se practicaban 3261 abortos en las 449.854 mujeres, de entre los 15 y 44 años, que estaban registradas en Castilla y León (Cyl) en el año 2012. Un 63,9 % del total de IVEs se ha producido en el rango de edad de entre los 20 y los 34 años<sup>(182)</sup>. (Figura 9).

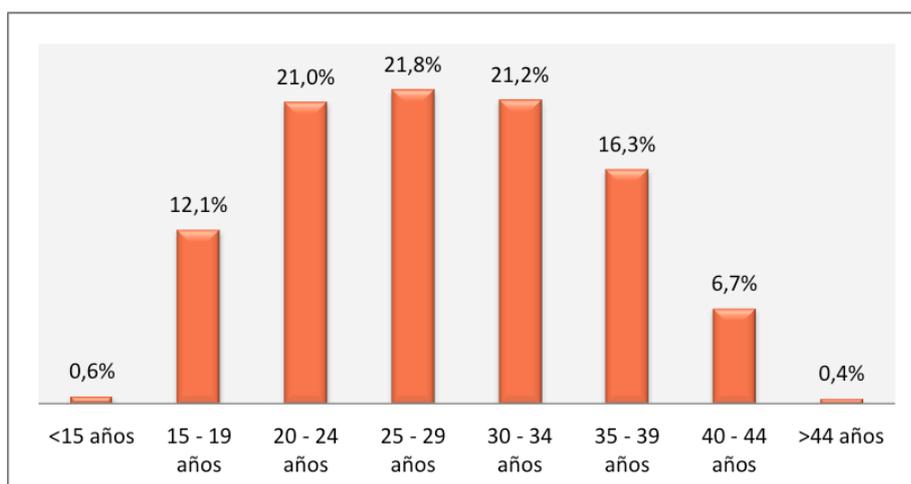


Figura 9. Distribución de los abortos en Castilla y León según grupos de edad. Año 2012

Según los datos proporcionados por el ministerio, las 3261 mujeres que han realizado una IVE en el 2012 presentan el perfil siguiente:

Mujer Europea, en su mayoría Española, seguida de las procedentes de América del Sur, Central, el Caribe, y de África del norte, que convive sin hijos, y que vive con sus padres o con familiares. De las mujeres con hijos que solicitan una IVE, la mayor parte conviven con pareja. Vive generalmente en poblaciones urbanas de más de 50.000 habitantes.(Figura 10).

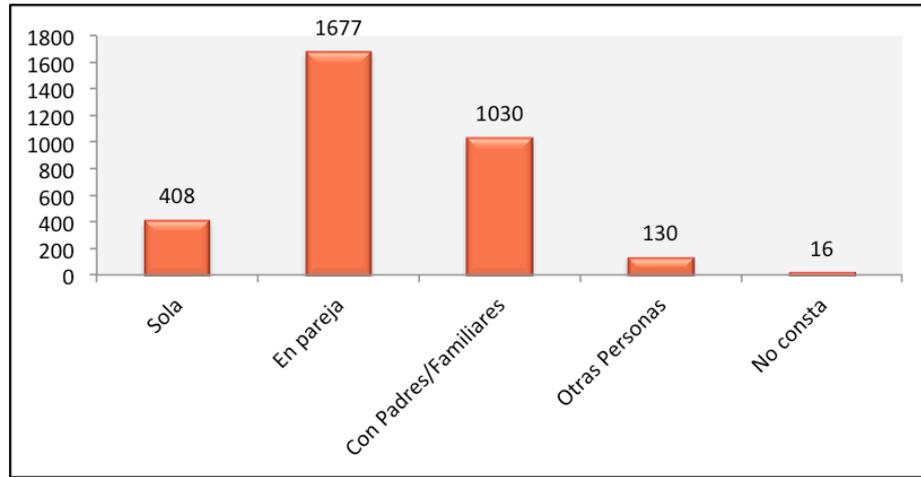


Figura 10. Distribución del tipo de convivencia de la mujer que aborta en CyL en el año 2012

La mayor parte de las mujeres, el 39,7% tienen un nivel educativo de ESO y equivalentes, seguido de mujeres con Bachillerato o FP (Figura 11).

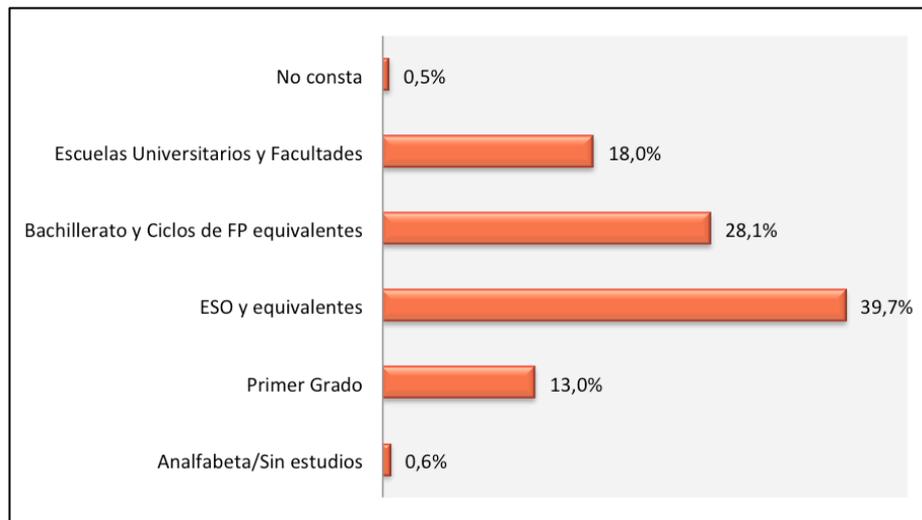


Figura 11. Distribución de las mujeres que abortan en CyL según nivel de estudios. Año 2012

No tiene hijos, o en su caso suelen tener uno. No ha realizado abortos voluntarios previos, seguidas de las que ha realizado un aborto. Ver Figuras 12 y 13 .

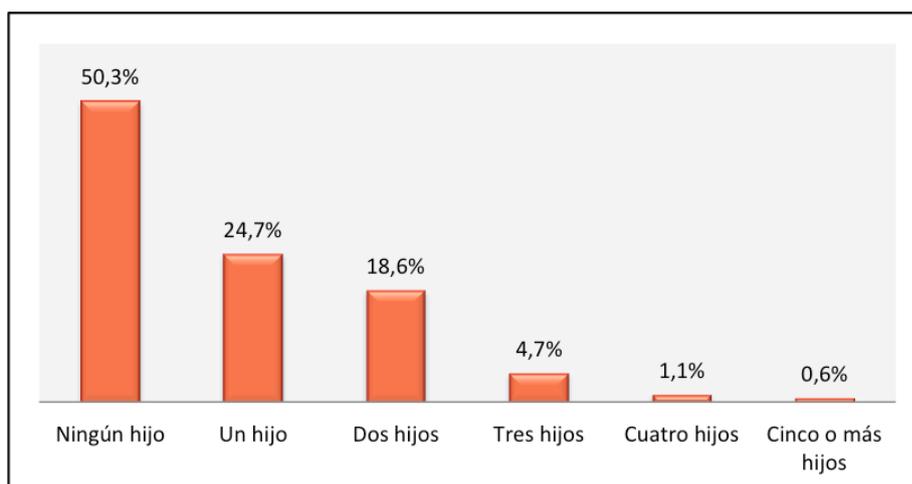


Figura 12. Distribución de las mujeres que abortan en CyL según número de hijos. Año 2012

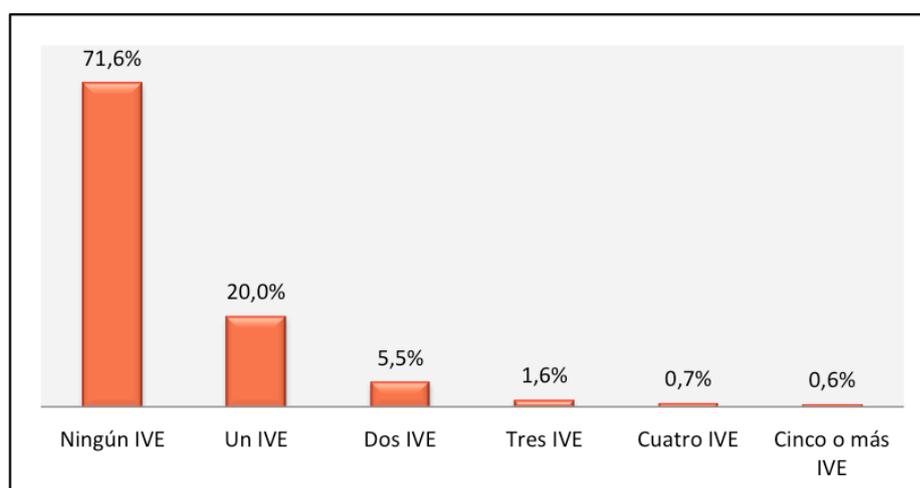


Figura 13. Distribución de las mujeres que abortan en CyL según el número de abortos previos. 2012

El método anticonceptivo que se utiliza con más frecuencia es el método barrera. En segundo lugar están las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo, seguidas de las mujeres que utilizan un método hormonal (*Figura 14*).

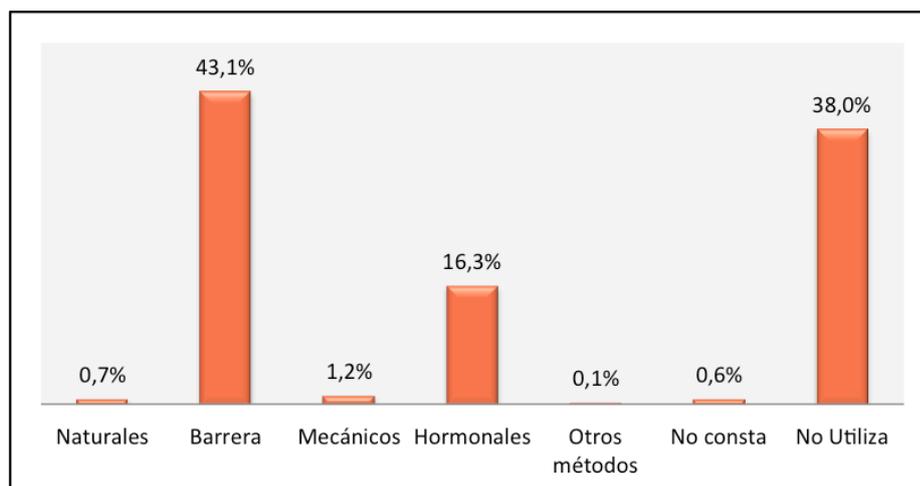


Figura 14. Distribución de las mujeres que abortan en CyL según el tipo de método anticonceptivo utilizado. Año 2012.

La información que precisan para solicitar una IVE en la mayoría de los casos, se obtiene con mayor frecuencia en un centro sanitario público y por internet (Figura 15). El tipo de centro donde se realiza el aborto, es en el 91,6% de los casos en un centro extra-hospitalario privado (Figura 16). El método más utilizado, tanto en el sector público como privado, es en primer lugar dilatación y evacuación, dilatación y aspiración y en tercer lugar aborto con prostaglandinas.

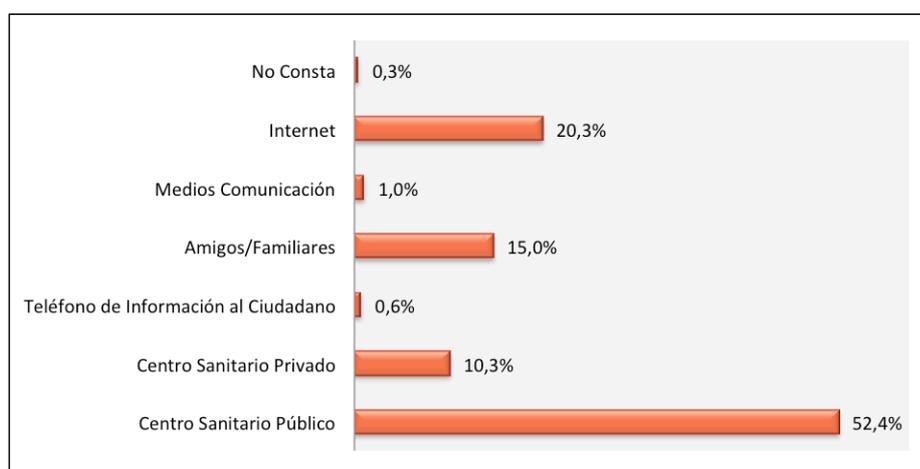


Figura 15. Distribución del grupo de mujeres que abortan en CyL según el lugar de información sobre IVE en Castilla y León. Año 2012.

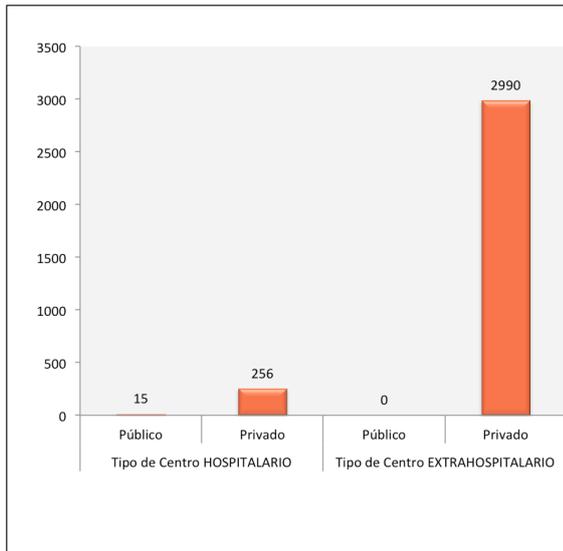


Figura 16. IVE Distribución de las mujeres que abortan en CyL según el tipo de centro donde se realiza IVE. Año 2012.

La mujer que realiza una IVE en Castilla y León suele tener menos de 8 semanas de embarazo seguidas del grupo recogidas entre las 9-12 semanas de embarazo.

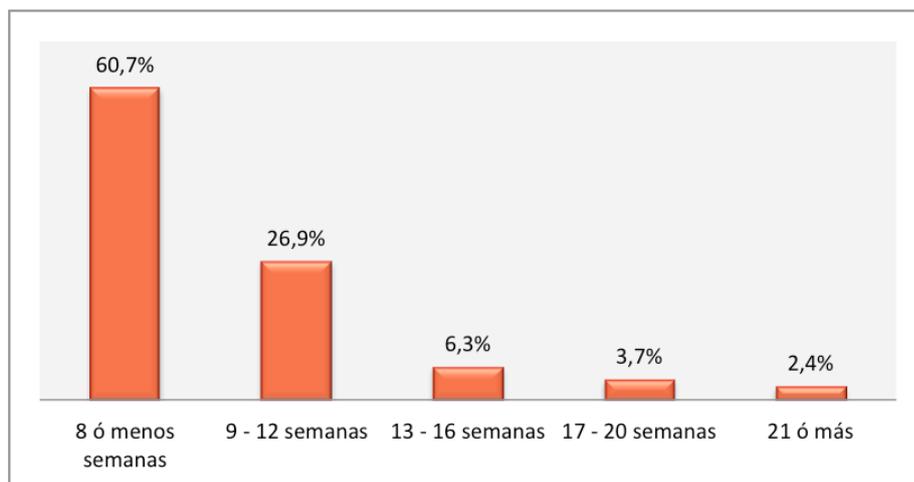


Figura 17. Distribución de las mujeres que abortan en CyL según las semanas de gestación. Año 2012

En el 89,9% de los casos el motivo de la interrupción es “a petición de la mujer”.(Figura 18).

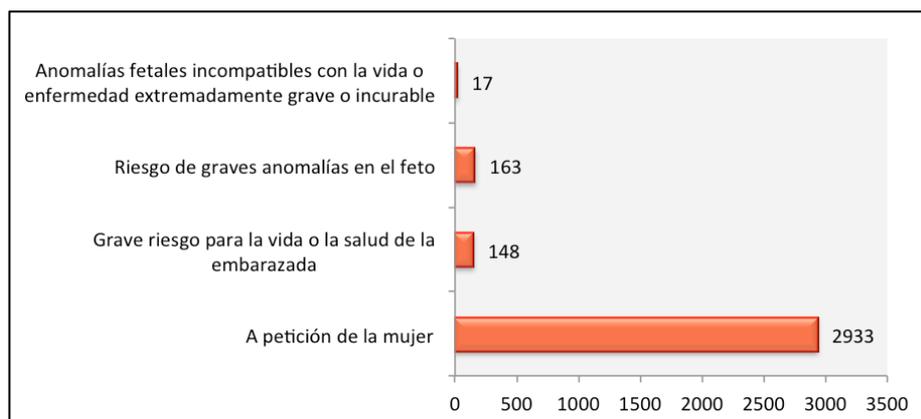


Figura 18: Distribución de la mujer que aborta en CyL según el motivo de la IVE. Año 2012

### 5.2.2. SISTEMÁTICA EN LA ASISTENCIA CLÍNICA DEL ABORTO.

Cuando una embarazada se plantea un aborto a través del sistema público de salud, acude en primer término a su médico de familia, donde plantea su decisión. Los pasos son<sup>(183)</sup>:

- 1) El médico de familia proporciona a la mujer una interconsulta al servicio de Ginecología del hospital de referencia para que se cite en la agenda de citas específica para las ecografías de mujeres que solicitan una IVE (donde se confirmará el embarazo y se determinará la edad gestacional por ecografía).
- 2) El médico de familia deriva a la embarazada a la trabajadora social.
- 3) La trabajadora social tiene una primera entrevista en la consulta con la embarazada, donde se le explica el proceso, las opciones que tiene y los pasos a seguir.
- 4) La mujer acude al Ginecólogo donde se confirma el embarazo y se determina la edad gestacional por ecografía.

5) Posteriormente, con el informe del ginecólogo, acude de nuevo a la trabajadora social que entrega a la embarazada un sobre que contiene los siguientes documentos:

a) Solicitud de interrupción voluntaria de embarazo al amparo del artículo de la ley de 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria de embarazo en función de la edad gestacional por ecografía: Interrupción del embarazo hasta las 14 semanas, interrupción del embarazo hasta las 22 semanas con grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, Interrupción del embarazo hasta 22 semanas con riesgo de anomalías en el feto, Cuando se detecten anomalías incompatibles con la vida, y cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable confirmado por el comité clínico correspondiente.

b) Un Documento acreditativo de entrega del sobre con información, a efectos de lo establecido en el Artículo 14 y Artículo 17.2 de la ley 2/2010 y Artículo 15.b y Artículo 17.3 de la ley 2/2010. En este documento se refleja el centro que hace la entrega del sobre, la fecha y la firma de la embarazada certificando dicha entrega. Este certificado está dividido en dos partes, para que la embarazada se quede con un registro de recepción del sobre y la otra parte queda como resguardo para la trabajadora social.

c) Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo, donde constan los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en el art.17 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

d) Información de políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad establecidos por la legislación de la Comunidad de Castilla y León en base al artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo: Derechos, ayudas,

beneficios y prestaciones públicas para embarazo, el parto, el postparto, el nacimiento y el cuidado y atención de los hijos e hijas.

e) Información de políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad establecidos por la legislación del Estado en base al artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo: Derechos, ayudas, beneficios y prestaciones públicas para embarazo, el parto, el postparto, el nacimiento y el cuidado y atención de los hijos e hijas.

f) Información de políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad establecidos por la legislación de la Comunidad de Castilla y León en base al artículo 15 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo: Derechos, ayudas, beneficios y prestaciones públicas para embarazo, el parto, el postparto, el nacimiento y el cuidado y atención de los hijos e hijas.

g) Información de políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad establecidos por la legislación del Estado en base al artículo 15 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo: Derechos, ayudas, beneficios y prestaciones públicas para embarazo, el parto, el postparto, el nacimiento y el cuidado y atención de los hijos e hijas.

6) Una vez leída toda esta información, la embarazada que quiere solicitar la IVE, acude a la Gerencia de Área, donde entrega la solicitud de interrupción embarazo, y desde allí se le cita en el centro autorizado para la realización de IVE correspondiente a su área de salud. Debe de existir un periodo de reflexión, de al menos 72 horas desde la recepción del sobre hasta el momento en el que acude a la clínica donde ha sido citada para llevar a cabo el aborto.

## 6. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ABORTO INDUCIDO

### 6.1. ANSIEDAD NORMAL Y ANSIEDAD PATOLÓGICA

#### 6.1.1. CONCEPTO

La ansiedad es un componente básico de la condición humana. Es un fenómeno experimentado universalmente que surge como reacción emocional ante diferentes situaciones ambientales. Como mecanismo de vigilancia del organismo, sirve para alertar a una persona de posibles peligros y, por ello, desempeña un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. Desde esta perspectiva, si una persona no fuese capaz de emitir respuestas de ansiedad, habría que inducírselas<sup>(184)</sup>.

La ansiedad, como toda emoción, es un fenómeno psicológico que se expresa también en forma de síntomas físicos que el sujeto puede vivenciar de forma amenazante. Estas respuestas fisiológicas son, en realidad, reacciones inespecíficas de un organismo que ve amenazado su equilibrio interno ante determinados estímulos y suponen un intento de adaptación a las nuevas circunstancias.

La fisiología de la ansiedad es la siguiente: ante una situación percibida por el sujeto como amenazante, el sistema neurovegetativo y el sistema endocrino preparan al organismo para una respuesta de emergencia-lucha o huida-, bombeando hormonas al torrente sanguíneo, elevando la frecuencia cardíaca y la presión arterial, acelerando la respiración, tensando los músculos y produciendo un rápido suministro de energía que le prepara para actuar. De esta manera, el organismo se prepara para una reacción de lucha o huida a través de una doble vía: una respuesta nerviosa de breve duración y otra endocrina-hormonal – mucho más prolongada.

En determinadas circunstancias, estos mecanismos -esenciales para la supervivencia de individuo- se convierten en patológicos cuando se presentan ante estímulos insignificantes, son de una intensidad exagerada o persisten más allá de lo necesario. Es el caso por ejemplo, cuando las reacciones psicofisiológicas descritas se disparan ante las

amenazas psicológicas más o menos triviales, como discusiones con la pareja o con el jefe, preocupaciones excesivas por la salud, atascos de tráfico, facturas pendientes, etc.

Sin que sepamos exactamente por qué, las mujeres se ven más afectadas que los hombres por los trastornos de ansiedad. Un hecho de esta naturaleza es el resultado de una interacción de influencias biológicas y culturales. Desde una perspectiva biológica la ansiedad favorece la supervivencia de la mujer, que está menos dotada físicamente para defenderse de los peligros de la naturaleza y requiere una protección adicional durante el embarazo y la crianza de sus hijos. Desde una perspectiva cultural hay una educación diferencial que actúa tempranamente sobre las niñas induciendo respuestas de temor ante estímulos desconocidos y considerando la aparición de dichas respuestas de temor como propias de su sexo.

Si bien es difícil delimitar con precisión la ansiedad normal de la ansiedad patológica, hay cuatro aspectos diferenciadores que pueden ayudar a distinguir una de la otra y que se relacionan tanto con las causas como con los efectos de la ansiedad.

- Intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad. (Ver *Figura 19* donde se muestra la relación de la ansiedad con las repercusiones en el rendimiento).
- Proporción entre la gravedad de la situación objetiva y la intensidad de la respuesta de ansiedad.
- Grado de sufrimiento subjetivo determinado por la ansiedad.
- Grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto (funcionamiento laboral, relaciones sociales, actividades de ocio).

A continuación se muestra un gráfico en el que se ve la repercusión sobre el rendimiento de la ansiedad normal y de la ansiedad patológica:

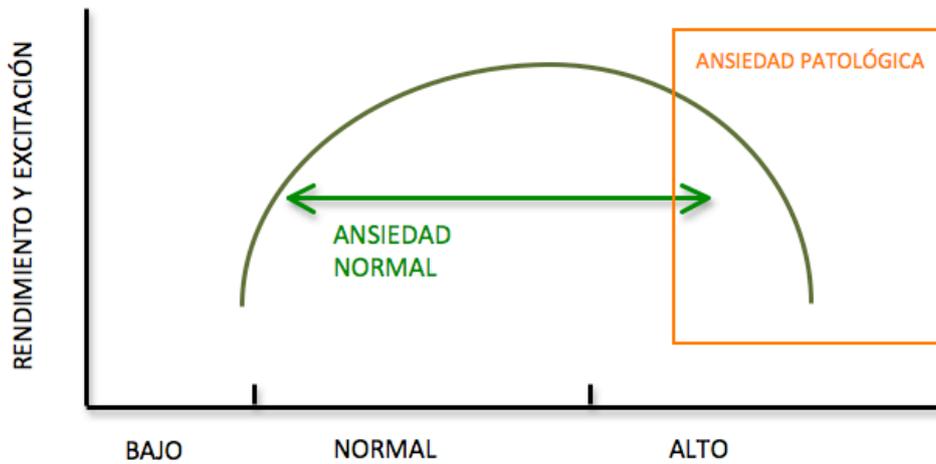


Figura 19. Gráfico que relaciona los tipos y niveles de ansiedad con el rendimiento y la excitación

A continuación se muestra una tabla con los límites entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica ( Biondi,1989,modificado):

Tabla 4 Características de la ansiedad normal y ansiedad patológica.

	ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
<i>Características Generales</i>	- Episodios poco frecuentes. - Intensidad leve o media. - Duración limitada.	- Episodios repetidos. - Intensidad alta - Duración prolongada.
<i>Situación o estímulo causante</i>	Reacción esperable y común a la de otras personas.	Reacción desproporcionada.
<i>Grado de sufrimiento</i>	Limitado y transitorio	Alto y duradero
<i>Grado de interferencia en la vida cotidiana</i>	Ausente o ligero	Profundo

Los cambios fisiológicos inducidos por las respuestas de ansiedad son naturales y vitales en ciertas situaciones y de forma esporádica, pero el reiterado desencadenamiento de la respuesta de ansiedad sin dar salida a la energía suplementaria así producida las consecuencias de tal respuesta son perjudiciales para la salud (Michal,1992).

Una situación de ansiedad crónica -o de estrés- mantiene en alerta permanentemente al organismo, afecta al sistema inmunológico y, por tanto, disminuye el nivel de resistencia del individuo ante ciertas enfermedades. Asimismo, el aumento de flujo sanguíneo por los músculos exige un aumento de tensión arterial que puede terminar por provocar una hipertensión esencial.

La ansiedad patológica llega a alterar la vida del paciente. De hecho, puede incapacitarle para el trabajo, interferir en las relaciones familiares y limitar considerablemente su vida familiar, su vida social y de ocio. Según el Munich Follow-up Study (MFS),(Wittchen,1988) un 46,7% de todas las personas aquejadas de ansiedad experimenta un deterioro psicosocial considerable <sup>(184-185)</sup>.

La ansiedad, en ausencia de tratamiento, puede dar lugar a la aparición de graves trastornos psicopatológicos, como el alcoholismo, el abuso de sustancias, la depresión, o a enfermedades físicas, Ciertas conductas inadecuadas como comer en exceso, fumar, auto-medicarse, etc., se utilizan a veces como estrategias de afrontamiento para aliviar la tensión, pero en realidad contribuyen a mantener el problema a largo plazo (Figura 20).

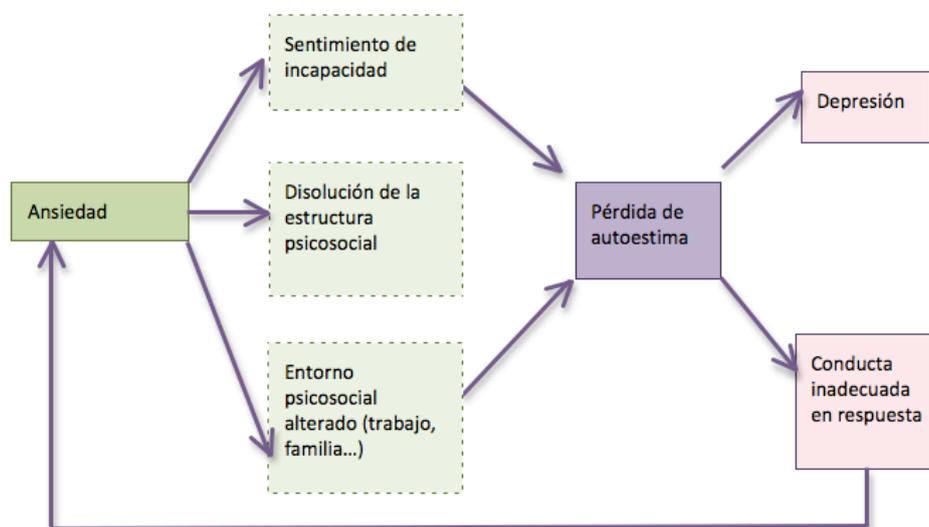


Figura 20. Esquema de las diferentes consecuencias de la ansiedad patológica

## 6.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD CRÓNICA

La distinción entre ansiedad crónica y depresión puede ser difícil. Hay algunas características que son comunes en ambos cuadros clínicos: trastornos del sueño, cambio de apetito, molestias gastrointestinales inespecíficas, dificultades para la concentración, irritabilidad, fatiga, etc. No obstante las principales características distintivas son<sup>(184-189)</sup> :

➤ Manifestaciones más características de la ansiedad: (McGlyn y Metcalf,1990,modificado):

- Dificultad para conciliar el sueño(insomnio inicial)
- Comportamiento de evitación
- Pulso rápido y otros signos de hiperactivación psicomotriz y vegetativa
- Alteraciones del ritmo respiratorio
- Temblores y palpitaciones
- Mareos y desmayos
- Expectación aprensiva. Estado de alerta. Sensaciones de miedo amenaza ante posibles desgracias
- Inquietud interior ( desasosiego, temores difusos, anticipación de lo peor)
- Irritabilidad, impaciencia

➤ Manifestaciones más características de la depresión: (McGlyn y Metcalf, 1990, modificado):

- Desvelo a primera hora de la mañana (insomnio tardío) o hipersomnia
- Poco apetito o pérdida de peso
- Variación diurna( el paciente se siente peor por la mañana)
- Tristeza. Expresión facial decaída
- Lentitud de lenguaje y de pensamiento. Lentitud de movimientos. Inhibición generalizada
- Fatiga injustificada
- Dolor crónico o recurrente( no explicable por otras causas)
- Sentimientos de culpabilidad, de inutilidad y de desesperanza
- Pérdida de interés por las actividades habituales

- Anhedonia (pérdida de la capacidad para experimentar placer)
- Dificultad para tomar decisiones
- Pensamientos de muerte o suicidio

Desde la perspectiva del estado de ánimo las personas deprimidas están más bien tristes y desesperanzadas; Las personas ansiosas, asustadas y con preocupaciones excesivas ante las realidades cotidianas. No obstante, la depresión puede surgir también como resultado de una ansiedad crónica, sobre todo cuando ésta produce una disminución de la autoestima del sujeto y reduce drásticamente la implicación de la persona en las actividades cotidianas-trabajo, relaciones sociales, viajes, etc.

La ansiedad y las enfermedades físicas guardan una estrecha relación, pero en un sentido bidireccional. La ansiedad patológica puede ejercer un efecto negativo sobre muchos de los sistemas del organismo. A su vez, las enfermedades somáticas pueden ser fuente de estrés y ansiedad.

Si bien las enfermedades precipitadas o agravadas por la ansiedad crónica pueden ser diversas: úlceras, afecciones cutáneas, tensión muscular, disfunciones sexuales, fatiga crónica y en los trastornos cardiovasculares ocupan un papel especialmente importante.

Por otra parte, la mayoría de enfermedades somáticas de importancia médica, quirúrgica, o de tipo crónico- como la diabetes, la hipertensión o el asma- pueden causar, en determinadas personas, una respuesta de ansiedad patológica, que es una reacción emocional del individuo frente al hecho de padecer una enfermedad y que, en algunos casos, puede exacerbar el trastorno e interferir en el tratamiento y el proceso de rehabilitación. El cáncer y el infarto de miocardio son ejemplos característicos de una intensa ansiedad inducida por una enfermedad física. Este tipo de enfermedades tienen el significado patológico de peligro o amenaza para el paciente y desde esta perspectiva, suponen una fuente de estrés emocional.

Una respuesta de ansiedad moderada en estas circunstancias tiene un carácter adaptativo porque ayuda al sujeto a afrontar una realidad nueva- y en cierto modo amenazadora- y adoptar medidas de prevención-supresión del tabaco, control de la dieta, práctica de ejercicio, regularidad en los controles médicos, etc-. Sin embargo, en algunas

personas la situación de ansiedad puede ser demasiado intensa e interferir negativamente en un proceso de recuperación. La aparición de un tipo u otro de ansiedad depende de distintas variables. La gravedad objetiva de la enfermedad, el tipo de personalidad del sujeto, las estrategias de afrontamiento disponibles y la presencia o ausencia de apoyo social y emocional contribuyen a modular la mayor o menor intensidad de la ansiedad experimentada(Biondi,1989)<sup>(184,186)</sup>.

La ansiedad crónica puede afectar asimismo al sistema inmunológico, alterar la producción de anticuerpos y hacerlo más vulnerable a cualquier enfermedad o agresión externa ( desde el resfriado común hasta el cáncer), si bien no actúa de la misma manera en todos los casos.

Los efectos inmunosupresores del estrés continuo se dan sobre todo cuando la persona no dispone de estrategias de afrontamiento a la situación, es decir cuando no tiene otra alternativa que soportarlo. Sus consecuencias negativas más importantes son la depresión, el sentimiento de indefensión, la pasividad, la percepción de falta de control, la inmunosupresión y los síntomas de tipo gastrointestinal. Por el contrario, la capacidad para ejercer cierto control sobre el estrés, por medio de estrategias de afrontamiento adecuadas, reduce el efecto inmunodepresor (Labrador,1992).

### 6.3. ANSIEDAD CRÓNICA

La ansiedad crónica aparece en la persona de forma duradera y ante una diversidad muy amplia de situaciones. Los síntomas psicofisiológicos, que son los más fácilmente perceptibles en este cuadro clínico y los que con más frecuencia motivan al paciente para ponerse en tratamiento, están relacionados con:

- La tensión motora:
  - Temblor, contracciones o estremecimientos
  - Tensión o dolor muscular
  - Inquietud
  - Fatigabilidad excesiva
- Hiperactividad vegetativa:
  - Dificultad para respirar o sensación de ahogo
  - Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado
  - Sudoración o manos frías y húmedas
  - Sequedad de boca
  - Mareos o sensación de inestabilidad
  - Náuseas, diarreas u otros trastornos abdominales
  - Sofocos y escalofríos
  - Micción frecuente
  - Dificultades para tragar o sensación de tener “ un nudo en la garganta”
- Hipervigilancia:
  - Sentirse atrapado o al borde de un peligro
  - Exageración de la respuesta de alarma
  - Dificultad para concentrarse o situaciones de mente en blanco.
  - Dificultades en dormir o mantener el sueño
  - Irritabilidad

No obstante, la variabilidad de conductas afectadas es muy amplia. La aparición de unos u otros síntomas depende, de factores de índole familiar ( la herencia y el estilo de vida puede predisponer a padecer determinados síntomas), de factores de tipo reactivo individual (cada sujeto tiene un tipo de respuesta orgánico específico frente a estímulos) y del tipo de emoción implicada.

Un problema importante en la ansiedad crónica son las conductas de evitación que suelen manifestarse de manera sutil (posponer actividades que se deberían llevar a cabo, no aceptar invitaciones, evitar pensar acerca de problemas, rehuir conversaciones incómodas, no enfrentarse a las dificultades cotidianas, laborales o conyugales). Este tipo de conductas producen un alivio inmediato, pero el resultado final es que cada vez resulta más difícil hacer frente a las situaciones difíciles, no se crean recursos de afrontamiento y se produce una pérdida de confianza en uno mismo.

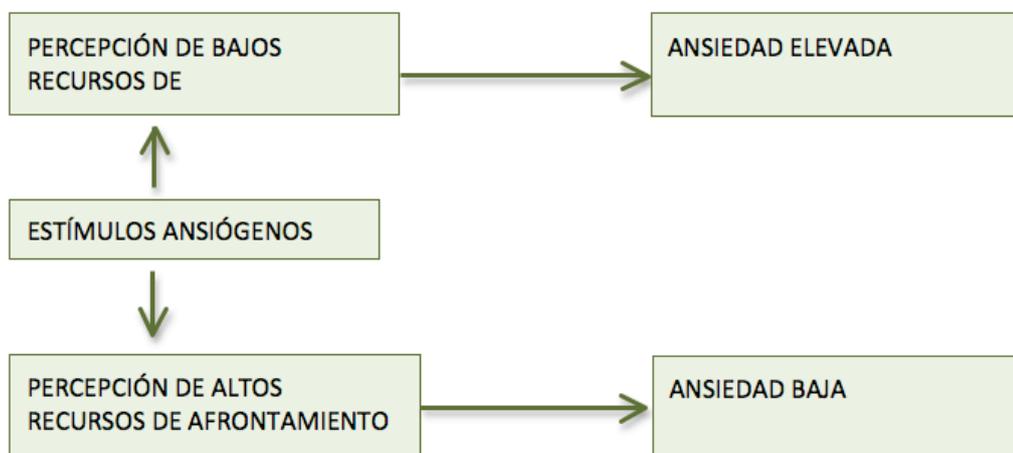


Figura 21. Esquema representativo sobre el nivel de ansiedad según el tipo de recurso de afrontamiento

La ansiedad crónica puede ser, en ocasiones, reflejo de un determinado tipo de personalidad-personalidad ansiosa-.De hecho, es un trastorno estable, con un comienzo temprano (en la infancia o en la adolescencia), con un desarrollo paulatino y sin haber sido influido necesariamente por acontecimientos traumáticos. La personalidad ansiosa puede, por ello, ser un factor predisponente de la ansiedad crónica, pero no debe

identificarse con ella. Hay personas ansiosas que muestran un estilo de vida caracterizado por la impaciencia, la dependencia emocional, la inseguridad personal, etc. pero que no llegan a desarrollar conductas patológicas de ansiedad. El concepto de ansiedad crónica debe, por ello, referirse específicamente a aquellas personas en las que la ansiedad interfiere de forma significativa en la vida cotidiana (Rape 1991).

#### **6.4. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

El DSM-5™ clasifica los trastornos de ansiedad en diferentes categorías y para ello se fundamenta en criterios clínicos, etiológicos y /o de respuesta terapéutica<sup>(190)</sup>.

1. Trastorno de ansiedad por separación
2. Mutismo selectivo
3. Fobias específica
4. Fobia social
5. Trastorno de pánico
6. Agorafobia
7. Trastorno de ansiedad generalizada ( ansiedad crónica)
8. Otros trastornos de ansiedad

Los trastornos fóbicos se caracterizan por la aparición de respuestas de ansiedad, especialmente conductas de evitación, ante estímulos concretos e identificados.

El trastorno del pánico se caracteriza por la presencia de estallidos bruscos e inesperados de ansiedad, con sensaciones de carácter marcadamente físico, taquicardia, respiración entrecortada, mareos.. que pueden producir el temor a un inminente ataque cardíaco, de comienzo repentino que pronto llegan al máximo de intensidad y que duran en la mayoría de los casos alrededor de 20 minutos. La frecuencia de los ataques puede oscilar desde varios ataques diarios a dos o tres por semana, sin que sea infrecuente padecer un ataque intenso y experimentar otros menores en los días o meses siguientes (Agras, 1989).

En el trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad crónica, las respuestas de ansiedad expresadas en forma de tensión motora y de hiperexcitabilidad, se mantienen de forma continua y surgen ante estímulos de todo tipo, con una preocupación desproporcionada por las dificultades cotidianas y con una percepción de incapacidad para hacerles frente. Es el cuadro clínico que presenta una menor fiabilidad diagnóstica, quizá porque queda como una categoría residual cuando se han descartado otros trastornos.

El trastorno de estrés postraumático tiene lugar cuando las personas experimentan sucesos trágicos inusuales bruscamente, tales como las consecuencias de la guerra, los secuestros, el maltrato en el hogar o las agresiones sexuales. Los síntomas experimentados con más frecuencia son los recuerdos constantes involuntarios del suceso, la evitación de los estímulos asociados al hecho traumático, irritabilidad, insomnio, dificultades para la concentración...Todo ello conduce a una pérdida de interés por las actividades habitualmente gratificantes y a un cierto embotamiento afectivo para captar y expresar sentimientos de ternura, así como a problemas de depresión ,pérdida de autoestima y falta de confianza en el futuro ( Corral, Echeburúa, Zubizarreta, 1992).

## 6.5. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad, junto con las adicciones son los cuadros clínicos más frecuentes en la población general. El porcentaje de personas afectadas por problemas de ansiedad a lo largo de su vida puede llegar al 15% de la población. Es decir, una de cada siete personas, aproximadamente, va a experimentar en algún momento de su vida un trastorno de ansiedad. Por otra parte, el padecimiento de un trastorno de ansiedad favorece la aparición simultánea de otro cuadro clínico de ansiedad, bien del estado de ánimo o de abuso/dependencia de sustancias. Existe una considerable superposición entre la fobia social, la agorafobia, la depresión, el trastorno de pánico y la ansiedad crónica, y más en concreto, entre esta última y la fobia social. Por ello, la frecuente presencia de trastornos concurrentes agrava el impacto psicosocial de los problemas de ansiedad.

La tasa de prevalencia de estos trastornos en mujeres es dos veces superior a la de los hombres, excepto en el caso de la fobia social, y del trastorno obsesivo-compulsivo, en donde no hay diferencias entre ambos sexos. Asimismo, los trastornos de ansiedad son más frecuentes en personas de entre los 25 y 44 años, entre divorciados y personas con un nivel socioeconómico medio-bajo o bajo.

Más en concreto, la ansiedad crónica es el cuadro clínico con mayor tasa de prevalencia entre los trastornos de ansiedad, sin embargo sólo una pequeña parte de los pacientes (alrededor del 25%) busca ayuda terapéutica, y además lo hace tarde, en torno a los 35-40 años, cuando ya han transcurrido más de 10 años desde el inicio del problema. Este recurso tardío al tratamiento se debe al estigma de la búsqueda de ayuda terapéutica, al carácter no especialmente invalidante del trastorno, y a la creencia de que estos problemas forman parte de la personalidad y no cuentan con una solución eficaz (Marks, 1991b).

En cuanto a su distribución por sexos, la ansiedad crónica es más frecuente en mujeres, la sensibilidad a las amenazas físicas es más frecuente en mujeres, la ansiedad social, por el contrario, aparece distribuida por igual entre ambos sexos.

## **6.6. REPERCUSIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS FEMENINOS.**

Desde el punto de vista médico, el aborto no es un acto anodino. Expone a la mujer a sufrir complicaciones cualquiera que sea el momento de la gestación en que se realice y el método empleado para llevarlo a cabo<sup>(186)</sup>.

Las complicaciones que pueden surgir, según el momento de su aparición, se clasifican en tempranas (aparecen antes de la cuarta semana posterior al aborto), o tardías (cuando aparecen pasada la cuarta semana). Las complicaciones tempranas más frecuentes son: perforaciones del útero, hipernatremia, hemorragias, trastornos psiquiátricos y trastornos psicósomáticos. Entre las complicaciones tardías caben destacar: infecciones abdominales, sinequias uterinas, distrofia ovárica, embarazo extrauterino, isquemia de cérvix, endometriosis, esterilidad psicógena y complicaciones en embarazos subsiguientes.

La morbilidad global asociada al aborto inducido, se presenta entre el 6,9 y el 14,9 por cada cien abortos realizados quedando incluidos los trastornos psiquiátricos y psicósomáticos<sup>(187)</sup>.

Dentro de la morbilidad psiquiátrica, aquellos trastornos que precisan internamiento psiquiátrico (cuadros de psicosis), se presentan en 2-4 mujeres de cada diez mil que abortaron. En el estudio de SOMERS 9, se encuentra una incidencia de ingresos hospitalarios, en los tres meses siguientes al aborto inducido, en 18,4 mujeres de cada diez mil que abortaron. La morbilidad psiquiátrica post-aborto voluntario que no precisa internamiento psiquiátrico, se encuentra en 2,4 mujeres de cada cien que abortaron<sup>(186-187)</sup>. Estas mujeres presentan estados de ansiedad e insomnio.

En las dos últimas décadas, los psiquiatras han centrado sus estudios sobre las características psicológicas y sociales de las mujeres que abortan voluntariamente. Junto con los factores de tipo económico, político, social, ético y moral que influyen en este fenómeno. En todo aborto inducido influyen factores personales, sociales, relacionales y psicodinámicos, que llevan a la mujer a mantener relaciones sexuales sin protección, en la

era de los anticonceptivos, y a interrumpir la gestación que de estas relaciones se deriva. Los rasgos de personalidad encontrados con más frecuencia son: inmadurez afectiva, dificultades en las relaciones sexuales, inseguridad respecto a su fertilidad, y trastornos psicosomáticos previos. Estos hallazgos apuntan a la existencia de deficiencias en la personalidad y en el funcionamiento mental de las mujeres que tiene que recurrir al aborto voluntario como método contraceptivo. Hay autores que afirman que sólo las mujeres que presentan un trastorno base de la personalidad previo al aborto son las que presentan sintomatología psiquiátrica después del aborto inducido<sup>(186-189)</sup>.

***Justificación y objetivos***



## **II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO:**

El aborto es una práctica médica frecuente, incluida en la cartera de servicio del Sistema Nacional de Salud español desde 1985, de la que existen escasos trabajos que estudien los condicionamientos sociodemográficos y motivacionales que llevan a la mujer a optar por la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

El embarazo y el aborto suponen circunstancias vitales excepcionales en la vida de la mujer, siendo muy pocos los estudios que describan los perfiles de ansiedad y los relacionen con las circunstancias sociodemográficas de la mujer.

### **1. OBJETIVOS GENERALES**

- 1- Describir el perfil sociodemográfico y motivacional de una muestra de mujeres que acuden a realizar IVE en Castilla y León.
- 2- Identificar el perfil de ansiedad en una muestra de mujeres que acuden a realizar IVE en Castilla y León.
- 3- Realizar un estudio comparativo entre las mujeres que solicitan una interrupción de su embarazo con mujeres embarazadas que deciden proseguir con el mismo.

## 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Describir el perfil sociodemográfico de la mujer castellanoleonesa que opta por realizar aborto.
- 2- Comparar las características sociodemográficas de la mujer que opta por una IVE con la que mantiene el embarazo.
- 3- Estudiar las motivaciones que inducen a optar por el aborto.
- 4- Comparar las motivaciones que conducen a la mujer a mantener su embarazo, con respecto a la que optó por interrumpirlo.
- 5- Realizar un estudio comparativo de los condicionamientos sociodemográficos entre la mujer que opta a IVE y la que mantiene el embarazo.
- 6- Analizar el uso de anticoncepción en la mujer que opta a IVE.
- 7- Identificar los niveles de ansiedad de la mujer que opta a IVE.
- 8- Comparar la ansiedad estado/ansiedad rasgo entre el grupo de mujeres que opta a IVE y la que mantiene su embarazo.
- 9- Analizar los condicionamientos sociodemográficos que influyen en el perfil de ansiedad de la mujer que aborta.
- 10- Comparar los perfiles sociodemográficos y niveles de ansiedad en la mujer que aborta y la que mantiene su embarazo.

## ***Material y métodos***



### III. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, descriptivo y analítico.

#### 2. LUGAR DE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Las encuestas han sido realizadas en la clínica oficial concertada para la IVE Ginemédica de Valladolid y en los Centros de Salud de Pilarica, Gamazo, Tudela y Cigales de Atención Primaria Valladolid pertenecientes a Sacyl de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

La clínica Ginemédica de Valladolid esta acreditada para recibir pacientes privados de toda Castilla y León y de otras autonomías y es una de las principales clínicas concertadas. En concreto a dicha clínica se derivan las mujeres que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo en la seguridad social en las áreas de salud de Ávila, Burgos, Segovia y Valladolid.

#### 3. PROFESIONALES QUE INTERVIENEN AL APLICAR LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y TIPO DE MUESTRA RECLUTADA:

- *Profesional Investigador:*

La encuesta ha sido realizada por diferentes médicos de familia que desarrollan su trabajo en diferentes centros de salud de la comunidad autónoma. En la clínica Ginemédica las encuestas han sido realizadas por la doctoranda únicamente.

- *Muestra reclutada:*

Se han considerado dos grupos los cuales están formados por mujeres cuya edad varía entre los 15 a los 44 años y que:

- Solicitaron la interrupción voluntaria del embarazo en su centro de salud o en la Clínica Ginemédica.
- Acudían a su centro de salud para control rutinario de su embarazo.

- *Cálculo del tamaño muestral:*

Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, se precisaban 70 sujetos en el grupo de interrupción voluntaria del embarazo y 70 en el grupo de control rutinario de embarazo para detectar una diferencia igual o superior a 5 unidades en el cuestionario Ansiedad Estado. Se asume que la desviación estándar común es de 10 y se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%. Finalmente fueron incluidas 100 mujeres dentro de cada grupo.

La diferencia de los dos grupos en cuanto a la Ansiedad estado ha resultado ser de 14 puntos y la desviación estándar común de 13, bajo las mismas condiciones (riesgo alfa de 0,05, riesgo beta de 0,2 y una tasa de pérdidas del 10%) para el cálculo del tamaño muestra, con estos datos hubiese sido suficiente una muestra de 16 mujeres de embarazadas y 16 de IVE.

#### **4. INSTRUMENTACIÓN:**

La recogida de la información, se realizó mediante un cuestionario diseñado para ser autoaplicado a las mujeres. La encuesta consta de dos partes<sup>(191)</sup>:

- Una primera parte formada por una variables, que recogen información sociodemográfica y las motivaciones que le han llevado o le llevarían a realizar una interrupción voluntaria de su embarazo. Estos ítems han sido consensuados con el personal de la clínica concertada y los profesionales de Atención Primaria previo a la realización de las entrevistas. Ver *Anexos I y II*.

- La segunda parte de la encuesta estaba formada por el cuestionario STAI de C.D. Spielberg. Este cuestionario comprende dos escalas separadas que permiten la autoevaluación de la ansiedad como estado (A/E), y de la ansiedad como rasgo (A/R). La ansiedad estado se entiende como una condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos de aprensión y tensión, así como por la presencia de síntomas de hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad rasgo indica una propensión relativamente estable, a reaccionar con ansiedad ante situaciones que son vividas como amenazadoras. El cuestionario puede consultarse en el *Anexo III*.

Este proyecto han sido aprobado por el Comité Ético del Área Este de Valladolid. Para la correcta cumplimentación de las encuestas y de los cuestionarios STAI, se realizó una fase de formación al personal investigador.

Las mujeres fueron reclutadas de manera aleatoria en el momento de acudir a una sesión de interrupción voluntaria de embarazo en la clínica Ginemédica y el grupo de mujeres embarazadas fueron seleccionadas aleatoriamente a partir de los controles rutinarios de su embarazo, en los centros de salud de Atención Primaria del Área Este de Valladolid: Centro de Salud Urbano Pilarica y Gamazo, Centros de Salud Rurales de Cigales y Tudela, y en el Hospital Comarcal de Medina del Campo. En todos ellos fue necesaria la participación de las matronas y de médicos de familia que colaboraron activamente en este trabajo.

La entrevista realizada se caracterizó por ser semi-cerrada, dirigida y extensiva:

- Se eligió que fuera semi-cerrada porque permitía que, en ocasiones, la encuestada tuviera la libertad para responder a las preguntas planteadas siempre y cuando fuera interesante contar con sus opiniones y circunstancias personales.

- Se optó por preguntas pre-formuladas, caracterizadas porque la mujer interrogada debía ubicar su respuesta en el marco que nosotros le proponíamos. Además pretendíamos conseguir información simple, precisa y estandarizada.

- El personal investigador permanecía disponible para solventar cualquier duda antes, durante y después de la entrevista.

- La escala se realizó de forma autoaplicada.

Una vez recopilados los datos fueron almacenados de forma anónima en una base de datos creada en el programa informático Microsoft Access de Office para Windows.

## 5. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO:

En nuestro trabajo se han analizado dos tipos de variables:

- 1- Variables sociodemográficas
- 2- Variables clínicas de ansiedad

### 5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

#### ❖ 1<sup>er</sup> GRUPO: MUJERES QUE SOLICITAN UNA INTERRUPCIÓN DE SU EMBARAZO:

A continuación se definen cada uno de los ítems especificados que conforman la hoja de recogida de datos de la mujer que solicita una IVE (*Anexo I*):

➤ *EDAD*: Años ya cumplidos, en el momento de realización de la encuesta y de la interrupción de su embarazo.

➤ *PAÍS DE PROCEDENCIA*: País de procedencia de la mujer, entendiendo éste como su lugar de nacimiento. Se daba la opción de respuesta abierta.

➤ *CIUDAD DE RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE LA IVE*: Ciudad de residencia en el momento del aborto. Se daba la opción de respuesta abierta para poder clasificar el medio (Rural/Urbano) posteriormente en el análisis de resultados.

➤ *MESES DE ESTANCIA EN ESPAÑA*: Respuesta cerrada con el siguiente listado: Tiempo de estancia en España menor de 6 meses, de seis meses hasta un doce meses, 1 año entero, dos años, tres años, o más de tres años.

#### ➤ *TIPO DE CONVIVENCIA*:

○ *En pareja*: Se incluían en esta categoría a las parejas casadas y que sin estarlo compartían residencia. Nos pareció que ambas situaciones podían incluirse en el mismo epígrafe, ya que se adaptan mejor a la realidad social actual y muestran similar grado de estabilidad.

○ *Vivo sola*: Se incluían en esta categoría:

- Mujer que vive sola y ha tenido una relación esporádica, embarazo producido por una relación sexual entre personas que no se conocían

anteriormente y a los que no les unía ningún vínculo sentimental.

- Mujer que tiene pareja a la que le une un vínculo sentimental pero que cada sujeto vive en un domicilio diferente.

- *Convivo con mis padres o familiares:* Se incluía en este apartado a la mujer que convive con sus padres, o en casa de algún familiar y que puede tener pareja estable o no.

- *Convivo con otras personas:* Mujer que convive con otras personas sin relación de tipo sentimental, ni familiar. Se incluían relaciones de amistad, mujeres que comparten piso por su situación económica, con individuos que no conocían previamente.

- *ESTUDIOS:* Se daba la opción de contestar con respuesta cerrada entre las siguientes opciones:

- *No sé leer ni escribir :* Se incluía en este apartado a las mujeres analfabetas, aquellas que no pueden leer ni escribir, pueden leer pero no escribir, pueden leer y escribir sólo una o varias frases que recuerden de memoria y pueden leer y escribir solamente números o su propio nombre.

- *Sin estudios:* Comprende aquellas personas que no han sido escolarizadas más de cinco años y que pueden ser consideradas analfabetas, es decir, capaces de leer y escribir, comprendiendo una breve y sencilla exposición de hechos relativos a su vida corriente.

- *Estudios de primer grado:* Se incluían en este apartado a las mujeres con educación primaria y equivalentes.

- *Estudios de segundo grado y primer ciclo:* Se incluían en este apartado a las mujeres que estaban estudiando, o habían finalizado sus estudios de Educación Secundaria Obligatoria, o equivalentes.

- *Estudios de segundo grado y segundo ciclo:* Se incluían en este apartado a las mujeres que estaban estudiando o habían finalizado el título de Bachillerato o diferentes ciclos de Formación Profesional.

- *Estudios de tercer grado:*
  - Se incluían en este apartado a las mujeres que habían finalizado estudios universitarios de tipo diplomatura o equivalentes.
  - Se incluían en este apartado a las mujeres que estaban estudiando estudios de grado, o que habían finalizado estudios universitarios de licenciatura, también las que estaban estudiando en escuelas técnicas superiores, así como las mujeres que tenían estudios de postgrado (máster, doctorado, cursos de postgrado...)
- *No sé:* En este apartado se incluían aquellas mujeres que no sabían sus estudios. Aquellas mujeres que habían realizado sus estudios en el extranjero y no sabían equipararlos con los títulos españoles. También aquellas mujeres que no querían especificar sus estudios.
  - *SITUACIÓN LABORAL:* se consideró la situación actual y la ocupación principal tanto de la mujer como de su pareja o aquella persona que ella consideró su sustentador principal.
- *Perfil laboral de la mujer:* Consistía en una respuesta cerrada entre las siguientes opciones : Empresaria con asalariados a su cargo, Empresaria sin asalariados a su cargo en régimen de autónoma. Mujer que trabaja en sector privado y que recibe un sueldo o jornada por sus servicios a la empresa. Mujer que trabaja a comisión según sus objetivos cumplidos en el sector privado. Mujer que trabaja en el sector público con sueldo, o comisión según objetivos. Mujer que se encuentra en el paro y que esta en el periodo de prestación económica, así como la mujer que se encuentra en el paro pero ha agotado su prestación económica. Mujer que está en el paro sin prestación económica ya que está buscando su primer empleo. Mujer que se encuentra estudiando y no trabaja ni cobra prestación económica. Mujer que se dedica a las labores del hogar y no cobra prestación económica. Cualquier otro tipo de situación que no encajara con las descritas se ubicaba en la opción de “otra situación”.

○ *Perfil laboral de la pareja:* Consistía en una respuesta cerrada entre las siguientes opciones : Empresario con asalariados a su cargo, Empresario sin asalariados a su cargo en régimen de autónoma, hombre que trabaja en sector privado y que recibe un sueldo o jornada por sus servicios a la empresa. Hombre que trabaja a comisión según sus objetivos cumplidos en el sector privado. Hombre que trabaja en el sector público con sueldo, o comisión según objetivos. Hombre que se encuentra en el paro y que esta en el periodo de prestación económica, así como la pareja que se encuentra en el paro pero ha agotado su prestación económica. Hombre que está en el paro sin prestación económica ya que está buscando su primer empleo. Hombre que se encuentra estudiando y no trabaja ni cobra prestación económica. Hombre que se dedica a las labores del hogar y no cobra prestación económica. Cualquier otro tipo de situación que no encajara con las descritas se ubicaba en la opción de “otra situación.

➤ *TENGO INGRESOS PROPIOS:* En este apartado se preguntaba a la mujer si tenía ingresos económicos propios de algún tipo y se ubicaba en una respuesta cerrada con dos opciones : Sí o No

➤ *NÚMERO DE HIJOS PREVIOS VIVOS:* Se distinguía si no tenía hijos previos, si tenía hijos vivos, y la edad del hijo más pequeño.

➤ *NÚMEROS DE ABORTOS PREVIOS:* Se preguntaba por Abortos anteriores, refiriéndonos al número de abortos provocados previos al actual.

➤ *ANTICONCEPCIÓN QUE REALIZABA:* Durante la entrevista se preguntó a las mujeres sobre el uso o no de anticonceptivos. Por ello, se diferenció entre aquellas que los utilizaron o no. Entre los anticonceptivos conocidos por las primeras se distinguieron los métodos naturales: Ogino o del calendario, Billing o del moco cervical, coitus interruptus y temperatura, y los anticonceptivos hormonales orales, el anillo vaginal, el parche, los implantes e inyectables, el dispositivo intrauterino (D.I.U.) y el preservativo. Si el método empleado no se encontraba entre las respuestas preformuladas, se daba la opción de añadirlo (óvulos, cremas espermicidas, vasectomía, ligadura tubárica, etc.). Esta

información además hacía referencia a: Anticoncepción en el momento del aborto. Anticoncepción durante el año previo al aborto.

➤ *EN ESTA ÚLTIMA OCASIÓN: ¿Has usado la “píldora del día después”?* : Se daba la opción entre la respuesta “sí o no”.

➤ *SEMANAS DE EMBARAZO:* Edad gestacional datada por ecografía (E.G.), indicada en semanas que se hubieran completado.

➤ *MOTIVO DE ESTA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO:*

Motivo del aborto, que han de ser los supuestos legales estipulados, a saber:

- *Violación.*
- *Malformación fetal,* presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psicológicas.
- *Causa materna, peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada.*
- *Otros motivos diferentes:* En esta opción se incluían a todas las mujeres que interrumpían su embarazo en el derecho de abortar en las primeras semanas que estipula la ley. Aquellas mujeres que no querían especificar el motivo.

Se permiten respuestas abiertas que especifiquen y expliquen la motivación que condujo a recurrir al aborto, quedando reflejadas en el espacio ubicado al lado de cada supuesto.

➤ *CENTRO DONDE SE REALIZA EL ABORTO:* Se daba la opción entre Hospital público o clínicas concertadas de Castilla y León.

➤ *LOS GASTOS DE LA INTERRUPCIÓN DE I.V.E. los paga:* Se daba dos opciones de respuesta cerrada, las mujeres que realizaban su aborto financiado por el sistema público y las mujeres que se lo financiaban con sus propios recursos económicos.

➤ A continuación, se realizaban un bloque de siete preguntas con las que se intentaba discernir cual era *el MOTIVO PRINCIPAL DE LA REALIZACIÓN DEL ABORTO PROVOCADO*. Se realizaba mediante entrevista con respuesta cerrada entre sí o no. Se diferenciaba entre los siguientes ítems: Situación económica, situación laboral, influencia de la pareja a la hora de tomar la decisión de IVE, influencia por no tener una pareja

estable, Si le habían motivado algún amigo, algún profesional sanitario, o la familia de la embarazada a tomar la decisión de abortar.

❖ 2º GRUPO: MUJERES EMBARAZADAS:

A continuación pasaremos a definir cada uno de los ítems especificados que conforman la hoja de recogida de datos de la mujer embarazada (*Anexo II*):

➤ Los apartados Edad, País de procedencia, Ciudad de residencia en el momento de la realización de la encuesta, Meses de estancia en España, Tipo de convivencia, Estudios, Situación laboral de la mujer embarazada y de la pareja, Ingresos propios, número de hijos previos y de abortos voluntarios previos, anticoncepción que realizaba, uso de la píldora del día después y semanas de embarazo, se han aplicado los mismos criterios definidos en el cuestionario de mujeres que solicitan una interrupción de embarazo.

➤ Con las últimas siete preguntas de la encuesta, se intentaba deducir cual sería el motivo por el cual la embarazada realizaría una interrupción de su embarazo. Se realizaba mediante entrevista con respuesta cerrada entre sí o no. Se diferenciaba entre los siguientes ítems: Situación económica, situación laboral, influencia de la pareja a la hora de tomar la decisión de IVE, influencia por no tener una pareja estable, Si le habían motivado algún amigo, algún profesional sanitario, o la familia de la embarazada a tomar la decisión de abortar.

## 5.2. VARIABLES CLÍNICAS DE ANSIEDAD:

El segundo apartado consiste en el estudio psicológico de los dos grupos de mujeres, mediante el *Cuestionario STAI de C.D. Spielberg* ( Ver Anexo III):

Este cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). La escala E (A/E) consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir como se siente en un momento particular, en nuestro estudio en el momento de abortar, mientras en la escala R(A/R), también con 20 frases, puede mostrar cómo se siente el sujeto “generalmente”<sup>(191)</sup>.

El cuestionario fue autoaplicado. Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va del 0 a 3 puntos en cada elemento. En la corrección definitiva se obtendrá la puntuación directa en el apartado STAI Rasgo y en STAI Estado.

En general los sujetos A/R+ (con mayor ansiedad rasgo) presentarán un A/E + (con mayor ansiedad estado) que los sujetos A/R-, porque los A/R+ ven muchas más situaciones amenazadoras. Por tanto, los A/R + son más propensos a responder con un aumento de A/E en situaciones de relaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza a la autoestima( por ejemplo enfrentarse a una tarea difícil o novedosa). Sin embargo, el hecho de que las personas difieren en A/R muestran unas correspondientes diferencias en A/E , depender del grado en que la situación específica es percibida por un determinado individuo como peligrosa, esto está muy influido por las particulares experiencias pasadas.

## 6. DESARROLLO TEMPORAL DEL ESTUDIO:

- *Junio 2012- Septiembre 2012:*
  - Búsqueda bibliográfica.
  - Diseño y elaboración de cuestionario de variables sociodemográficas.
  - Inicio de Pilotaje de cuestionario en centro de salud Pilarica.
  
- *Octubre 2012- Enero 2013:*
  - Aprobación por los Comités de Ética y de Investigación clínica del área de salud Valladolid Este (Hospital Clínico Universitario).
  - Aprobación por la Gerencia de Atención Primaria del Área Este de Valladolid.
  - Permiso de realización de trabajo de campo :
    - Con el grupo de mujeres que solicitan una I.V.E en la clínica Ginemédica.
    - Con el grupo de mujeres embarazadas en los centros de salud colaboradores. Búsqueda de los profesionales responsables de aplicar los cuestionarios sociodemográficos y cuestionario STAI a las mujeres.
  
- *Enero 2013- Febrero 2013*
  - Evaluación del Pilotaje.
  - Elaboración definitiva del cuestionario de variables sociodemográficas de los dos grupos de mujeres.
  
- *Febrero-Junio 2013:*
  - Fase de realización de las encuestas a las mujeres que solicitan una IVE.
  
- *Junio 2013- Octubre 2013 :*
  - Fase de realización de las encuestas a las mujeres embarazadas
  
- *Noviembre 2013- Enero 2014:*
  - Introducción y procesado de datos.
  
- *Febrero 2014- Diciembre 2014:*
  - Tratamiento estadístico y análisis de resultados.

## 7. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Las variables cuantitativas se presentan con la media y la desviación típica y las cualitativas según su distribución de frecuencias.

Mediante el test Chi-cuadrado de Pearson, se ha analizado la asociación de las variables cualitativas. En el caso de que el número de celdas con valores esperados menores de 5 sea mayor de un 20%, se ha utilizado el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías.

Las comparaciones de los valores cuantitativos en los dos grupos de mujeres se ha realizado mediante la prueba T de Student para muestras independientes.

La correlación de las variables cuantitativas ha sido calculada con el coeficiente de correlación de Pearson para la edad y de Spearman en el número de abortos previos y el número de hijos.

Se ha realizado un análisis de regresión lineal multivariante para la variable Ansiedad Estado con aquellas variables que resultaron ser estadísticamente significativas a nivel 0,1 en los análisis previos. En los modelos de regresión multivariante se ha utilizado el Método: "Adelante".

Los datos serán analizados con el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. Aquellos valores de  $p < 0,05$  serán considerados estadísticamente significativos

## ***Resultados***



#### IV. RESULTADOS

La sistemática que se va a seguir para la exposición de los resultados será la siguiente:

1. Descripción de los datos sociodemográficos recogidos en las encuestas aplicadas a las mujeres que componen la muestra estudiada:

- Grupo de mujeres que solicitaron una I.V.E
- Grupo de mujeres embarazadas.
- Comparación de los dos grupos del estudio.

2. Descripción de los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas realizadas a las mujeres que componen la muestra estudiada

- Grupo de mujeres que solicitaron una I.V.E
- Grupo de mujeres embarazadas.
- Comparación de los dos grupos del estudio.

## 1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

### 1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE FILIACIÓN

Describiremos en este apartado los factores de edad, país de origen, ciudad de residencia, antigüedad de estancia en España, y tipo de convivencia.

Hemos estudiado un total de 200 mujeres, de las cuales, 100 fueron reclutadas en el momento de acudir a una sesión de interrupción del embarazo (IVE) y 100 embarazadas atendidas en diferentes centros de salud de Valladolid del Área Este de SACYL.

#### 1.1.1. EDAD

La edad media del grupo que acudió a IVE fue de  $29,4 \pm 6.8$  años (Rango 15-44 años). La edad media de las embarazadas que acudían a control de su embarazo fue de  $32,6 \pm 5,9$  años (Rango 16-45 años).

Las mujeres que acudieron al IVE fueron como término medio 3 años más jóvenes que las embarazadas, diferencia que resulto ser estadísticamente significativa ( $p = 0,01$ ).

#### 1.1.2. PAÍS DE PROCEDENCIA

La distribución de ambos grupos en función del país de procedencia se representa en la *Tabla 5* donde se muestra por orden descendente que el 77% de las mujeres que interrumpieron su embarazo eran españolas, seguidas de las búlgaras (6%) y rumanas(4%).

El país de procedencia de las mujeres que controlaron su embarazo en el Sacyl era en su mayor parte España (81%) seguido de las procedentes de República Dominicana (4%).

Tabla 5. Distribución de la población estudiada según país de procedencia.

PAÍS DE PROCEDENCIA	GRUPO	
	IVE	Embarazada
	N(%)	N(%)
BOLIVIA	1 (1%)	2 (2%)
BRASIL	1 (1%)	0 (0%)
BULGARIA	6 (6%)	1 (1%)
COLOMBIA	2 (2%)	0 (0%)
CUBA	2 (2%)	0 (0%)
ECUADOR	1 (1%)	1 (1%)
EL SALVADOR	1 (1%)	0 (0%)
ESPAÑA	77 (77%)	81 (81%)
FRANCIA	0 (0%)	1 (1%)
GUATEMALA	0 (0%)	1 (1%)
ITALIA	0 (0%)	1 (1%)
MARRUECOS	1 (1%)	1 (1%)
MOZAMBIQUE	1 (1%)	0 (0%)
PERU	0 (0%)	2 (2%)
R.DOMINICANA	2 (2%)	4 (4%)
REINO UNIDO	0 (0%)	1 (1%)
RUMANIA	4 (4%)	1 (1%)
VENEZUELA	1 (1%)	3 (3%)

En relación al área geográfica, el mayor porcentaje de las mujeres, tanto del grupo de IVE (77%), cómo de embarazadas (81%) eran Españolas. Seguidas de las procedentes de Iberoamérica con un 11% de las mujeres que abortaron y un 13% de las mujeres embarazadas. Resalta el hecho de que el 10 % de las mujeres que procedían de Países del Este abortaron, frente a un 2% que continuaron con su embarazo. (Tabla 6 y Figura 22).

Tabla 6. Distribución de la población estudiada según el área geográfica de procedencia.

GRUPO		n (%)
IVE	España	77 (%)
	América Latina	11 (11%)
	Países del Este	10 (10%)
	África	2 (2%)
	Total	100 (100%)
Embarazada	España	81 (81%)
	Europa	3 (3%)
	América Latina	13 (13%)
	Países del Este	2 (2%)
	África	1 (1%)
	Total	100 (100%)

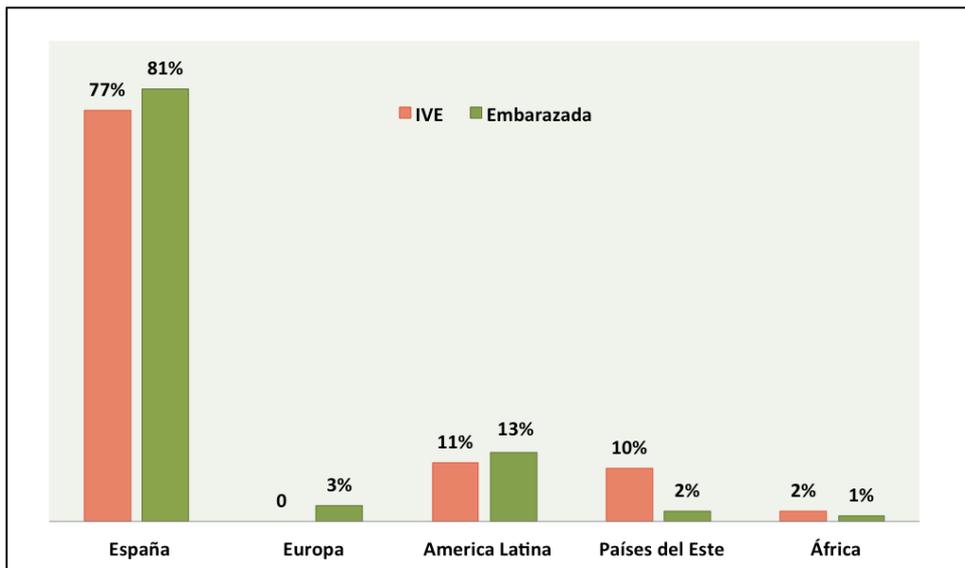


Figura 22. Distribución de la población estudiada según área geográfica de procedencia.

### 1.1.3. CIUDAD DE RESIDENCIA EN ESPAÑA

La distribución de las mujeres según su ciudad de residencia se expresa en la *Tabla 7*. En nuestro estudio la mayoría de las mujeres que solicitaron una IVE vivían en la provincia de Valladolid (43%). Otra parte importante estaba constituida por las mujeres que residían en la provincia de Burgos (19%) Segovia (15%) , Palencia (10%). y Ávila (7%). resultó ser estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). La distribución del grupo de mujeres embarazadas residía en su mayoría en la provincia de Valladolid.

Tabla 7. Distribución de la población estudiada según la ciudad de residencia.

GRUPO	PROVINCIA	MUNICIPIO	n (%)
IVE	ÁVILA	Ávila	5 (5%)
		Arenas de San Pedro	1 (1%)
		Arévalo	1 (1%)
	BILBAO	Bilbao	1 (1%)
	BURGOS	Burgos	17 (17%)
		Aranda de Duero	1 (1%)
		Castrillo de la Vega	1 (1%)
	LEÓN	Astorga	1 (1%)
	PALENCIA	Palencia	10 (10%)
	SALAMANCA	Salamanca	2 (2%)
	SEGOVIA	Segovia	13 (13%)
		Cuellar	1 (1%)
		El Espinar	1 (1%)
	TOLEDO	Toledo	1 (1%)
	VALLADOLID	Valladolid	34 (34%)
		Aldeamayor de San Martín	1 (1%)
		Laguna de Duero	1 (1%)
		Medina del Campo	3 (3%)
		Nava del Rey	1 (1%)
		Predajas de San Esteban	2 (2%)
Renedo		1 (1%)	
ZAMORA	Villalpando	1 (1%)	
	TOTAL	100 (100%)	
Embarazada	SALAMANCA	Salamanca	1 (1%)
	VALLADOLID	Valladolid	80 (80%)
		Cigales	7 (7%)
		Medina del Campo	12 (12%)
		TOTAL	100 (100%)

Se exponen a continuación en la *Tabla 8* y en la *Figura 22* los resultados obtenidos al relacionar cada grupo de mujeres de nuestro estudio con la residencia en un medio rural o un medio urbano. Del total de las mujeres que controlaron su embarazo en el Sacyl, el 81% residían en medio urbano y el 19% en un medio rural. De las 100 mujeres que solicitaron la IVE, el 82% procedían de un medio urbano, frente a un 18 % que residían en un medio rural.

Tabla 8. *Distribución de la población estudiada según el medio rural o urbano en el que vive.*

GRUPO		N(%)
IVE	Rural	18(18%)
	Urbano	82(82%)
	Total	100(100%)
Embarazada	Rural	19(19%)
	Urbano	81(81%)
	Total	100(100%)

Al analizar el grupo de mujeres que acudieron al IVE, según su procedencia del medio rural o urbano, dentro de la provincia de origen, resalta el hecho de que la mayoría de las mujeres residen en el medio urbano. Hecho que resulta significativo ( $p < 0,01$ ) (*Figura 23*).

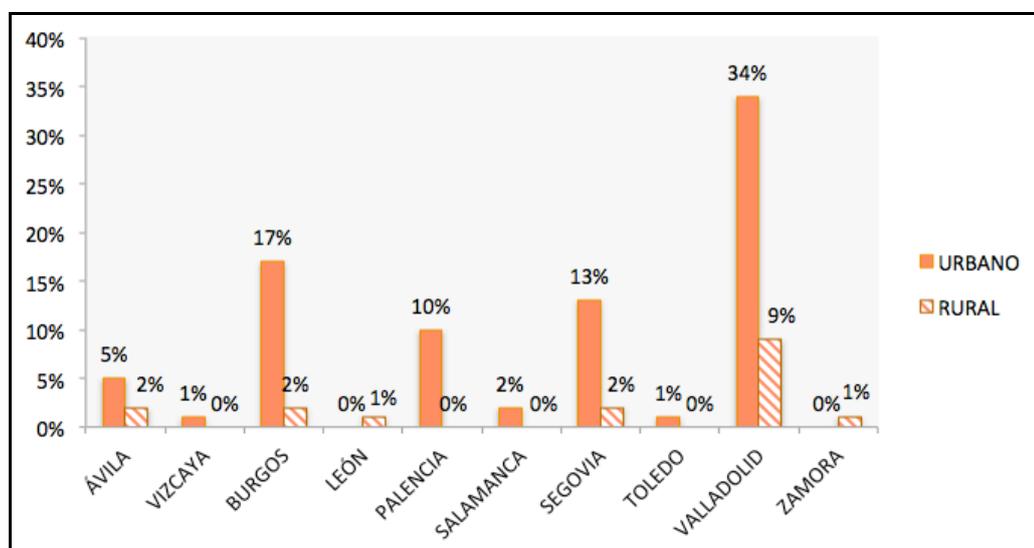


Figura 23: *Distribución de las mujeres del grupo IVE según provincia de origen y medio rural o urbano*

#### 1.1.4. TIEMPO DE ESTANCIA EN ESPAÑA:

Casi la totalidad de las mujeres de los dos grupos de mujeres incluidos en nuestro estudio, llevaban viviendo en España más de tres años, con unos porcentajes de 97% para el grupo de las mujeres que estaba en proceso de abortar y 100% para el grupo de mujeres que continuaron con su embarazo.

#### 1.1.5. TIPO DE CONVIVENCIA:

La valoración del tipo de convivencia en el grupo de I.V.E (*Tabla 9*) revela que la mitad de las mujeres que se sometió a un aborto provocado convivía en pareja (50%). Otra parte importante estaba constituida por las mujeres que convivían con sus padres o estaban alojados en casa de algún familiar (35%), finalmente un 14% vivía sola. Al analizar el grupo de las mujeres embarazadas, se observa que casi la totalidad (91%) vivía en pareja, el 6% convivían con padres o algún familiar y el 2% del total vivían solas.

Tabla 9. *Distribución de la población estudiada según el tipo de convivencia*

GRUPO		N(%)
IVE	Convivo en pareja	50(50%)
	Vivo sola	14(14%)
	Convivo con mis padres/familiares	35(35%)
	Convivo con otras personas	1(%)
	Total	100(100%)
Embarazada	Convivo en pareja	91(91%)
	Vivo sola	2(2%)
	Convivo con mis padres/familiares	6(6%)
	Convivo con otras personas	1(1%)
	Total	100(100%)

Cuando se analizan la variable “convivencia en pareja” entre el grupo de mujeres que abortaron y entre las que prosiguieron con su embarazo, se observa que es mayor la prevalencia de las mujeres que vivían en pareja en el grupo de las embarazadas (91%, frente a un 50%). Por el contrario si comparamos la variable convivencia con padres/familiares entre los dos grupos estudiados, observamos que el mayor porcentaje se encuentra en las mujeres que abortaron (35%, frente a un 6%). La prevalencia de las mujeres que vivían solas es más alta en el grupo de las que abortan (14%) frente a las que estaban embarazadas (2%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la variable tipo de convivencia de las mujeres que abortaron con las mujeres embarazadas ( $p < 0.001$ ) (Figura 24).

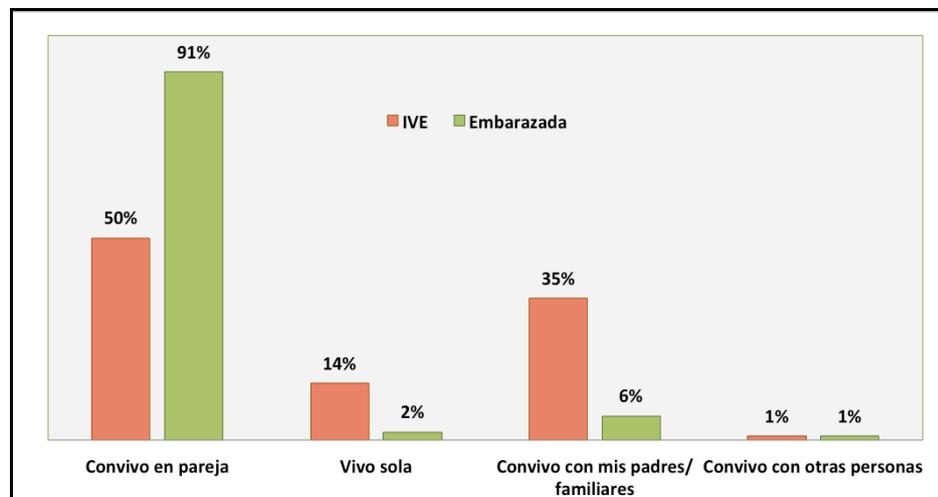


Figura 24. Distribución y comparación de los datos de la población estudiada según tipo de convivencia

## 1.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES SOCIO-CULTURALES

Describiremos en este apartado los factores de nivel de formación, situación laboral de la mujer y de su pareja, nivel socio-económico.

### 1.2.1. NIVEL DE FORMACIÓN

A continuación se exponen los resultados obtenidos sobre el nivel de formación de las mujeres (Ver Tabla 10 y Figura 25). Al analizar el grupo de mujeres de IVE, obtenemos el mayor porcentaje (61%) en las mujeres con estudios de segundo grado. De estas el 33% de las mujeres estaban realizando o habían finalizado estudios de segundo ciclo como Bachillerato o ciclos de formación profesional, y el 28% estaban realizando o habían finalizado estudios de primer ciclo. El 26% de las mujeres que abortaron estaba realizando o había finalizado estudios de tercer grado en Escuelas Universitarias, Facultades, Escuelas Técnicas Superiores o Postgraduados. El 13% restante tenía estudios de Educación Primaria. Dentro del grupo de mujeres embarazadas, más de la mitad de la muestra habían completado estudios de tercer grado (58%), seguidas de un 22% de mujeres con estudios de segundo ciclo, un 13% de mujeres con Educación Primaria y un 7% con estudios de primer ciclo.

Tabla 10. Distribución y comparación de la población estudiada según el tipo de estudios realizados.

Tipo de Estudios:	IVE	Embarazada	Total
Estudios de Primer grado (Educación primaria y equivalentes)	13 (13%)	13 (13%)	26 (13%)
Estudios de Segundo grado Primer ciclo (ESO y equivalentes)	28 (28%)	7 (7%)	35 (17,5%)
Estudios de Segundo grado Segundo ciclo (Bachillerato y ciclos FP)	33 (33%)	22 (22%)	55 (27,5%)
Estudios Tercer grado	26 (26%)	58 (58%)	84 (42%)
Total	100 (100%)	100 (100%)	200(100%)

Al comparar el nivel de estudios en ambos grupos, fue significativamente mayor el nivel de estudios en el grupo de mujeres embarazadas ( $p < 0,001$ ), al observado en el grupo de las mujeres que acudían al IVE. El tipo de estudios que predominaba en las mujeres embarazadas, era de tercer grado, con un porcentaje del 58% frente al grupo de IVE con un 26%. El tipo de estudios que predominaba en las mujeres que abortaban, era de segundo grado, con un porcentaje del 33% frente al 22% en las mujeres embarazadas.

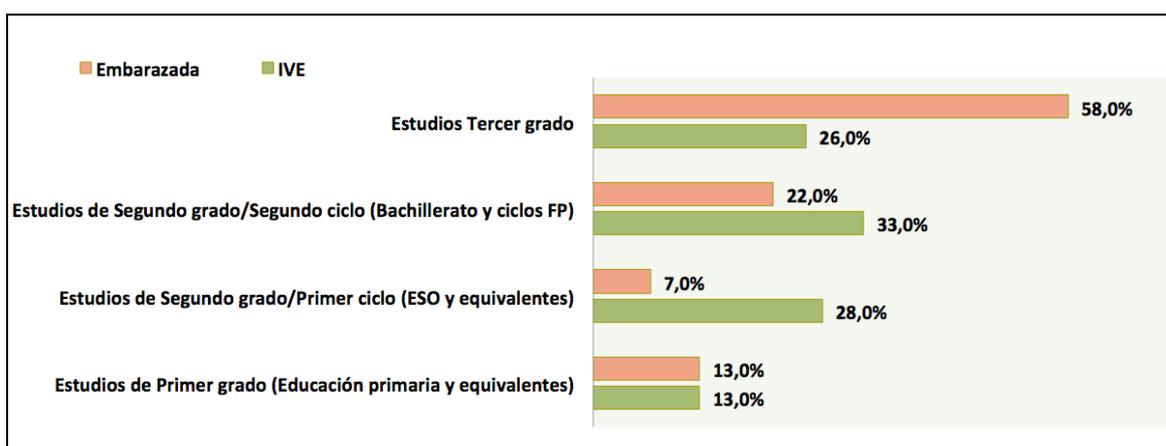


Figura 25. Distribución y comparación de los datos de la población estudiada según nivel de estudios realizados.

### 1.2.2. SITUACIÓN LABORAL DE LA MUJER

Expondremos a continuación la situación laboral de las mujeres que abortan y de las mujeres embarazadas que mantienen su embarazo. Los resultados globales se encuentran en la *Tabla 11*.

Si desglosamos los resultados del grupo de IVE, vemos, por orden decreciente que el porcentaje más alto corresponde a las mujeres que estaban trabajando en el sector privado (38%), seguidas de las mujeres que se encontraban en el paro en ese momento (24%). Otro grupo importante fueron las que trabajaban en el sector público (12%), estudiantes (10%), Empresarias (7%), u otra situación que no querían especificar (4%). Dentro del grupo de mujeres embarazadas, el mayor porcentaje se describe en las mujeres que estaban trabajando en el sector privado (49%), seguidas de las que tenían un

trabajo estable en el sector público (21%), mujeres que se encuentran en el paro en ese momento (18%), empresarias (4%), dedicadas a las labores del hogar (5%), u otra situación (3%).

Tabla 11. *Distribución y comparación de la población estudiada según la situación laboral de la mujer que solicita una I.V.E y de la mujer embarazada.*

<b>Situación Laboral de la mujer</b>	<b>I. V. E</b>	<b>Embarazadas</b>	<b>Total</b>
Empresaria con asalariados a su cargo	0,0%	1,0%	1 (0,5%)
Empresaria sin asalariados a su cargo o autónoma	7,0%	3,0%	10 (5%)
Persona que trabaja a sueldo, jornada o comisión en el sector público	12,0%	21,0%	33 (16,5%)
Persona que trabaja a sueldo, jornada o comisión en el sector privado	38,0%	49,0%	87 (43,5%)
Parada cobrando prestación económica	9,0%	4,0%	13 (6,5%)
Parada sin cobrar prestación económica	13,0%	13,0%	26 (13%)
Parada que busca su primer empleo	2,0%	1,0%	3 (1,5%)
Estudiante	10,0%	0,0%	10 (5%)
Dedicada a sus labores	5,0%	5,0%	10 (5%)
Otra situación	4,0%	3,0%	7 (3,5%)

Se han comparado las mujeres del grupo de IVE frente a las embarazadas, en función de su situación de estabilidad laboral. Hemos considerado tener un trabajo estable el hecho de ejercer en el sector público o de tener una situación indefinida, y a encontrarse en una situación de inestabilidad, el hecho de no tener trabajo, estar estudiando, o tener un contrato con características precarias. Se ha obtenido que, en el grupo de las mujeres que abortaron, el 69% se encontraban en una situación inestable, 14% eran estudiantes, el 12% tenían un trabajo estable, y el 5% se dedicaban a sus labores. Si analizamos el grupo de las mujeres que continuaron con su embarazo, el 71% se encontraban en una situación inestable, el 21% tenían un trabajo estable, el 5% se dedicaban a sus labores, y 3% eran estudiantes.

Al efectuar un contraste de la situación laboral del colectivo global de nuestro estudio, de las mujeres embarazadas y de las que abortaron, encontramos una situación laboral inestable para ambos grupos. Se aprecian diferencias significativas en el grupo de mujeres estudiantes y también de mujeres con un empleo estable. Destaca que la mayoría

de las mujeres que eran estudiantes, interrumpieron voluntariamente su embarazo. Dentro del grupo de las mujeres que tenían un empleo estable se aprecia que el porcentaje de mujeres que continuaron con su embarazo fue significativamente mayor. Las diferencias encontradas para ambos grupos tenían un nivel de significación de  $p < 0,05$ . Los resultados de las prevalencias para los diferentes grupos según su estabilidad laboral se reflejan en la *Tabla 12* y *Figura 26*.

Tabla 12. Distribución según la situación de estabilidad laboral de la mujer que solicita una IVE y de la mujer embarazada que mantiene su embarazo.

Situación Laboral de la Mujer	IVE	Embarazada	Total
Empleo inestable	69 (69%)	71 (71%)	140 (70%)
Empleo Estable	12 (12%)	21 (21%)	33 (16,5%)
Ama de casa	5 (5%)	5 (5%)	10 (5%)
Estudiante	14 (14%)	3 (3%)	17 (8,5%)
Total	100 (100%)	100 (100%)	200 (100%)

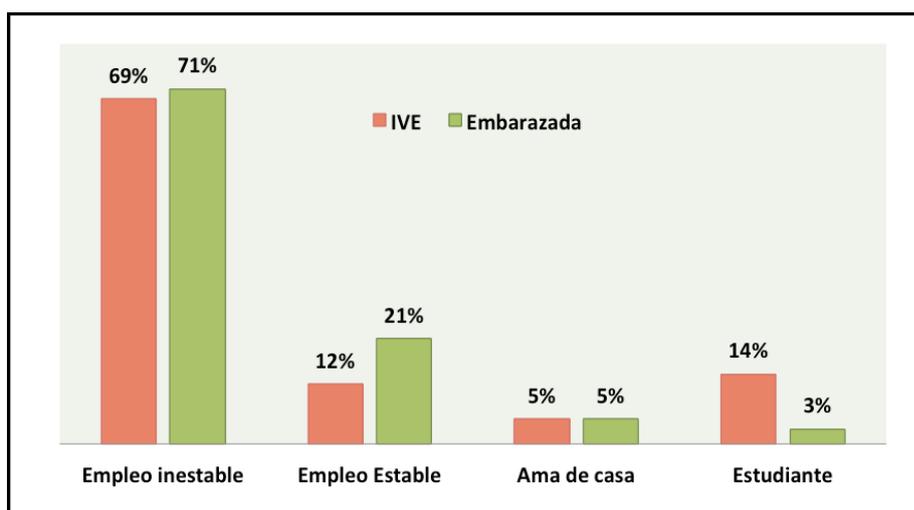


Figura 26. Distribución según la situación de estabilidad laboral de la mujer que solicita una IVE y de la mujer embarazada que mantiene su embarazo.

### 1.2.3. SITUACIÓN LABORAL DE LA PAREJA

En este apartado se relaciona, la situación laboral de la pareja de ambos grupos de mujeres incluidos en nuestro estudio. Al describir el perfil laboral de la pareja de la mujer que interrumpe su embarazo, observamos que el mayor porcentaje se concentró en la respuesta referida como “otra situación”, ya que durante la entrevista preferían no especificar su situación laboral (29%). El 23% estaba trabajando en el sector privado, el 19% se encontraban en el paro en ese momento, el 18% eran empresarios, 6% trabajaban en el sector público, 5% eran estudiantes. Del análisis de la situación laboral de la pareja de la mujer que está embarazada obtenemos que el 48% trabajaba en el sector privado, el 17% estaba en el paro, el 13% trabajaba en el sector público, 11% eran empresarios, 10 % referían estar en otra situación, y un 1% estaba estudiando. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el perfil laboral de la pareja de ambos grupos ( $p < 0,001$ ). (Tabla 13 y Figura 27).

Tabla 13. *Distribución y comparación de la situación laboral de la pareja de la mujer que interrumpe voluntariamente su embarazo y de la pareja de la mujer embarazada.*

	Pareja de la mujer IVE	Pareja de la mujer embarazada	Total
<b>Situación Laboral de la pareja</b>			
Empresario con asalariados a su cargo	1 (1%)	4 (4%)	5 (2,5%)
Empresario sin asalariados a su cargo o autónoma	17 (17%)	7 (7%)	24 (12%)
Persona que trabaja a sueldo, jornada o comisión en el sector público	6 (6%)	13 (13%)	19 (9,5%)
Persona que trabaja a sueldo, jornada o comisión en el sector privado	23 (23%)	48 (48%)	71 (35,5%)
Parado cobrando prestación económica	9 (9%)	12 (12%)	21 (10,5%)
Parado sin cobrar prestación económica	10 (10%)	5 (5%)	15 (7,5%)
Estudiante	5 (5%)	1 (1%)	6 (3%)
Otra situación	29 (29%)	10 (10%)	39 (19,5%)
Total	100 (100%)	100 (100%)	200 (100%)

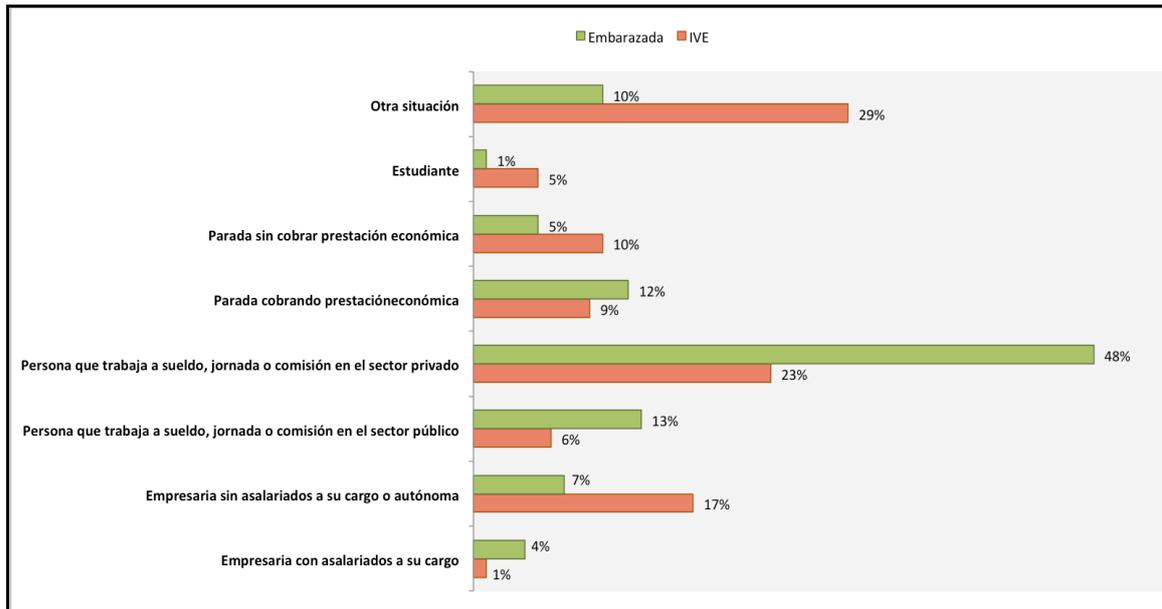


Figura 27. Distribución y comparación de la situación de estabilidad laboral de la pareja de ambos grupos estudiados.

#### 1.2.4. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Se describe a continuación el nivel adquisitivo de las mujeres de ambos grupos. Dentro del grupo de mujeres que abortaban, el 70% tenía ingresos propios, frente al 79% de las mujeres que continuaron embarazo. ( $p=0,144$ ). (Tabla 14 y Figura 28).

Tabla 14. *Distribución de las mujeres del grupo de I.V.E y de las mujeres del grupo de embarazadas, según sus ingresos económicos.*

			Tengo ingresos propios
Grupo	IVE	N	70
		%	70,00%
	Embarazada	N	79
		%	79,00%
Total		N	149
		%	74,50%

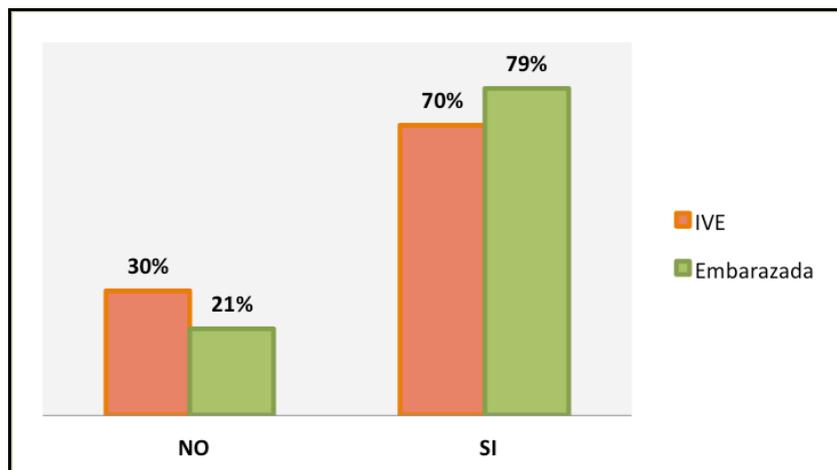


Figura 28. *Distribución y comparación de la población estudiada según sus ingresos económicos.*

### 1.3. DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Describiremos en este apartado los factores relacionados con existencia de hijos previos, número de abortos previos, anticoncepción en el momento de quedarse embarazada, uso de la píldora del día después, causa de la interrupción voluntaria de embarazo, y gastos de la intervención.

#### 1.3.1. HIJOS PREVIOS:

- Existencia de hijos previos:

La tabla recoge los datos sobre la existencia de hijos previos del total de mujeres que hemos incluido en nuestro estudio. Al analizar la distribución en los dos grupos de mujeres (*Tabla 15 y Figura 29*), vemos que la mayoría de las mujeres que decidieron continuar con su embarazo, éste era su primer hijo (70%) y que dentro de las mujeres que decidieron abortar existe una distribución más homogénea, ya que en el 51% de las mujeres éste era su primer embarazo y en el 49% de éstas ya tenía hijos previos.

Tabla 15. *Distribución y comparación de la población estudiada según la existencia de hijos previos.*

			Hijos previos		Total
			NO	SI	
Grupo	IVE	N	51	49	100
		%	51,0%	49,0%	100,0%
	Embarazada	N	70	30	100
		%	70,0%	30,0%	100,0%
Total		N	121	79	200
		%	60,5%	39,5%	100,0%

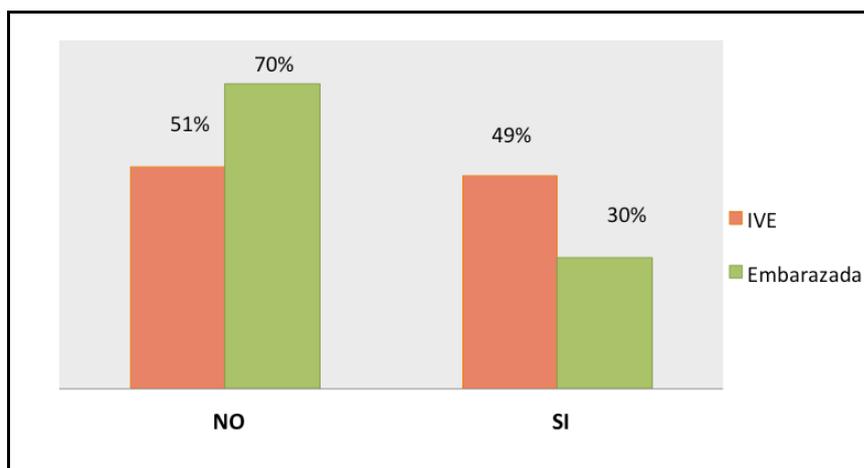


Figura 29. Distribución y comparación de la población estudiada según la existencia de hijos.

o Edad de hijos previos:

La valoración de la edad de los hijos previos en los dos grupos de mujeres incluidos en nuestro estudio revela que entre las mujeres de ambos grupos predominan los hijos con 1 y 2 años de edad.

o Número de hijos previos:

La distribución del número de hijos de las mujeres de ambos grupos se expresa en la *Tabla y Figura 30*. Dentro del grupo de las 49 mujeres que acudió a IVE y que tenía hijos previos, 28 mujeres tenían un hijo (28%), 17 mujeres tenían dos hijos (17%), 1 mujer tenía 3 hijos (1%), 2 mujeres tenían 4 hijos (2%), 1 mujer tenía 5 hijos (1%). Entre las 30 mujeres que estaban embarazadas, 17 mujeres tenían un hijo (17%), 10 mujeres tenían dos hijos (2%), 1 mujer tenía 3 hijos previos (1%), 2 mujeres tenían 4 hijos previos (2%).

La media de número de hijos por cada mujer que acudían al IVE,  $0,78 \pm 1,01$ , fue significativamente mayor ( $p < 0,05$ ) que la media de hijos del grupo de embarazadas,  $0,48 \pm 0,87$ .

Tabla 16 .Distribución y comparación de la población estudiada según número de hijos previos.

Nº de Hijos	GRUPO		Total
	IVE	Embarazada	
0	51 (51%)	70 (70%)	121 (60,5 %)
1	28 (28%)	17 (17%)	45 (22,5 %)
2	17 (17%)	10 (10%)	27 (13,5 %)
3	1 (1%)	1 (1%)	2 (1 %)
4	2 (2%)	2 (2%)	4 (2 %)
5	1 (1%)	0 (0%)	1 (0,5 %)
Total	100 (100%)	100 (100%)	200 (100 %)

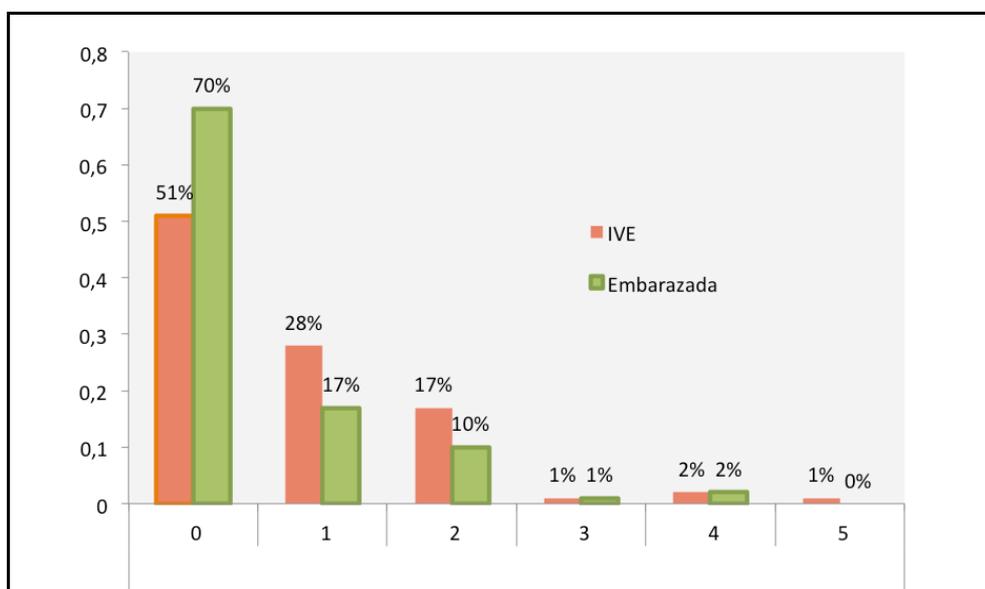


Figura 30. Distribución y comparación de la población estudiada según número de hijo

### 1.3.2. NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS:

El 27% de las mujeres del grupo de I.V.E manifestaron la realización de abortos voluntarios previos. El número de abortos previos se recoge en la *Tabla 17* y *Figura 31*. En ella destaca que, el 22% tenían el antecedente de un aborto previo, el 3% habían abortado en dos ocasiones, el 1% había abortado en 3 ocasiones, y el 1% había abortado previamente en 4 ocasiones. Dentro del grupo de embarazadas se ha obtenido que el 9% había abortado en una ocasión anterior a la actual, el 1% había abortado en 2 ocasiones y el resto (1%) había abortado en 3 ocasiones. La existencia de número de abortos previos en el grupo de mujeres IVE resultó estadísticamente significativo( $p < 0,05$ ).

Tabla 17. *Distribución y comparación de la población estudiada según el número de abortos previos.*

Nº de Abortos Previos	IVE	Embarazada	Total
0	73 (73%)	89 (89%)	162 (81%)
1	22 (22%)	9 (9%)	31 (15,5%)
2	3 (3%)	1 (1%)	4 (2%)
3	1 (1%)	1 (1%)	2 (1%)
4	1 (1%)	0 (0%)	1 (0,5%)
Total	100 (100%)	100 (100%)	200 (100%)

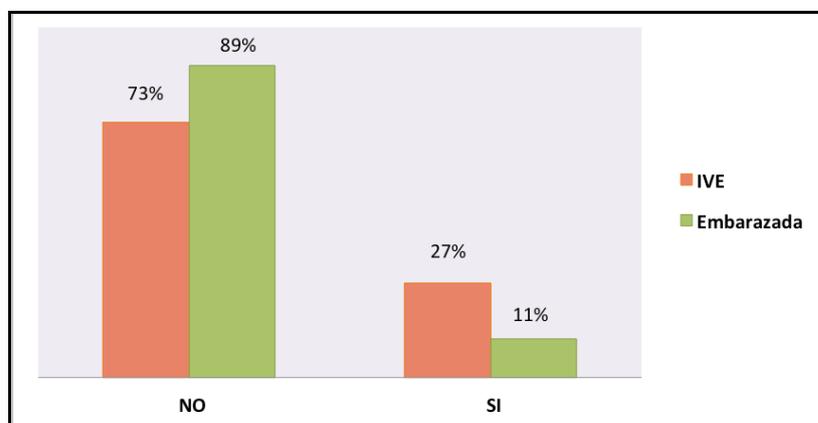


Figura 31. *Distribución y comparación de la población estudiada según la realización de abortos previos.*

### 1.3.3. ANTICONCEPCIÓN EN EL MOMENTO DE QUEDARSE EMBARAZADA:

Los métodos contraceptivos utilizados en el momento de la concepción se han agrupado en las siguientes categorías: ninguno, método natural, métodos barrera, métodos hormonales orales, dispositivo intrauterino o DIU.

La valoración de los diferentes métodos según los dos grupos estudiados (*Tabla 18*) revela que entre el colectivo de mujeres que acudían a la IVE, el 41% refirieron no haber utilizado ningún método contraceptivo durante sus relaciones sexuales, el 40% refirieron utilizar métodos barrera, el 16% métodos hormonales, el 2% método natural , y un 1% ser portadoras de D.I.U. Entre el grupo de mujeres embarazadas el 59% no utilizaron ningún método, el 25% métodos barrera, el 14 % métodos hormonales, y el 2% método natural. En la *Figura 32* se representan estos resultados en un histograma de frecuencias.

Tabla 18. *Distribución y comparación de la población estudiada según el tipo de anticonceptivo utilizado en el momento de quedarse embarazada.*

			Anticoncepción en el momento de quedarte embarazada					Total
			Ninguno	Método Natural	Métodos Barrera	Métodos Hormonales	DIU	
Grupo	IVE	N	41	2	40	16	1	100
		%	41,0%	2,0%	40,0%	16,0%	1,0%	100,0%
	Embarazada	N	59	2	25	14	0	100
		%	59,0%	2,0%	25,0%	14,0%	0,0%	100,0%
Total		N	100	4	65	30	1	200
		%	50,0%	2,0%	32,5%	15,0%	0,5%	100,0%

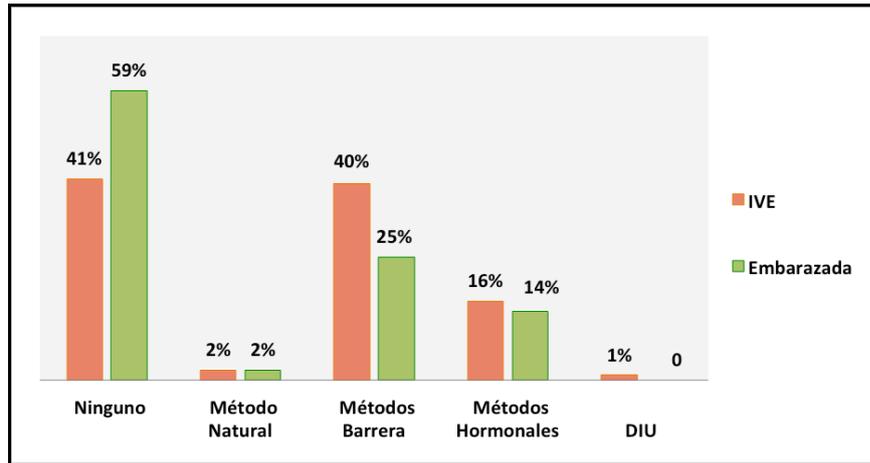


Figura 32. Histograma de frecuencias con la distribución y comparación de la población estudiada según el tipo de anticonceptivo antes de quedarse embarazada

### 1.3.4. ANTICONCEPCIÓN DURANTE EL AÑO PREVIO A LA IVE :

En la *Tabla 19* se reflejan los datos obtenidos del tipo de anticonceptivo utilizado durante el año previo al aborto, en el grupo de las 100 mujeres que acudían a la interrupción de su embarazo. El 44% utilizaba preservativo, el 29% utilizaba anticonceptivos hormonales orales, el 5% portaba el anillo vaginal, 1% había portado un DIU, 1% utilizaba métodos naturales y el 20% no utilizaban ningún tipo de contracepción.

Tabla 19. *Distribución y comparación de la población estudiada según el tipo de anticonceptivo utilizado durante el año previo a la IVE.*

Anticoncepción Año previo a la IVE.	Grupo IVE
	N (%)
Ninguno	20 (%)
Método Natural	1 (1%)
Preservativo	44 (44%)
Anticonceptivo hormonal oral	29 (29%)
Anillo Vaginal	5 (5%)
DIU	1 (1%)
Total	100(100%)

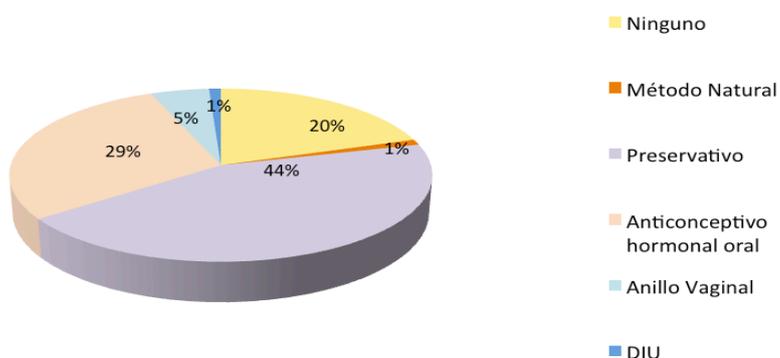


Figura 33. *Distribución de las mujeres del grupo de IVE según el tipo de anticonceptivo durante el año previo al aborto.*

### 1.3.5. USO DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS:

El uso de la píldora postcoital se documentó en el 12% de las mujeres que acudían a la interrupción voluntaria del embarazo, y en el 1% de las mujeres que había decidido continuar con el embarazo. ( $p= 0,002$ ). (Ver *Tabla 20* y *Figura 34*).

Tabla 20. *Distribución y comparación de la población estudiada según la utilización de la píldora postcoital.*

			Uso de la píldora del día después		Total
			NO	SI	
Grupo	IVE	N	88	12	100
		%	88,0%	12,0%	100,0%
	Embarazada	N	99	1	100
		%	99,0%	1,0%	100,0%
Total		N	187	13	200
		%	93,5%	6,5%	100,0%

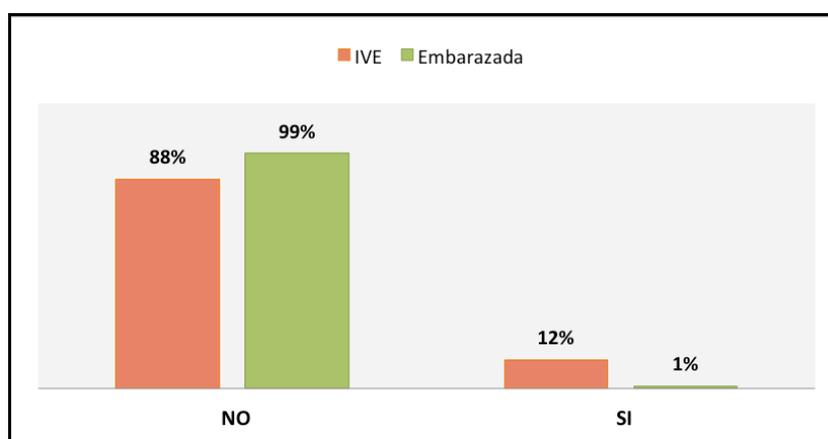


Figura 34. *Distribución y comparación de la población estudiada según la utilización de la píldora poscoital.*

### 1.3.6. CAUSA DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO:

En esta variable se le preguntaba a la paciente cual había sido la causa que le había llevado a tomar la decisión de interrumpir su embarazo. De las 100 mujeres que acudían a la IVE incluidas en nuestro estudio, el 2% afirmaban malformación fetal, el 3% causa materna psicológica, el 4% causa de enfermedad materna, y en el 91% se documentó la causa “otros motivos diferentes” incluyéndose en este apartado, cualquier respuesta como <<porque sí>>, << porque estoy en mi derecho>>, <<porque quiero>>, << porque no es el momento adecuado.>> ( Ver Tabla 21 y Figura 35).

Tabla 21. Distribución de prevalencias de la causa de la interrupción voluntaria de su embarazo.

Causa de IVE.	Grupo IVE N(%)
Violación	0(0%)
Malformación fetal	2(2%)
Alteraciones psicológicas maternas	3(3%)
Enfermedad materna	4(4%)
Otros motivos diferentes	91(91%)

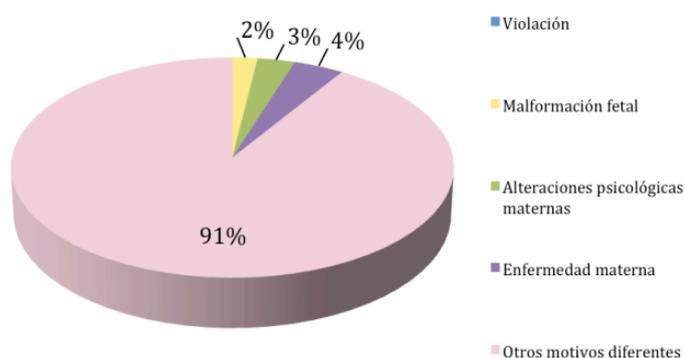


Figura 35. Distribución de prevalencias de la causa de la interrupción voluntaria de su embarazo.

### 1.3.7. CENTRO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Hemos estudiado un total de 100 mujeres que acudían al centro concertado Ginemédica para realizar una interrupción del embarazo. Entre estas, han manifestado el 56% que los gastos de su intervención los financiaba la seguridad social y el 44% restante, lo han financiado de manera privada. Los datos obtenidos se muestran en la *Tabla 22* y *Figura 36*.

Tabla 22. *Distribución de los gastos de la intervención en función de si han sido con financiación pública o privada.*

<b>Financiación de la IVE</b>	<b>N(%)</b>
Seguridad Social	56(56%)
Privado	44(44%)
<b>Total</b>	<b>100(100%)</b>

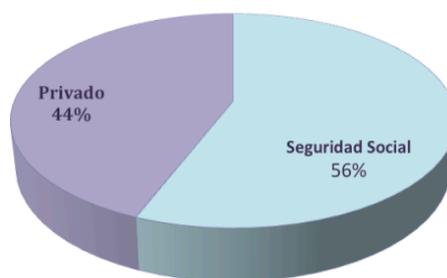


Figura 36. *¿Quién paga los gastos de la interrupción?*

#### 1.4. DESCRIPCIÓN DE OTROS FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

En este apartado describiremos las motivaciones conscientes para interrumpir el embarazo de las mujeres de ambos grupos incluidos en nuestro estudio.

En el caso de las mujeres que acudían a la sesión de IVE, se le preguntaba a la paciente cuales habían sido los principales motivos que le habían llevado a tomar la decisión de interrumpir su embarazo, podían responder una o varias de entre las siguientes opciones (sin ser excluyentes entre sí): su situación económica, situación laboral, su pareja, su familia, algún amigo, o algún profesional sanitario. La distribución de los resultados obtenidos se recogen en la *Tabla 23* y *Figura 37*. En los datos recogidos, se observa que el 65% de las mujeres abortaban por considerar que tenían problemas económicos que les impedían hacer frente a los gastos que ocasionaba un hijo, el 55% consideraba que el embarazo interfería en los planes profesionales de la paciente, el 17% afirmaba que el aborto era una decisión conjunta con su pareja, el 14% abortaba porque le influía la opinión o su situación familiar, el 14% abortaba porque le condicionaba el no tener una pareja estable, el 1% abortaba porque le había motivado algún amigo, y el 2% interrumpía su embarazo por recomendación de un profesional sanitario.

Dentro del grupo de las mujeres embarazadas que acudían a controles rutinarios de su embarazo, se le preguntaba a cada mujer, cual serían los motivos importantes que le llevarían a interrumpir voluntariamente dicho embarazo. La mayoría de las embarazadas abortarían si un profesional sanitario se lo recomendara (61%), el 12% abortaría si su situación económica empeorase, el 7% si su embarazo repercutiera en su situación laboral, el 7% abortaría si no tuviera una pareja estable, el 6% si su pareja le animase a abortar y el 2% si su familia le animase abortar.

Tabla 23. Distribución de la población estudiada según el motivo de la IVE.

MOTIVO:	IVE	EMBARAZADA	P-VALOR
Situación Económica	65,00%	12,00%	<0,001
Situación Laboral	55,00%	7,00%	<0,001
Pareja	17,00%	6,00%	0,015
No tener pareja estable	14 (14%)	7 (7%)	0,106
Familia	14,00%	2,00%	0,02
Amigo/a	1,00%	0,00%	1
Algún profesional sanitario	2,00%	61,00%	<0,001

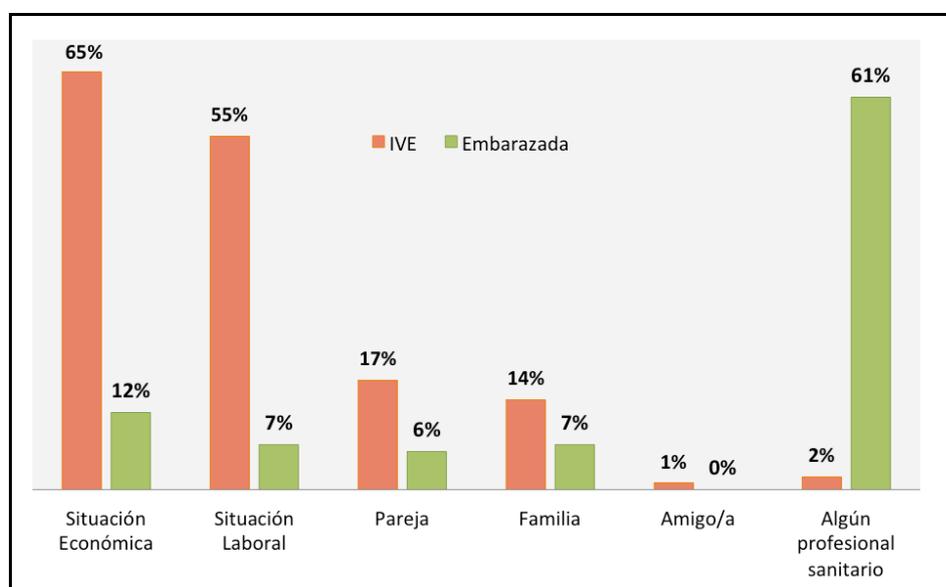


Figura 37. Distribución de la población estudiada según el motivo de la IVE

Dentro de las diferentes motivaciones valoradas no existen diferencias estadísticamente significativas en la asociación de abortar porque haya influido un amigo ( $p=1,000$ ) y tampoco en la asociación de abortar y no tener pareja estable ( $p= 0,106$ ). En el resto de los casos las diferencias son estadísticamente significativas. Dentro del resto de motivaciones destacaría a favor del grupo de mujeres IVE frente a las embarazadas, la

influencia de la situación económica para abortar, 65% vs 12% ( $p < 0,001$ ) y la situación laboral, 55% vs 7% ( $p < 0,001$ ). Por el contrario el 61% de las mujeres embarazadas, se plantearía interrumpir su embarazo siempre y cuando se lo recomendará algún profesional sanitario, sin embargo, dándose la misma situación, sólo el 2% de las mujeres que abortaron seguiría adelante con su embarazo ( $p < 0,001$ ). Los resultados de las prevalencias y niveles de significación estadística para las diversas motivaciones se reflejan en la *Tabla 23*.

## 2. NIVELES DE ANSIEDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

En nuestro trabajo se consideró oportuno por lo que podría añadir de información al perfil sociodemográfico, incluir el estudio un análisis de los niveles de ansiedad que supuestamente podían tener los pacientes tanto de embarazadas como los de IVE.

Para realizar dicha evaluación se ha utilizado la escala de Ansiedad-Rasgo Cuestionario STAI. Este cuestionario facilita información acerca de cómo “eran” de ansiosas (rasgo) y por otra cómo “estaban” de ansiosas (estado).

En la *Tabla 24*, se muestran los valores obtenidos para los resultados de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo de la escala STAI.

Tabla 24. Descriptiva y comparación de los resultados del cuestionario STAI en los dos grupos de estudio.

		Grupo		Prueba T para igualdad de medias			
		IVE	Embarazada	p-valor	Diferencia de medias	Intervalo de Confianza 95%	
						Inferior	Superior
<b>ANSIEDAD ESTADO</b>	Positivos	12,9 ± 6,9	6,5 ± 5,6	<0,001	6,36	4,60	8,12
	Negativos	14,6 ± 7,1	22,4 ± 4,9	<0,001	-7,79	-9,50	-6,08
	Total	28,3 ± 12,8	14,2 ± 9,3	<0,001	14,15	11,03	17,27
<b>ANSIEDAD RASGO</b>	Positivos	15,7 ± 8,3	11,4 ± 7	<0,001	4,28	2,14	6,42
	Negativos	14,2 ± 4,8	16,4 ± 3,4	<0,001	-2,20	-3,36	-1,04
	Total	22,5 ± 11,5	16 ± 9,6	<0,001	6,48	3,53	9,43

Observamos que las puntuaciones totales para los dos indicadores de ansiedad son superiores en el grupo IVE, obteniéndose una diferencia de 14,15 puntos en el caso de Ansiedad Estado y de 6,48 puntos en el caso de Ansiedad Rasgo tal y como se observa en la *Figura 38* ambos resultados son estadísticamente significativos con un p-valor<0,001.

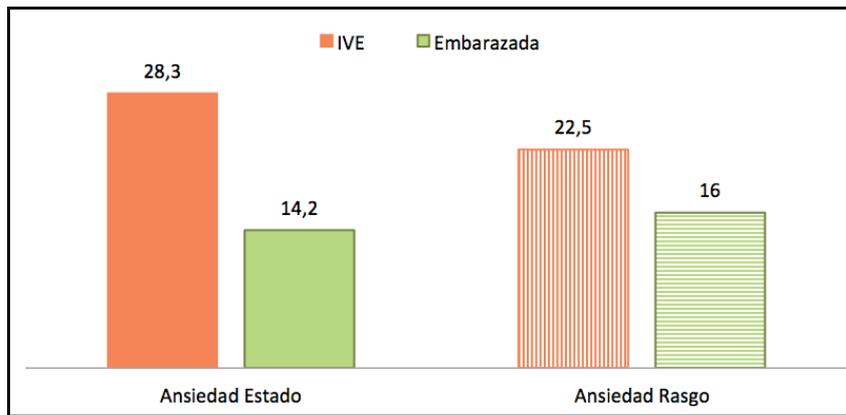


Figura 38. Comparación de la Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo para ambos grupos.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en los modelos de regresión lineal realizados en mujeres embarazadas e IVE. Estos resultados están formados por dos tablas para cada grupo, la primera con los resultados de los modelos univariantes y la segunda con el modelo multivariante:

- ❖ Grupo embarazadas
- ❖ Grupo IVE

## 2.1. GRUPO EMBARAZADAS:

En el modelo univariante de mujeres embarazadas la relación con la Ansiedad Estado es estadísticamente significativa a nivel 0,1 en ser de procedencia extranjera, en aquellas mujeres que conviven con sus padres, familiares o viven solas, en tener abortos previos y el número de ellos, el uso de la píldora del día después y las situaciones tanto económica como laboral. ( Ver *Tabla 25*).

Tabla 25. Modelos univariantes para la Ansiedad Estado del grupo Embarazadas.

Modelo Univariante Ansiedad Estado Embarazadas		B	p-valor	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
				Límite inferior	Límite superior
Edad		0,19	0,236	-0,12	0,50
Procedencia Extranjera		5,01	0,034	0,39	9,63
Medio Urbano		0,51	0,831	-4,22	5,24
No convivencia en pareja ( convive con padres, familiares, otras personas o vive sola)		8,14	0,012	1,87	14,41
Tener estudios Superiores		-2,49	0,187	-6,22	1,23
Situación Laboral:	Inestable	1,33	0,520	-2,75	5,41
	Ama de casa	3,00	0,485	-5,49	11,49
	Estudiante	-5,65	0,302	-16,46	5,16
Tener ingresos propios		-1,44	0,532	-5,98	3,11
Hijos previos		-0,36	0,861	-4,40	3,69
Nº de hijos		-0,22	0,842	-2,36	1,93
Número de abortos previos		3,59	0,084	-0,49	7,67
Abortos previos		7,39	0,012	1,65	13,13
Uso de la píldora del día después		25,10	0,007	7,16	43,05
Motivación:	Situación Económica	5,89	0,039	0,31	11,47
	Situación Laboral	7,21	0,047	0,09	14,33
	Pareja	2,68	0,497	-5,11	10,47
	No tener pareja estable	-1,54	0,674	-8,80	5,72
	Familia	8,01	0,230	-5,14	21,16
	Algún profesional sanitario	-1,48	0,441	-5,27	2,31
Estabilidad Laboral		-1,52	0,509	-6,06	3,03

El uso de la píldora del día después en el grupo de las mujeres embarazadas aumenta por término medio la puntuación de Ansiedad Estado en 26,56 puntos, el no convivir con su pareja en 7,58 y el haber tenido un aborto previo en 6,91. La Ansiedad estado de este grupo de mujeres sería de 12,44 puntos. Siendo la media estadística de la población normal que facilita la escala, 21 en Estado y 24 en Rasgo. En la *Tabla 26* y *Figura 39* se muestra los resultados obtenidos en el modelo de regresión lineal multivariante del grupo de embarazadas.

Tabla 26. Modelo multivariante para la Ansiedad Estado en el grupo Embarazadas.

Modelo Multivariante Ansiedad Estado	B	p-valor	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	12,44	<0,001	10,59	14,30
Uso de la píldora del día después	26,56	0,002	9,64	43,48
No convivencia en pareja	7,58	0,013	1,66	13,50
Abortos previos	6,91	0,013	1,49	12,32

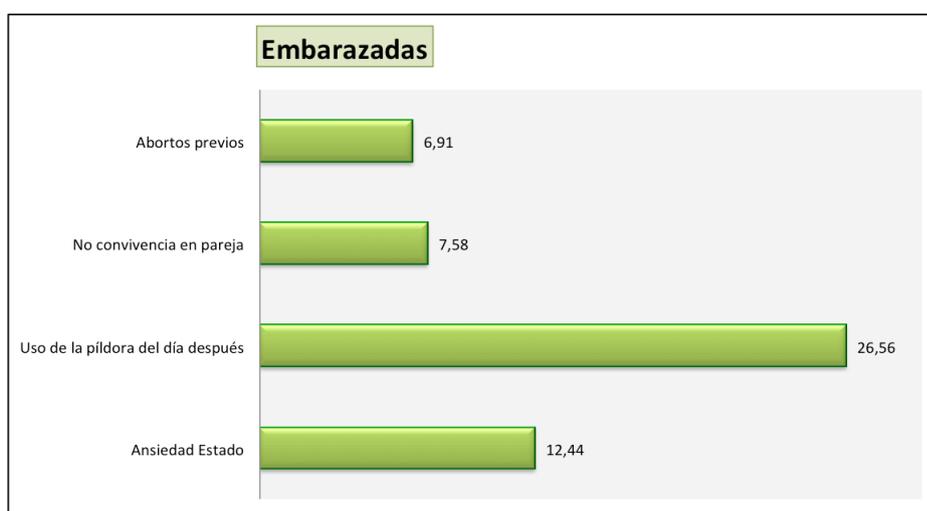


Figura 39. Modelo multivariante para la Ansiedad Estado en el grupo Embarazadas.

## 2.2. GRUPO IVE:

En el modelo univariante del grupo de I.V.E la relación con la Ansiedad Estado es estadísticamente significativa a nivel 0,1 con la edad, llevar en España más de 3 años viviendo, tener estudios superiores e ingresos propios y como motivación para realizar la IVE, influencia de su pareja.(Tabla 27).

Tabla 27. Modelos univariantes para la Ansiedad Estado del grupo IVE

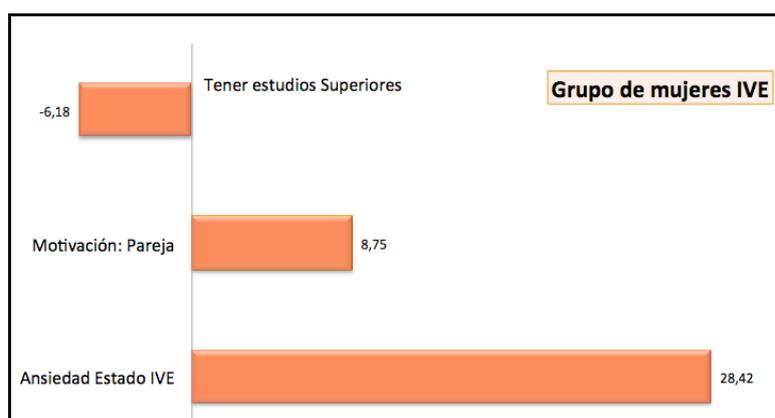
Modelo Univariante Ansiedad Estado IVE		B	p-valor	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
				Límite inferior	Límite superior
Edad		-0,36	0,058	-0,72	0,01
Procedencia Extranjera		-0,78	0,797	-6,83	5,26
Medio Urbano		1,52	0,650	-5,10	8,14
Tiempo de estancia en España superior a 3 años		13,02	0,082	-1,67	27,72
No convivencia en pareja		-2,04	0,427	-7,12	3,04
Tener estudios Superiores		-5,91	0,041	-11,60	-0,23
Situación Laboral:	Inestable	-1,01	0,715	-6,52	4,49
	Ama de casa	-5,37	0,362	-17,00	6,26
	Estudiante	2,72	0,462	-4,59	10,04
Tener ingresos propios		-4,90	0,078	-10,37	0,56
Hijos previos		2,53	0,324	-2,53	7,60
Nº de hijos		1,20	0,346	-1,32	3,72
Número de abortos previos		0,22	0,905	-3,50	3,95
Abortos previos		1,77	0,541	-3,95	7,49
Uso de la píldora del día después		3,35	0,396	-4,45	11,16
Motivación:	Situación Económica	2,97	0,270	-2,34	8,27
	Situación Laboral	1,92	0,457	-3,18	7,02
	Pareja	8,50	0,012	1,94	15,06
	No tener pareja estable	-5,25	0,155	-12,51	2,01
	Familia	3,72	0,314	-3,58	11,02
	Amigo/a	-2,32	0,857	-27,91	23,26
	Algún profesional sanitario	-3,88	0,673	-22,05	14,29
Estabilidad Laboral		1,36	0,730	-6,47	9,19

La variable ser inducido por la pareja en el grupo de IVE aumenta por término medio la puntuación de Ansiedad Estado en 8,75 puntos y el tener estudios superiores la reduce en 6,18. La Ansiedad estado de este grupo de mujeres sería de 28,42 puntos. Siendo la media estadística de la población normal que facilita la escala,21 en Estado y 24 en Rasgo.

En la *Tabla 28* y *Figura 40* se muestra los resultados obtenidos en el modelo de regresión lineal multivariante del grupo de IVE.

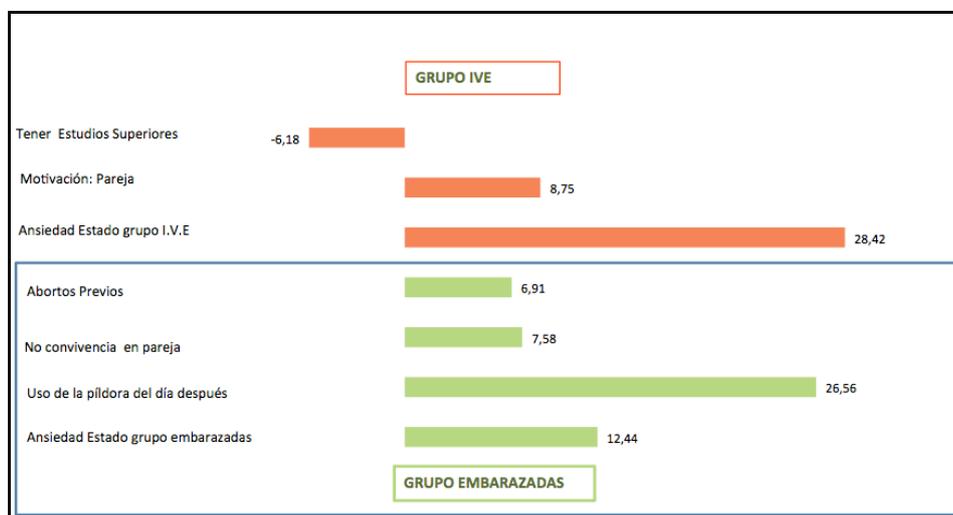
*Tabla 28. Modelo multivariante para la Ansiedad Estado en el grupo IVE.*

Modelo Multivariante Ansiedad Estado IVE	B	p-valor	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	28,42	<0,001	25,42	31,42
Motivación: Pareja	8,75	0,008	2,31	15,19
Tener Estudios Superiores	-6,18	0,028	-11,69	-0,67



*Figura 40. Modelo mutivariante para la Ansiedad Estado en el grupo IVE.*

En el gráfico que se muestra a continuación (*Figura 41*) se muestran visualmente y de manera comparativa los resultados obtenidos de los dos modelos de regresión lineal multivariante.



*Figura 41. Modelo de regresión multivariante para la ansiedad estado de ambos grupos*

***Discusión***



## V. DISCUSIÓN

### 1. DISCUSIÓN PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

Hemos optado en el presente apartado por presentar nuestros hallazgos y establecer diversas consideraciones destacando su originalidad y comparándolos con los de las comunidades autónomas de Madrid, Cataluña, Andalucía, Murcia<sup>(182)</sup>.

El análisis de nuestros resultados pone de manifiesto que el subgrupo de mujeres que optan por una IVE, obedece al perfil de 29 años, con un nivel de estudios asimilable a estudios de segundo grado, nacidas mayoritariamente en España con una situación laboral y económica inestable. A pesar de la homogeneidad a la que alude al perfil descrito, una contribución relevante de nuestro estudio radica en la variabilidad de las nacionalidades de procedencia entre las que cabe destacar las mujeres latinas y las mujeres de Países del Este.

Al revisar algunas publicaciones que descubren de manera particular la prevalencia del IVE en cortes transversales<sup>(192,202)</sup> y que relacionan determinadas variables de manera particular, como en el caso de R. Serrano<sup>(201)</sup>, que en su estudio en 1990, observa que la mujer obedece a un perfil de 27 años, Española, con estudios primarios, soltera, ama de casa, que convive con la familia propia y pertenece a la clase social media.

M. Delgado<sup>(203,204)</sup>, en 2005, describe que el perfil de la mujer es una mujer soltera, con estudios de segundo grado, ocupada, residente en municipios de entre 50.000 habitantes y 500000 habitantes y sin hijos.

En estudios posteriores<sup>(201)</sup>, sobre el aborto provocado en la Comunidad de Aragón en el año 2009, se presenta una mujer con un perfil de 27,8 años, extranjera, con estudios primarios, que convive en pareja, asalariada (en su mayoría dependientas, y amas de casa en el caso de la población inmigrante).

Según los boletines publicados por el Ministerio de Sanidad del 2012<sup>(182)</sup>, en Castilla y León el perfil de la mujer que opta por una interrupción voluntaria del embarazo,

corresponde a una mujer Española, de entre los 25 y 29 años, con estudios de Educación Secundaria Obligatoria, que convive con su familia propia, trabajadora por cuenta ajena.

Los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística, sugieren que la edad de la mujer que opta por el aborto provocado en los principales países de Europa, se encuentra entre los 20 y 34 años. Con una distribución heterogénea, ya que en Alemania y Suecia en su mayoría las edad de la mujer se encuentra entre los 20 y 24 años, en España la mayor parte de la mujeres se encuentran en edades comprendidas entre los 25 y 29 años, y en los Países del Este se retrasa la edad del aborto a edades comprendidas entre los 30 y 34 años.

## 1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES SOCIO-CULTURALES

### 1.1.1. NIVEL DE FORMACIÓN:

En nuestro grupo de mujeres que optaron al IVE el mayor porcentaje había realizado estudios de segundo grado, a diferencia del grupo de mujeres que mantenían su embarazo y que en su mayoría tenían un mayor nivel de formación (ver *Tabla 29*).

Tabla 29. Distribución de la población estudiada según el nivel de estudios

Tipo de Estudios:	IVE	Embarazada	Total
Estudios de primer grado (Educación primaria y equivalentes)	13 (13%)	13 (13%)	26 (13%)
Estudios de segundo grado primer ciclo (ESO y equivalentes)	28 (28%)	7 (7%)	35 (17,5%)
Estudios de segundo grado segundo ciclo (Bachillerato y FP)	33 (33%)	22 (22%)	55 (27,5%)
Estudios Tercer grado	26 (26%)	58 (58%)	84 (42%)
Total	100 (100%)	100 (100%)	200 (100%)

Nuestros resultados demuestran un perfil muy diferente al año 1990<sup>(202)</sup>, en el que los datos disponibles publicados por R. Serrano Lindes, demostraban que la mujer en su mayoría había realizado estudios primarios.

Nuestros datos son similares a los observados en Asturias, Castilla la Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana y el nivel de formación es superior al de las Andaluzas y Murcianas. En Cantabria, Madrid, Canarias, Galicia y País Vasco son las comunidades donde la mujer que opta por el aborto tiene un mayor nivel de instrucción<sup>(182,183)</sup>.

### *1.1.2. SITUACIÓN LABORAL*

Por lo que respecta, a la situación laboral de la mujer que opta a la IVE en nuestro estudio, los resultados obtenidos describen que la mayor parte se encontraban trabajando a sueldo en el sector privado seguidas de aquellas mujeres que se encuentran en situación de desempleo. De las mujeres que continuaron con su embarazo la mayoría eran asalariadas tanto del sector público o privado.

Los datos aportados por L. Ornat Clemente, en 2009, muestran resultados similares para la comunidad de Aragón, donde la mayoría de mujeres que abortaban eran asalariadas o paradas<sup>(201)</sup>.

De acuerdo con el estudio “Contribución al estudio psicológico-médico del aborto y de sus posibles consecuencias psicopatológicas”, el perfil laboral de las mujeres que abortaban en 1990 se describían como ama de casa, seguidas en porcentajes muy similares de aquellas que estaban en activo o estudiando. En último lugar abortaba la mujer desempleada<sup>(202)</sup>.

Nuestros datos son similares a los obtenidos en el resto de Comunidades Autónomas en el año 2012, donde la mujer que aborta está trabajando en sector privado, o está en paro<sup>(182,183)</sup>.

En España, si comparamos los diferentes estudios clínicos de la mujer que aborta y los datos publicados por el Ministerio de Sanidad indican que de las 41910 interrupciones de embarazo registradas en el año 91, se han pasado a 112.390 en el año 2012<sup>(182,183)</sup>. Casi se ha triplicado el número de abortos. Una de las razones de este incremento puede ser la tendencia creciente en los últimos años de la inserción de la mujer al mercado laboral en la mayoría de los países de la Unión Europea, y sobre todo en España. Según Orejuela, en los estudios clínicos realizados "Asociación de la situación laboral de la mujer España 1991-2005", reflejan que uno de los motivos que señalan las mujeres que se deciden a abortar es el hecho de evitar dificultades en la búsqueda o mantenimiento de su empleo.

En relación a la situación laboral de las parejas de las mujeres que interrumpen su embarazo, en nuestro estudio hemos obtenido que el perfil corresponde a hombres que trabajaban en el sector privado o empresarios. Sin embargo el perfil laboral de las pareja de las mujeres embarazadas, es de un hombre asalariado del sector privado o público.

En los datos los publicados por el Ministerio de sanidad y consumo en el año 2004 y 2005 que describían a un hombre asalariado del sector privado o público.

En el estudio "El aborto provocado en la Comunidad de Aragón" se observa que la situación de la pareja o sustentador es la de asalariados y estudiantes. Esto coincide con el aumento en dicho estudio de la tasa de mujeres que opta por la IVE que se encontraban eran estudiantes. Resalta L.Ornat la poca proporción de empresarios, parados y trabajadores domésticos<sup>(201)</sup>.

Estudios revisados en la literatura científica<sup>(204,205)</sup>, refieren que el creciente aumento de las tasas de actividad laboral femenina no ha implicado una reorganización sustantiva de las tareas domésticas dirigida a lograr un reparto más equilibrado de éstas entre hombres y mujeres. Un análisis posible de los datos obtenidos, es que la mujer se ha insertado laboral, y la pareja de ésta continúan su desarrollo personal y profesional. Esto es un factor decisivo para ambos, que optan por permanecer en el mercado de trabajo antes de la formación de la familia.

### 1.1.3. TIPO DE CONVIVENCIA:

Existen diferentes contribuciones que han descrito el modelo de convivencia adoptado por mujeres que se han adherido a una Interrupción voluntaria de embarazo. Nuestra serie ha permitido identificar de manera pionera en nuestro entorno que la mitad de ellas conviven en pareja y que el 14% viven solas. En una proporción intermedia, 35% han manifestado vivir con sus progenitores o con familiares.

Son varios los grupos de trabajo que han publicado sus datos obtenidos al analizar mujeres usuarias de IVE<sup>(182-183,201-203,207,212)</sup>. Todos los que conocemos se refieren a mujeres que han participado voluntariamente en encuestas similares a la nuestra, si bien la presentación de los hallazgos del modelo de convivencia ofrece diversos matices diferenciadores. De la literatura revisada cabe reseñar que en los datos de R. Serrano, en 1990, obtiene unos resultados similares, ya que en su estudio, las mujeres solteras y sin hijos vivían con la familia de origen, y las mujeres casadas y con hijos vivían con la familia propia (pareja e hijos)<sup>(202)</sup>.

En estudios clínicos publicados por “Centro de Medicina Reproductiva y de Integración Social del Adolescente”, se obtiene que la mayoría de las mujeres que abortan no han iniciado convivencia con la pareja, el tiempo de relación es menor a un año y el aborto se relacionó a una mala calidad de la relación con la pareja.

Según el Centro Superior de Investigaciones Científicas, en 2005, la mujer que vivía sola, realizaba la mayor parte de las interrupciones del embarazo, con un 54,4% del total de abortos, sin embargo, se observaba un aumento muy significativo de las IVES por parte de las mujeres que convivían con su pareja. Nuestros datos corroboran esta tendencia<sup>(209)</sup>.

En 2012, el Ministerio de Sanidad publica los datos de las diferentes Comunidades Autónomas. Se observa que en Castilla y León, Murcia, Madrid, Andalucía, País Vasco las mujeres que optan por una IVE y no tienen hijos previos, conviven con sus padres u otros familiares, sin embargo en estas comunidades, las mujeres que tienen hijos, conviven con su pareja. La situación varía ligeramente en Cataluña, donde la mayoría de las mujeres que abortan, con hijos o no, viven en pareja o solas<sup>(182)</sup>.

Según L. Ornat Clemente, en su estudio realizado en la Comunidad de Aragón, el 85% de las mujeres abortaban manteniendo una relación estable, el 50% viven con sus parejas y el resto tiene novio. En su estudio se compara la población Española con la Inmigrante. Evidenciando que la Española que se somete a un aborto vive menos en pareja que la inmigrante, y que son las Españolas las que con mayor frecuencia mantienen relaciones esporádicas con un amigo, el novio y la anterior pareja<sup>(201,210)</sup>.

Un aspecto innovador de nuestra serie es que 1/3 de las mujeres conviven con sus progenitores y sus familiares a diferencia de lo descrito en trabajos previos<sup>(208-212)</sup>. Una interpretación posible para este fenómeno puede asentar en el hecho de que en el momento de realizar nuestro estudio la crisis económica constituía una realidad palpable, la cual matizaba sustancialmente el tipo de convivencia familiar.

#### *1.1.4. NIVEL SOCIOECONÓMICO:*

En nuestro estudio las mujeres que solicitan la interrupción voluntaria de embarazo y las mujeres que continúan su embarazo pertenece a un nivel socioeconómico medio ya que en ambos grupos más del 70% tiene ingresos propios. R. Serrano describió que en su estudio la mayor parte de la muestra pertenecía a la clase social media<sup>(202)</sup>. Se asemejan los datos publicados en los boletines de la consejería de Sanidad de la comunidad Valenciana describe que en 2010, el 58% de las mujeres que abortaron tenía ingresos propios, y que el 48,4% se encontraba trabajando<sup>(213)</sup>.

Deducimos tras nuestro trabajo, que la mujer en los últimos años ha cambiado su perfil económico, de ser ama de casa sin ingresos propios, se ha ido transformando en una mujer independiente económicamente.

### 1.1.5. HISTORIA GINECOLÓGICA RELACIONADA CON LA I.V.E

#### ○ HIJOS PREVIOS:

En los resultados obtenidos en nuestro estudio, dentro del subgrupo de mujeres IVE, describimos que el 51% de las mujeres que abortaban no tenían hijos, y que el 49% de éstas, tenía hijos previos. Sin embargo dentro del subgrupo de mujeres que decidieron mantener su embarazo, observamos que en la mayoría de los casos, era su primer embarazo. Nuestros datos son similares a los observados en estudios clínicos realizados en la Comunidad de Castilla y León en 1990<sup>(202)</sup>, donde describían que el perfil de la mujer que realizaba la interrupción voluntaria del embarazo se distribuía homogéneamente entre las que no tenían hijos y las que ya tenían uno o más hijos. Según la consejería de Sanidad en el año 2010 en Castilla y León el 41% de las mujeres que abortaban tenía hijos previos<sup>(182)</sup>.

En la bibliografía encontrada, en otros estudios de similares características, los datos no difieren a lo analizado en nuestro estudio. A. Morillo<sup>(214)</sup> y Ruíz Ramos<sup>(215)</sup> han realizado diferentes estudios en Andalucía. Ambos autores describen que el perfil de la mujer que aborta en dicha Comunidad tiene hijos previos. En el estudio realizado por O. Zuriaga<sup>(216)</sup>, que describe que en las comunidades de Baleares, Cataluña y la Comunidad Valenciana en año 2006, se registró que el 51,2% de las mujeres que abortaron tenían hijos previos. Destaca en dicho estudio la influencia de la inmigración en estas comunidades, ya que, de las mujeres que abortaban con hijos más de la mitad no eran Españolas y del 48,8% de mujeres que abortó y no tenía hijos previos el 70% eran Españolas. R Gispert<sup>(217)</sup> en un estudio descriptivo de Cataluña en el año 2005 muestra que el 58,54% de las mujeres Catalanas que abortó no tenía hijos previos, sin embargo el 62,14 % de las mujeres inmigrantes que abortaron tenía hijos. Lo que nos permite deducir que existen diferencias en el perfil reproductivo de las mujeres autóctonas e inmigrantes, en general la mujer inmigrante tiene más hijos que las españolas por lo que se justifica que se incremente el número de mujeres con más de un hijo que abortan<sup>(218-221)</sup>.

El Ministerio de Sanidad publica datos similares a los nuestros. El Porcentaje de las mujeres que abortaron en España en 2012 fue ligeramente superior para las mujeres que tenían hijos previos (54%). Cabe resaltar que existe una tendencia nacional ascendente a abortar entre las que tienen hijos previos (sobre todo las secundíparas), y descendente entre las que no tienen hijos<sup>(182)</sup>. Ya se observaba en el 2009, en Los datos aportados por la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del embarazo, en 2009, donde se mostraba que el 52% de las interrupciones del embarazo se solicitaron por mujeres con hijos<sup>(221)</sup>.

En nuestro estudio el número medio de hijos de las mujeres que acudían al IVE fue significativamente mayor que el de las mujeres del grupo de embarazadas. Podemos interpretar que en la decisión de interrumpir su embarazo ha influido el tener más número de hijos. R. Lindes en su estudio, describía que el índice de natalidad de su muestra general fue de 1,18 hijos<sup>(202)</sup>. En esta variable, en nuestro estudio hemos obtenido que el número medio de hijos es 0,78. Estos datos destacan la tendencia general de la población femenina en edad fértil a disminuir el tamaño de la familia.

Una interpretación de los datos obtenidos en nuestro estudio, y tras observar la tendencia Nacional, influida por los flujos migratorios, es que, la mujer aborta porque ya tiene hijos, se queda embarazada sin planearlo, utiliza la interrupción voluntaria de embarazo como método contraceptivo con la intención de mantener estable su situación actual laboral, económica así como el tamaño de la familia. Sin embargo la mujer embarazada, tiene una edad media de 32 años, y no tiene hijos previos, esto puede influir en el mantenimiento de su embarazo.

- ABORTOS PREVIOS:

En nuestro estudio en ambos grupos tanto las mujeres que abortaban como las mujeres embarazadas el mayor porcentaje correspondía a las mujeres que no habían realizado interrupciones del embarazo. Sin embargo en el grupo de las mujeres IVE se observa un elevado porcentaje de mujeres que han realizado un aborto y que vuelven a recurrir de nuevo a este procedimiento.

En 1990 en Castilla y León, se observó de manera significativa que el grupo de mujeres sin hijos tenía más abortos previos que las mujeres con hijos. Al analizar los datos de la Comunidad en el año 2010 y 2012, vemos que el número de mujeres que abortan sin tener antecedentes de interrupciones previas ha disminuido, y sin embargo han aumentado los porcentajes de las mujeres que abortan en más de una ocasión. Por lo que podemos afirmar que ha aumentado la recurrencia de las mujeres que abortan en Castilla y León<sup>(202)</sup>.

En 2012 los datos del ministerio reflejan que el 36% de las mujeres españolas habían abortado previamente. Si comparamos los datos de las diferentes comunidades en ese año, todas se asemejan a la media nacional excepto en Andalucía, Aragón, Cantabria y Castilla la Mancha donde más de la mitad de las mujeres tenía antecedente de interrupciones del embarazo previas<sup>(182)</sup>.

En la comunidad de Aragón en los datos correspondientes al 2004 y 2005, mostraban que existía una tendencia al aumento entre las mujeres que habían abortado en alguna ocasión<sup>(201)</sup>.

#### ○ ANTICONCEPCIÓN

- Anticoncepción durante el año previo a la I.V.E

En nuestro estudio, las mujeres que optaron a la interrupción del embarazo, en el 41% de los casos no usaba ningún tipo de método contraceptivo y el 40% refirieron usar métodos barrera de manera esporádica, el 14 % métodos hormonales, el 1% DIU y el 2% método natural. Las mujeres embarazadas en el 59% no usaron métodos anticonceptivos y el resto usaron principalmente métodos barrera (25%) , hormonales(14%), y el 2% método hormonal.

Nuestros resultados contrastan con los trabajos realizados en la Comunidad de Castilla y León, datados en 1990<sup>(202)</sup>, el 39% usaba métodos barrera de manera esporádica, el 29% no usaba ningún método, el resto utilizaban método Ogino (19%), DIU (2,865), o métodos hormonales (9,52%). Según los datos del Ministerio de Sanidad<sup>(182-183)</sup>, en el 2012 , la mayoría de las mujeres que abortaron utilizaban métodos barrera seguidas

de las que no usaban ningún método anticonceptivo y de las que usaban métodos hormonales.

En la literatura revisada, L. Ornat Clemente describe que en el año 2005 en su estudio realizado en Aragón, el 44,3% no emplea métodos anticonceptivos. Entre el 55,7 % de las mujeres empleaban anticonceptivos en el momento de quedarse embarazada, el más frecuente es el preservativo masculino (37,9%), seguidos de los anticonceptivos hormonales (9,3%)<sup>(201)</sup>. En datos posteriores publicados por la Dirección General de Salud Pública, muestran que de las mujeres residentes en Aragón que realizaron una IVE en el año 2012, el 48,2% no utilizaban métodos anticonceptivos de manera habitual.

Según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, del total nacional de mujeres que realizaron un IVE en el 2012, el 32,9% de las mujeres Españolas no utilizaron ningún método anticonceptivo, el 26,48% utilizaron métodos barrera, el 14,19 % utilizaron métodos hormonales, el 4,3% utilizaron métodos naturales, y el resto otros métodos<sup>(182)</sup>. Se deduce que más de un tercio de las mujeres Españolas que solicitaron una IVE no usaba ningún método anticonceptivo antes del embarazo, y el uso de los métodos anticonceptivos de manera incorrecta fueron causas frecuentes de embarazos no deseados<sup>(222,223)</sup>.

Nuestra conclusión es que la mujer que opta a IVE, en sus relaciones sexuales no utiliza habitualmente método contraceptivo, esto supone un fracaso en las campañas de educación para la salud en la mujer.

- Anticoncepción durante el año previo a la I.V.E :

En nuestro estudio hemos evaluado el uso de anticoncepción durante el año previo a la interrupción de embarazo, lo que nos permite compararlo con el uso de anticonceptivos en el momento de quedarse embarazada.

Tabla 30. Descripción de los métodos contraceptivos utilizados por las mujeres del grupo IVE.

Anticonceptivos utilizados por las parejas que abortaron en el momento del embarazo no deseado y durante el año previo		
Método anticonceptivo	Año previo al aborto	En el momento del embarazo
Ninguno	20 (%)	41(41%)
Método Natural	1 (1%)	2(2%)
Preservativo	44 (44%)	37(%)
Anticonceptivo hormonal oral	29 (29%)	16 (16%)
Anillo Vaginal	5 (5%)	3(3%)
DIU	1 (1%)	1(1%)
Total	100(100%)	100(100%)

Es importante reseñar que es mayor el número de parejas que durante el año previo al aborto mantuvieron relaciones sexuales con protección que el que lo hizo en el momento que se produjera el embarazo no deseado. Muchas de las mujeres que utilizaban los métodos barrera, sobre todo el preservativo masculino, lo hacía de manera esporádica, y no los emplearon en todas sus relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos hormonales precisan de la participación activa diaria de la mujer, tanto durante los periodos en los que se está tomando, como en los periodos de descanso, en nuestro estudio las mujeres no cumplieron correctamente los requisitos. Todo Esto implica que, durante el año previo al aborto algunas de las parejas dejaron de utilizar el método que venía empleado o hubo fallos en su utilización lo que condiciona un aumento posterior de los embarazos no deseados<sup>(202,222-226)</sup>.

- Uso de la intercepción postcoital:

La anticoncepción de urgencia es un método que sigue en auge. Cada vez se utiliza más. Ya que en 2009 según la ACAI el 11,2% de las mujeres españolas que abortaron solicitó la anticoncepción de emergencia<sup>(221)</sup>.

En Castilla y León se registraron en el año 2009 2.921 interrupciones voluntarias de embarazo, un 12,44% menos que en el 2008, cuando se produjeron 3.336 abortos en la Comunidad Autónoma. El descenso es mayor que el registrado en todo el país, donde la

cifra cayó un 4% al producirse 111.482 abortos, frente a los 115.812 del 2008. Las campañas de sensibilización y la mayor accesibilidad de la píldora del día después, se pueden relacionar como causas de este descenso de abortos.

En un estudio de la comunidad de Aragón en el 2005, donde comparaban la población autóctona con las inmigrantes. Concluían que la tasa de uso de anticoncepción de emergencia había aumentado notablemente, y en mayor medida entre las Españolas<sup>(201)</sup>.

Nuestros datos nos muestran que el 12% de las mujeres que se sometieron a un aborto en Castilla y León y que habían mantenido relaciones sexuales sin protección o ésta había fallado habían utilizado anticoncepción de urgencia y había fallado. También en nuestro estudio, se detectó un caso de una mujer que en las mismas circunstancias, tras tomar la anticoncepción de urgencia y haber fallado, decidió continuar con su embarazo. Estas cifras muestran que el uso de la anticoncepción de urgencia no previene el total de las gestaciones.

Otro aspecto que observamos en nuestro estudio, es que en la mayoría de los casos, el uso de la píldora del día después fue utilizado en las mujeres más jóvenes de nuestro estudio, podríamos deducir en este grupo que tienen dificultad para percibir las consecuencias de las conductas sexuales arriesgadas, como pueden ser los embarazos no deseados como por las enfermedades de transmisión sexual<sup>(222-224)</sup>. Por ello los profesionales de la salud debemos ayudarles a disminuir sus riesgos con una adecuada información de educación sexual ya que las campañas realizadas no han logrado resultados esperables.

#### ○ LUGAR DONDE SE REALIZA EL ABORTO:

En España, prácticamente el total de los abortos provocados se realizan en clínicas acreditadas a tal efecto. Según el Ministerio en el año 2012 en la casi totalidad de comunidades autónomas la realización de las IVEs se realizan en centros extra-hospitalarios privados. Cabe destacar que en la comunidad de Madrid y Cataluña, aunque la mayoría de las IVEs se realizan en clínicas acreditadas, existe un porcentaje significativo

de abortos que se realizan en Hospitales (privados) en ambas comunidades. En Baleares, el mayor porcentaje de abortos se realiza en centros extra-hospitalarios privados, pero llama la atención que casi la mitad de los abortos se realizaron también en hospitales públicos<sup>(182)</sup>.

En nuestro estudio en Castilla y León, todas las mujeres fueron reclutadas en un centro extra-hospitalario privado. De las cuáles llama la atención que el 56% de las mujeres que abortaron lo hiciera con financiación de la seguridad social.

La mujer en Castilla y León tiene conocimiento de la existencia del aborto como servicio integrado en la cartera pública de servicios.

○ CAUSAS DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO:

En nuestro estudio mostramos las principales causas que hacen que las mujeres se sometieran a una interrupción de embarazo. La mayoría abortaron por petición propia de la mujer, seguidos con un porcentaje significativamente menor de las que alegaron riesgo para la salud de la embarazada, alteraciones psicológicas maternas y por último lugar malformaciones fetales.

Tabla 31. *Distribución del grupo de mujeres que abortan en nuestro estudio según causa de la IVE*

Causa de IVE	N(%)
Violación	0(0%)
Malformación fetal	2(2%)
Alteraciones psicológicas maternas	3(3%)
Enfermedad materna	4(4%)
Otros motivos diferentes	91(91%)

En los estudios revisados de la Comunidad de Castilla y León, datados de 1990 el motivo principal que alegaban las mujeres al abortar era sus motivos personales<sup>(202)</sup>, en datos correspondientes al 2012, publicados por el Ministerio, se observa que en la

mayoría de abortos de la Comunidad de Castilla y León, el motivo principal es “a petición de la mujer” seguido de grave riesgo para la embarazada. A diferencia de nuestro estudio, se observa un porcentaje más elevado en el motivo riesgo de anomalías en el feto. Si comparamos los datos en con los motivos por los que aborta la mujer Española en el 2011 y el 2012, en los últimos años, vemos que en la evolución del año 2011 al 2012, la mujer Española ha aumentado el porcentaje de mujeres que abortan a petición propia y muy ligeramente el porcentaje de las mujeres que abortan por malformación fetal, sin significación estadística.

En la literatura revisada, en un estudio realizado en la Comunidad de Aragón en 2009<sup>(201)</sup>, observan que de los supuestos legales permitidos en ese momento, obtienen un aumento de los abortos aduciendo malformaciones fetales, y una disminución del supuesto legal de la salud materna, y concluyen que esto era paralelo al desarrollo de ecografía y con ella el diagnóstico prenatal temprano, beneficioso porque se detectan malformaciones fetales a edades tempranas pero paralelamente , al lo poder seguir la evolución de determinadas patologías más allá de las 22 semanas se elaboran peores pronósticos de los que serían en realidad.

#### ○ MOTIVACIONES DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO:

Dado que en nuestro estudio el mayor porcentaje de mujeres abortaron a petición de la mujer, nos pareció interesante preguntar por las motivaciones que le habían impulsado a realizar dicho procedimiento.

Dentro del grupo de mujeres que abortaron, describían como un factor clave en su decisión el ser un embarazo no planeado y consideraban tener una situación económica y/o laboral no adecuada para enfrentarse a los gastos ocasionados por un hijo. Cabe reseñar que en el periodo en el que se realizó la encuesta, era llamativa la crisis económica en la que estaba inmersa el país, y para muchas mujeres era decisivo mantener su situación laboral, ya que la mayoría trabajaban en empresas privadas. Para otras mujeres el no tener trabajo unido a una difícil situación económica, fueron las

motivaciones que llevaron a interrumpir aquellos embarazos que referían como no deseados.

En el grupo de mujeres embarazadas, sin embargo referían que aún estando en situación de desempleo o de problemas económicos continuarían con su embarazo. En la mayoría fundamentaría la decisión de abortar en una mujer embarazada, solo si un profesional sanitario se lo recomendase. En contraste casi la totalidad de las mujeres que abortaron, continuarían con su decisión de interrumpir el embarazo a pesar del consejo contrario de un profesional sanitario.

R Serrano ya en el año 1990, describe que la mujer de Castilla y León abortaba por tratarse de un embarazo no deseado (52,43%), seguido de un 18% de las mujeres que referían que abortaban por problemas económicos, 27,76% refirieron ambas eventualidades y el 5,72% circunstancias personales, como ruptura o dificultades en la relación de pareja, edad de la mujer o interferencia en sus planes laborales<sup>(202)</sup>.

Es destacable que en las últimas décadas, la mujer se ha introducido en el mercado laboral, y si comparamos los diferentes estudios, la situación laboral ha pasado de ser la última motivación para abortar, a ser en nuestro estudio, una de las motivaciones principales en la IVE.

## **2. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE ANSIEDAD**

El aborto inducido es un fenómeno que actualmente afecta a cincuenta millones de mujeres anualmente en el mundo <sup>(184)</sup>. Es por tanto un tema de continua actualidad y que en el último periodo existe una creciente investigación entre la asociación de problemas de salud mental y aborto inducido. Basándonos en los datos recientemente extraídos de la literatura y los datos obtenidos en nuestro estudio hemos realizado un análisis de resultados.

En nuestro trabajo los resultados indican que las mujeres que se someten a un aborto experimentan ansiedad en mayor proporción que las mujeres que continuaron con

su embarazo. Numerosos autores hacen referencia a un aumento del riesgo de padecer ansiedad en las mujeres que han abortado<sup>(227-242)</sup>.

Ferguson, 2008<sup>(229)</sup>, describe resultados similares en un estudio longitudinal de 30 años de duración, donde examina los vínculos entre una serie de resultados relacionados con el aborto, pérdida de embarazo, embarazo no deseado que al final es llevado a término y resultados de salud mental incluyendo en este apartado depresión, **ansiedad**, comportamientos suicidas y los trastornos por sustancias. Concluye que las mujeres que abortan tienen tasas de problemas de salud del 1.5% a 5.5% superiores a la tasa global de trastornos mentales en otras mujeres, siendo estadísticamente significativas las variables de trastornos de ansiedad y trastornos por abuso de sustancias.

En diferentes estudios revisados de la literatura científica sugieren que las mujeres que se sometieron a un aborto experimentan un riesgo de desarrollar problemas de salud mental en un 81% y cerca del 10% de la incidencia de problemas como abuso de alcohol, abuso de marihuana, depresión y ansiedad serían directamente atribuidos al aborto inducido de manera estadísticamente significativa para todos ellos<sup>(227,228)</sup>.

El análisis de nuestros resultados muestran que tras realizar una comparativa entre el grupo de mujeres que abortan con las mujeres que deciden continuar con su embarazo, los indicadores de ansiedad son superiores en el grupo de mujeres que interrumpen su embarazo. Presentan más ansiedad aquellas mujeres que abortan y su pareja ha influido en la decisión.

Dentro de las mujeres embarazadas presentan más ansiedad las que conviven con sus padres, familiares o viven solas respecto a las mujeres que conviven en pareja. Un factor importante que también aumenta su ansiedad es tener antecedentes de abortos previos. En nuestra opinión podría influir sentimientos de culpa mientras que en el aborto espontáneo esta ansiedad sería atribuible al miedo al fracaso. Dentro del grupo de mujeres que continuaron con su embarazo las que presentaban mayor ansiedad de todas, son aquellas que habían usado la píldora del día después en dicho embarazo.

En los datos publicados por Coleman en un estudio donde se comparan mujeres que interrumpen su embarazo con mujeres que no lo hicieron y relacionan ambos grupos con problemas de salud mental, obtiene que independientemente del tipo de grupo de comparación que se utilice, el aborto está asociado con un incremento del riesgo de experimentar problemas de salud mental en un rango del 55% al 138%<sup>(228)</sup>.

Sin embargo, Robinson<sup>(233)</sup>, 2012 y otros autores<sup>(234-236)</sup>, describen que el aborto no presenta riesgos significativos en la salud mental de las mujeres sobre aquellos asociados con el embarazo no deseado llevado a término y que no existe evidencia científica de que los problemas de salud mental que pueden aparecer en la mujer sean causados por el aborto en sí mismo o realmente por otros factores ya preexistentes.

En estudios de similares características realizados en Castilla y León en 1990<sup>(202)</sup>, en donde se realizaba una evaluación psicológica del aborto y sus consecuencias psicopatológicas, no encontraron alteraciones psicopatológicas que impidieran la realización de sus actividades habituales. Sin embargo encontraron en estas mujeres manifestaciones clínicas de trastorno afectivo, trastorno del sueño y de la alimentación. Concluyen que los síntomas psicopatológicos estaban presentes en la vida de la mujer antes de la IVE y que el conocimiento del embarazo y la decisión de interrumpirlo los intensificó.

En los datos obtenidos de nuestro estudio se obtiene que el tener un nivel de estudios superiores, disminuye la ansiedad en el grupo de mujeres que abortan de forma estadísticamente significativa. En la literatura revisada, se observa que la imagen y el nivel de autoestima que tenga la mujer puede influir en la reacción psicológica que presenta tras la IVE. Mueller<sup>(184,237)</sup>, observa como el sentimiento de autoeficacia en la mujer que interrumpe su embarazo, influye en la disminución de la ansiedad que experimenta tras la IVE. Gill<sup>(238)</sup>, en un estudio realizado en 150 mujeres que interrumpen su embarazo durante el primer trimestre de la gestación, encuentra menores niveles de ansiedad y depresión después del aborto en aquellas mujeres que tienen un concepto medio de sí mismas. Nuestra opinión es que las mujeres con mayor nivel cultural disponen de más recursos psicológicos para afrontar sus decisiones.

Varios autores, Serrano<sup>(202)</sup>, Lazarus<sup>(241)</sup> y Belsey<sup>(242)</sup> coinciden en la impresión clínica a lo largo de las entrevistas realizadas que la mujer después de la IVE sentía que el “problema había desaparecido, expresando su alivio por ello”. Durante nuestras entrevistas la manifestación de algunas mujeres fue similar, sobre todo aquellas mujeres que utilizaban el aborto como método anticonceptivo, ya que expresaban sensación de mayor ansiedad durante el mes previo al procedimiento de la IVE. Sin embargo, en nuestro trabajo, la mayoría de las mujeres tras la realización del IVE, expresaban sentimientos de ansiedad.

En cualquier caso los resultados obtenidos en nuestro estudio, conducen a que existe un nivel de ansiedad elevado en ambos grupos de mujeres. En mayor porcentaje en el grupo de mujeres que abortan frente a las mujeres que continúan con su embarazo. Una interpretación posible en el grupo de mujeres embarazadas, es que se puede atribuir a la “ansiedad de expectación” generado por el propio embarazo. La mujer se encuentra en un proceso que genera incertidumbre por los cambios que se producen a nivel biológico y psicológico, en el cual el entorno social y familiar cumplen roles importantes en la salud mental en el binomio madre-hijo. Por lo que respecta a las mujeres que solicitaron una interrupción de su embarazo, la ansiedad generada se puede atribuir a que el aborto es un acontecimiento vital estresante y traumático para la mujer, que provoca a las personas expuestas a él a tener mas riesgo de padecer trastornos de ansiedad.

***Conclusiones***



## VI. CONCLUSIONES

- 1- En nuestra serie, el perfil de la mujer que aborta en Castilla y León en el año 2013 se corresponde con una edad de 29.4 años, nacionalidad española, que convive en pareja en un medio urbano y con un nivel de estudios de grado medio.
- 2- La mujer que mantiene su embarazo presenta una edad significativamente superior a la que opta por IVE (32.6 años), convive en pareja, reside también en medio urbano, y tiene un mayor nivel de estudios que la que opta por el aborto.
- 3- La mujer que mantiene su embarazo convive en pareja en una proporción significativamente mayor que la mujer que opta por IVE.
- 4- Las motivaciones más frecuentes que alega la mujer que opta al aborto son en primer término su situación económica y en segundo lugar su estado laboral.
- 5- La situación laboral en los dos grupos de nuestro estudio es inestable. Aquellas que trabajan en el sector público mantienen su embarazo de manera significativamente superior respecto al grupo de IVE. La mujer que opta al aborto, trabaja con una mayor frecuencia en el sector privado o está en el paro. La mujer estudiante opta por la IVE en la mayoría de los casos.
- 6- La mujer que aborta tiene hijos previos con mayor frecuencia que la mujer que mantiene su embarazo, en la mayoría de los casos no utiliza métodos contraceptivos o utiliza métodos barrera. Un 12 % habían usado la píldora postcoital.
- 7- Las mujeres que mantienen su embarazo presentan niveles de ansiedad significativamente más elevados cuando viven solas, carecen de trabajo estable o presentan una situación económica precaria. Estos niveles de ansiedad eran elevados si habían tomado la píldora del día después y referían antecedentes de abortos inducidos previos.

8- Las mujeres que abortan y tienen estudios superiores presentan niveles de ansiedad significativamente inferiores. Sin embargo éstos son significativamente más elevados cuando en la decisión influye la pareja.

9- La ansiedad Estado (A-E), en el grupo de mujeres que optaron por la IVE es significativamente más elevada que en el grupo de embarazadas. La ansiedad Rasgo (A-R) no presenta diferencias significativas entre ambos subgrupos.

***Anexos***



## VII. ANEXOS

### ANEXO I: CUESTIONARIO MUJER QUE SOLICITA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

- SE TRATA DE UN CUESTIONARIO ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL QUE TARDARÁS UNOS MINUTOS EN RESPONDER.
- RELLENA O TACHA LA CASILLA QUE SE IDENTIFIQUE MÁS CON TU SITUACIÓN PERSONAL.
- A LO LARGO DEL TEST SE UTILIZAN LAS SIGLAS **\*I.V.E** QUE SIGNIFICAN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA EMBARAZO

Edad:

País de procedencia:

Ciudad de residencia en el momento de la I.V.E\*:

Meses de estancia en España:

0 - 6 meses.	
6 - 12 meses.	
1 año.	
2 años.	
3 años.	
Más de 3 años.	

**Tipo de convivencia:**

Convivo en pareja.	
Vivo sola.	
Convivo con mis padres/familiares.	
Convivo con otras personas.	

**Estudios:**

No sé leer ni escribir.	
Sin estudios	
Estudios de primer grado ( Educación primaria y equivalentes)	
Estudios Segundo grado/ primer ciclo. (ESO y equivalentes)	
Estudios Segundo grado/ segundo ciclo. (Bachillerato y ciclos FP.)	
Estudios Tercer grado/Escuelas universitarias o equivalentes.	
Estudios de Tercer grado/Facultades, Esc. Téc. Sup. o equivalentes y postgraduados)	
No sé.	

**Situación laboral:**

Mujer



Pareja



	<b>Empresaria con asalariados</b> a su cargo.	
	Empresaria sin asalariados a su cargo o <b>Autónoma</b> .	
	Persona que <b>trabaja</b> a sueldo, jornada, comisión en el sector <b>público</b> .	
	Persona que <b>trabaja</b> a sueldo, jornada, comisión en el sector <b>privado</b> .	
	<b>Parada</b> cobrando prestación económica.	
	<b>Parada</b> sin cobrar prestación económica.	
	<b>Parada</b> que busca su primer empleo.	
	Estoy <b>estudiando</b> .	
	Me dedico a las <b>labores del hogar</b> .	
	<b>Otra situación</b> .	

**Tengo ingresos propios:**

SI	
NO	

**Número de hijos previos:**

**Vivos:**

No tengo hijos previos.	
Si tengo hijos previos: Número de hijos: <input type="text"/> Edad del hijo más pequeño: <input type="text"/>	

**Números de Abortos previos (I.V.E.\*)**

**Anticoncepción que utilices:**

En el momento de quedarte embarazada

Durante el año previo a la I.V.E.\*



	Ninguno	
	Método natural	
	Preservativo	
	Anticoncepción hormonal oral	
	Parches	
	Anillo vaginal	
	Implante	
	DIU	
	Otro método:	

**En esta última ocasión: ¿Has usado la “píldora del día después”?**

No	
SI	

Semanas de embarazo

Motivo de esta interrupción voluntaria del embarazo:

Violación.	
Malformación fetal.	
<b>Causa Materna</b>	
Psicológica.	
Enfermedad.	
Otros motivos diferentes:	

Centro donde se realiza el aborto

Hospital Público.	
Clínica "Ginemédica" (Valladolid)	
Clínica "Ginecológica Buenavista" (León)	
Clínica "Multimédica centro" (Salamanca)	

Los gastos de la interrupción de tu embarazo los paga:

Seguridad social.	
Privado.	

Te ha motivado tu **SITUACIÓN ECONÓMICA** a plantearte una interrupción de tu embarazo:

Sí	
No	

Te ha motivado tu **SITUACIÓN LABORAL** a plantearte una interrupción de tu embarazo:

Sí	
No	

Te ha motivado tu **PAREJA** a plantearte una interrupción de tu embarazo:

Sí	
No	

Te ha motivado **NO TENER UNA PAREJA ESTABLE** a plantearte una interrupción de tu embarazo:

Sí	
No	

Te ha motivado tu **FAMILIA** a plantearte una interrupción de tu embarazo:

Sí	
No	

Te ha motivado algún **AMIGO/A** a plantearte una interrupción de tu embarazo:

Sí	
No	

Te ha motivado algún **PROFESIONAL SANITARIO** a plantearte una interrupción de tu embarazo:

Sí	
No	

## ANEXO II: CUESTIONARIO MUJER EMBARAZADA

- SE TRATA DE UN CUESTIONARIO ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL QUE TARDARÁS UNOS MINUTOS EN RESPONDER.
- RELLENA O TACHA LA CASILLA QUE SE IDENTIFIQUE MÁS CON TU SITUACIÓN PERSONAL.
- A LO LARGO DEL TEST SE UTILIZAN LAS SIGLAS \*I.V.E QUE SIGNIFICAN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA EMBARAZO

Edad:

País de procedencia:

Ciudad de residencia en el momento actual:

Años de estancia en España:

0 - 6 meses.	
6 - 12 meses.	
1 año.	
2 años.	
3 años.	
Más de 3 años.	

**Tipo de convivencia:**

Convivo en pareja.	
Vivo sola.	
Convivo con mis padres/familiares.	
Convivo con otras personas.	

**Estudios:**

No sé leer ni escribir.	
Sin estudios	
Estudios de primer grado ( Educación primaria y equivalentes)	
Estudios Segundo grado/ primer ciclo. (ESO y equivalentes)	
Estudios Segundo grado/ segundo ciclo. (Bachillerato y ciclos FP.)	
Estudios Tercer grado/Escuelas universitarias o equivalentes)	
Estudios de Tercer grado/Facultades, Esc. Téc. Sup. o equivalentes y postgraduados.	
No sé.	

Situación laboral:

Mujer



Pareja



	<b>Empresaria con asalariados</b> a su cargo.	
	Empresaria sin asalariados a su cargo o <b>Autónoma</b> .	
	Persona que <b>trabaja</b> a sueldo, jornada, comisión en el sector <b>público</b> .	
	Persona que <b>trabaja</b> a sueldo, jornada, comisión en el sector <b>privado</b> .	
	<b>Parada</b> cobrando prestación económica.	
	<b>Parada</b> sin cobrar prestación económica.	
	<b>Parada</b> que busca su primer empleo.	
	Estoy <b>estudiando</b> .	
	Me dedico a las <b>labores del hogar</b> .	
	<b>Otra situación</b> .	

Tengo ingresos económicos propios:

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**Número de hijos previos vivos:**

No tengo hijos previos.	
Si tengo hijos previos:	
Número de hijos:	<input type="text"/>
Edad del hijo más pequeño:	<input type="text"/>

**Números de Abortos (I.V.E.\*)**

**Método anticonceptivo que estaba utilizando en el momento de quedarte embarazada:**

	Ninguno
	Método natural
	Preservativo
	Anticoncepción hormonal oral
	Parches
	Anillo vaginal
	Implante
	DIU
	Otro método:

**En esta última ocasión: ¿Has usado la “píldora del día después”?**

No	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>

**Semanas de embarazo**

**De las preguntas que te nombramos a continuación, ¿Habría alguna situación que te llevaría a plantearte una interrupción de tu embarazo?:**

¿Te motivaría tú **SITUACIÓN ECONÓMICA** a plantearte una interrupción de embarazo?:

Sí	
No	

¿Te motivaría tú **SITUACIÓN LABORAL** a plantearte una interrupción de tu embarazo?:

Sí	
No	

¿Te motivaría tú **PAREJA** a plantearte una interrupción de tu embarazo?:

Sí	
No	

¿Te motivaría **NO TENER UNA PAREJA ESTABLE** a plantearte una interrupción de tu embarazo ?:

Sí	
No	

¿Te motivaría tú **FAMILIA** a plantearte una interrupción de tu embarazo?:

Sí	
No	

¿Te motivaría algún **AMIGO/A** a plantearte una interrupción voluntaria de tu Embarazo?:

Sí	
No	

¿Te motivaría algún **PROFESIONAL SANITARIO** a plantearte una interrupción de tu embarazo?:

Sí	
No	

## ANEXO III: CUESTIONARIO STAI DE ANSIEDAD ESTADO RASGO

STAI

Apellidos y nombre

Edad  Sexo:  Varón  Mujer Fecha  /  /

Centro  Curso/puesto

Otros datos

A-E	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy tenso.	0	1	2	3
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6	Me siento alterado.	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansado.	0	1	2	3
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3
10	Me siento confortable.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14	Me siento muy "atacado" (como oprimido).	0	1	2	3
15	Estoy relajado.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3
A-R	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29	Me preocupa demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30	Soy feliz.	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33	Me siento seguro.	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40	Quando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

CAMBIERE SU EL CONTESTAR A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Autor: C. D. Spielberger.

Copyright © 1987, 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este cuestionario está impreso en dos tiradas. Si se presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total, o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

# STAI

Apellidos y nombre

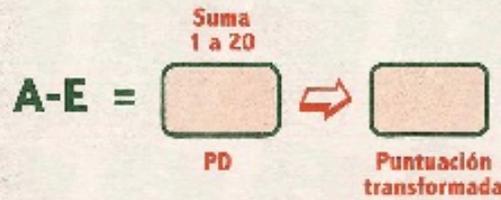
Edad  Sexo:  Varón  Mujer Fecha  /  /

Centro  Curso/puesto

Otros datos

## A-E

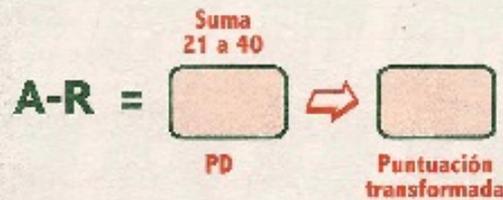
Sume las puntuaciones de esta parte (1 a 20) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenida la puntuación directa (PD) consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada.



	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	3	2	1	0
2	3	2	1	0
3	0	1	2	3
4	0	1	2	3
5	3	2	1	0
6	0	1	2	3
7	0	1	2	3
8	3	2	1	0
9	0	1	2	3
10	3	2	1	0
11	3	2	1	0
12	0	1	2	3
13	0	1	2	3
14	0	1	2	3
15	3	2	1	0
16	3	2	1	0
17	0	1	2	3
18	0	1	2	3
19	3	2	1	0
20	3	2	1	0

## A-R

Sume las puntuaciones de esta parte (21 a 40) y traslade el resultado a la casilla correspondiente. Una vez obtenida la puntuación directa (PD) consulte los baremos en el manual para obtener la puntuación transformada.



	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	3	2	1	0
22	0	1	2	3
23	0	1	2	3
24	0	1	2	3
25	0	1	2	3
26	3	2	1	0
27	3	2	1	0
28	0	1	2	3
29	0	1	2	3
30	3	2	1	0
31	0	1	2	3
32	0	1	2	3
33	3	2	1	0
34	0	1	2	3
35	0	1	2	3
36	3	2	1	0
37	0	1	2	3
38	0	1	2	3
39	3	2	1	0
40	0	1	2	3



## ***Bibliografía***



## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario Usual. Madrid: Santillana; 2005.
2. Organización Mundial de la salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2a ed. Ginebra; 2012.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Definición de aborto. Definiciones perinatológicas [En línea]. [Consultado en 15 Diciembre de 2014]. Disponible en [www.sego.es](http://www.sego.es)
4. Pérdida del embarazo. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud [En línea]. [Consultado en Diciembre de 2014]. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov>
5. Katz VL. Spontaneous and recurrent abortion: etiology, diagnosis, treatment. En: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. Comprehensive Gynecology. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby. 2012. p.335-361.
6. Barambió S. Anticoncepción y sexualidad (II). Interrupción del embarazo. En: Sexualidad Humana. Una aproximación integral. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2005. p.95- 100.
7. Cabra J. ¿En la escuela se educa en salud sexual y reproductiva? Revista Iberoamericana de Fertilidad 2006; Especial 80 Congreso de la SEC: 31-35.
8. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Definición de aborto [En línea]. [Consultado en Diciembre 2013]. Disponible en [www.figoeducation.org](http://www.figoeducation.org)
9. Besio M. Consideraciones éticas sobre el aborto terapéutico. Boletín de la Revista de Medicina Universidad Católica de Chile. 1998; 27: 34-37.
10. Besio M, Chomalí F, Neira J, Vivanco A. "Aborto terapéutico": consideraciones médicas, éticas, jurídicas y del magisterio de la iglesia católica. Facultad de Medicina. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Centro de Estudios Jurídicos Avanzados;2008.
11. Precht J. Consideraciones ético-jurídicas sobre el aborto terapéutico. Revista Chilena de Derecho. 1992; 19: 510.
12. Sgreccia E. Bioética y Aborto: Biblioteca de Autores Cristianos. Manual de bioética I : Fundamentos y ética biomédica. Madrid; 2009.
13. Spaziante E. L'aborto nel mondo: Aggiornamento statistico epidemiologico. Medicina e Morale. 1998; 48: 313-368.
14. Arroyo L. La indicación Eugénica. Revista de la Facultad de Derecho. Homenaje a Jiménez de Asúa. 1986; monográfico 11:47-60.
15. Sanhueza J. Tratamiento jurídico del aborto terapéutico. Revista de Derecho Universidad de Concepción. 1990; 187: 32.

16. Ovalle A, Roncone S, Iglesias J. Bacteriología, evolución, hallazgos histoplacentarios miometriales e histerográficos del huevo infectado entre las 10 y 26 semanas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1983; 48: 449-462.
17. Villela F, Linares O. Diagnóstico genético prenatal y aborto. *Revista de Bioética y derecho*.2012; 24: 31-43.
18. Gilles RG, Monif MD. Recurrent Chorioamnionitis and maternal septicemia: A case of successfull in utero therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146: 334-438.
19. Sgreccia E. *Manual de Bioética I: Fundamentos y ética biomédica*. Madrid: Biblioteca de autores Cristianos; 2009.
20. Rojas N. Concepto médico legal del aborto. *Revista Médica Hondureña*. 1930.[En línea].[Consultado Diciembre 2015]. Disponible en <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1931/pdf/A1-1-1931-15.pdf>.
21. Mayo D. Algunos aspectos históricos-sociales del aborto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2002; 28: 128-133.
22. Devereux G. A Typological study of abortion in 350 primitive, ancient and pre-industrial societies. En: Rosen H. (Ed).*Abortion in America: Medical, Psychiatric, Legal, Anthropological, and Religious Considerations*. Boston: Beacon; 1967.p. 97-152.
23. Quezada MN. Métodos anticonceptivos y abortivos tradicionales. *Anales de Antropología*. Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto de Investigaciones Antropológicas. 1975; 12: 223-243.
24. Bailikci A. Female infanticide on the Artic coast man. 1967; 2: 615-625.
25. Freeman M. A social and ecologic analysis of systematic female infanticide among the Netsilik eskimo. *American Anthropologist*. 1971; 73: 1011-1018.
26. Nurge E. *Espontaneous and induced abortion in human and non-human primates*. The Hague: Mouton; 1975.
27. Quezada M. Métodos anticonceptivos y abortivos tradicionales, *Anales de Antropología*, Instituto de Investigaciones Antropológicas. 1975; 12: 223-243.
28. Roy J.E. L' avortement flean national. Causes, consequences, remedes. En: *Historia del control del nacimiento*. Ed. Península. Barcelona. 1972.p.36-66.
29. Lain P. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Masson; 1998.
30. Roger R. *El arte de la India*. Madrid: Espasa; 1999.
31. Sgambatti S. *El aborto: aspectos historiográficos, legales, éticos y científicos*. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca; 1986.
32. Da Costa M. El problema del aborto y el infanticidio en los filósofos griegos. *Revista*

latinoamericana de Bioética. 2011; 11: 90-101.

33. Gallego J. El mundo rural en la Grecia Antigua. Madrid: Akal; 2003.
34. Dickemann M. Female infanticide, reproductive strategies and social stratification. A preliminary model. En N. Chagnon y W. Irons, comps. Evolutionary Biology an human social behavior: an anthropological perspective. North Scituale, Mass: Duxbury Press, 1979.
35. Corrales J.C. Consideraciones sobre el aborto en la literatura Hispánica bajomedieval (SXIII-XV). Miscelánea medieval murciana.2011; 35: 101-109.
36. González Hernando I. Posiciones fetales, aborto, cesárea e infanticidio. Un acercamiento a la ginecología y puericultura hispánica a través de tres manuscritos medievales. Miscelánea Medieval Murciana 2009; 33: 99-122.
37. Harris M, Ross E. Muerte, sexo y fecundidad. La regulación demográfica en las sociedades preindustrial y en desarrollo. Madrid: Alianza editorial; 1999.
38. Plinio P. Medieval Medicine. A History of Medicine. 1º ed. Omaha: Horatius Press; 2003.
39. Wilkinson LP. Classical Attitudes to modern issues. London: William Kimber; 1979.
40. Anderson B, Zinsser J. Historia de las mujeres: una historia propia. Barcelona.1ª ed. Barcelona: Crítica; 2009.
41. Flandrin J.L. La moral sexual en Occidente. Barcelona: Granica; 1984.
42. Sauvy A. Bergues H. Riquet M. Historia del control de nacimientos. Peninsula:Barcelona;1972.
43. Rochelle N. Shain D. Abortion practiques and attitudes in cross-cultural perspective. Am. J. Obstet. Gynecol.1982; 142: 245-251.
44. Balaguer M. L. Mujer y Constitución. La constitución jurídica del género.1ª Ed. Madrid: Cátedra; 2005.
45. Sánchez M. E. La mujer y la sexualidad en el antiguo régimen. Madrid: Akal; 1992.
46. González Navarro, G.; Usandizaga Beguristáin. Historia de la Obstetricia y Ginecología Española, Madrid: Habe; 2006.
47. Solana Y, Rodríguez R, Rodríguez I, Santiago P. La larga marcha hacia la igualdad. IV Conferencia mundial sobre las mujeres. Beijing 95. Evaluación del proceso en España. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1996.
48. García L. Historia social de la medicina en la España de los siglos XIII-XVI. I. La minoría musulmana y morisca. Madrid: Akal; 1976.
49. Biller P, Ziegler J, Religion and Medicine in the Middle Ages. New York; York medieval Press; 2001.
50. Nussbaum M, Sex and social justice. London: Oxford University Press; 1999.

51. Barkai R, Perspectivas para la historia de la medicina judía española. Espacio, Tiempo y Forma, Serie III, Historia Medieval. 1993; 6: 475-492.
52. Rippin A. Muslims: Their Religious Beliefs and Practices (4ªed.). Londres: Routledge; 2012.
53. Calder N, Mojaddedi J, Rippin A. Classical Islam: A Sourcebook of Religious Literature. Taylor and Francis; 2003.
54. Schacht J. The Origins of Muhammadan Jurisprudence. Oxford: Oxford University press; 1950.
55. Ciba Foundation Symposium 115. Abortion: medical progress and social implications. Ruth Potter y Maeve O'Connor, editores. Londres: Pitman;1984.
56. Basker E. Coping with fertility in Israel: A case study of culture clash. Cult Med Psychiatry; 1983. 7: 199-211.
57. Vidal C. El Talmud. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
58. Del Olmo G. Origen y persistencia del judaísmo. Estella Navarra: Verbo Divino; 2010.
59. Tapia-Adier AM. Notas sobre judaísmo y bioética. Acta bioética. 2010; 16: 17-24.
60. Rab A. La perspectiva judía sobre el aborto.[Internet]. [Consultado el 15 Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://morashasyllabus.com>.
61. Schiff D. Abortion in Judaísmo United Kingdom. Cambridge: University press; 2002.
62. Eisenberg D. Medical informed consent in jewish law [En línea]. 1999. [Consultado el 15 Diciembre de 2014]; Disponible en: <http://www.jlaw.com/Articles/MedConsent.html>
63. Faúndes A, Larzelalto J. El drama del aborto. 1º ed. Chile: LOM ediciones; 2007.
64. Martín JL, Linaje A. Religión y Sociedad medieval. El catecismo de Pedro de Cuellar,1325. Salamanca: Junta de Castilla y León; 1987.
65. Cameron A. El mundo mediterráneo en la antigüedad tardía 395-600. Barcelona: Crítica; 1998.
66. Brundage J. La ley, el sexo y la sociedad cristiana en la Europa Medieval. México: Fondo de cultura económica de España; 2000.
67. Galeotti G. Historia del aborto. Los muchos protagonistas e intereses de una larga vicisitud. Buenos Aires: Nueva Visión; 2004.
68. Mansilla A. El aborto en Roma. Consideraciones jurídicas y morales. Revista de estudios clásicos. 2003; 31: 25-39.
69. Juan Pablo II. Encíclica Evangelium Vitae, 1985, N°4.La Santa sede [ En línea]. 1985. [Consultado el 15 Diciembre 2014] Disponible en: [http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/encyclicals/documents/hf\\_jpii\\_enc\\_25031995\\_evangeliu-vitae\\_sp.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jpii_enc_25031995_evangeliu-vitae_sp.html).

70. Concilio Vaticano II, Constitución Pastoral *Gaudium et Spes* : sobre la iglesia en el mundo actual. Delegación de pastoral familiar[En internet].[Consultado en 15 Diciembre 2014].Disponible en: <http://archimadrid.es/delfam/delfam/pagina/index.php/magisterio-de-la-iglesia/concilio-vaticano-ii/205-constitucion-pastoral-gaudium-et-spes>.
71. Asociación de editores del catecismo. Catecismo de la Iglesia Católica. Madrid: PPC; 1992.
72. Socci A. El Genocidio Censurado. Aborto: mil millones de víctimas inocentes. Madrid: Editorial Cristiandad; 2007.
73. Van-Marrewijk L. 40 años *Gaudium et Spes* 1965-2005. *Ciencias Religiosas*. 2005; 14: 9-42
74. Herranz J. La humanidad ante una encrucijada: Derecho y biología. Cuadernos de bioética 2001/ 3º [ En internet ] [Consultado 15 Diciembre 2014]. Disponible en <http://aebioetica.org/revistas/2001/3/46/329.pdf>.
75. Mishra V, Gaigbe-Toybe V, Ferre J. Abortion policies and reproductive health around the world. *Economic & social affairs*. United Nations; 2014 [ En línea]. [Consultado en 17 Diciembre 2014] Disponible en <http://www.un.org>.
76. Procedimientos Especiales: Aborto provocado. The American Congress of obstetricians and gynecologist. [en línea]. 2011. [Consultado 17 Diciembre 2014]. Disponible en <http://www.acog.org>.
77. Barambio S. Finalización voluntaria del embarazo. Aspectos legales. Aborto de primer trimestre: técnicas, resultados, complicaciones. Aborto de segundo trimestre: técnicas, resultados, complicaciones en: *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción Tomo I*. Madrid: Ed. Panamericana; 2003.
78. Carbonell J L. Técnicas para la práctica del aborto provocado. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2006; Especial 80 Congreso de la SEC: 59-63.
79. Cunningham F, Mac Donald P, Gant N. Aborto. *Williams Obstetricia* 20a Edición. Madrid: Ed. Médica Panamericana;1999.
80. Grimes DA, Schulz KF, Cates W, Tyler CW. Methods of midtrimester abortion: which is safest?. *Int J Gynaecol Obstet*. 1977; 15: 184-188.
81. Carbonell JL, Varela L, Mari J, Salvador I, Aragon S, Alagarda A et al. Mifepristona (600 mg) + misoprostol (400 µ g) en el aborto del primer trimestre. *Prog Obstet Ginecol*. 2001; 44: 361-367.
82. Aubeny E. Trends since 1989 in France of induced abortions by Mifepristone (RU486) combined with a prostaglandin analogue. *Contracept Fertile Sex* 1997; 25: 777- 781.
83. Clínica Dator. Aborto farmacológico con Ru 486 y misoprostol;2000.[En línea].[Consultado 18 Diciembre 2014].Disponible en [www.clinica-dator.com](http://www.clinica-dator.com).

84. Junta de Castilla y León. Información sobre la IVE. [En línea].[Consultado 18 Diciembre 2014]. Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/informacion-ive-interrupcion-voluntaria-embarazo>.
85. Carbonell J. Early abortion with 800 µg of misoprostol by the vaginal route. *Contraception*. 1999; 59: 219-225.
86. MacIsaac L, Grossman D, Balistreri E, Darney P. A randomised controlled trial of laminaria, oral Misoprostol and vaginal Misoprostol before abortion. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 766-770.
87. Jain J, Mishell D. A comparison of intravaginal misoprostol with prostaglandin E2 for termination of second-trimester pregnancy. *N Engl J Med*.1994; 331: 290-293.
88. Velazco A, Carbonell J, Tanda R, Sánchez C, Barambio S, Chami S et al. Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *Eur J Contracep Rep Health C*. 2000; 5: 227-233.
89. Bugalho, C. Bique, L. Almeida, S. Bergström. Pregnancy interruption by vaginal misoprostol. *Gynecologic and Obstetric Investigation*.1993; 36: 226-229.
90. Hannon C, Wiebe E, Jacot F, Guilbert E, Dunn S, Sheldon WR et al. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. *BJOG*. 2006; 113: 621-628.
91. Carbonell JL, Varela L, Velasco A. 25 mg or 50 mg of oral methotrexate followed by vaginal misoprostol 7 days after for early abortion: a randomized trial. *Obstet Gynecol Invest*.1999; 47: 182-187.
92. Carbonell JL, Varela L, Velasco A, Cabezas E, Fernández C, Sánchez C. Oral methotrexate and vaginal misoprostol for early abortion. *Contraception*.1998; 57: 83-88.
93. Pepe F, Gulisano AS, Panella M, Pepe P, Panella P. Induction of abortion by PGF2 alpha in the second trimester of pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol*.1988; 15: 94-97.
94. Benítez-Guerra G, Medina N. Uso de prostaglandinas en obstetricia. *RFM*.2006; 29: 67-73. [En línea].[Consultado 20 Diciembre 2014] Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-04692006000100011&Ing=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000100011&Ing=es).
95. Carbonell J, Llorente M, Varela L, Sánchez E, Breto A, García F, Guillen S, Sánchez C. Mifepristona + Misoprostol + Oxytocina Late 2º trimestre abortion. *Contraception*.2008;78: 52-60.
96. Mittal S, Agarwal S, Kumar S, Batra A. Comparison of oral versus vaginal misoprostol and continued use of misoprostol after mifepristone for early medication abortion. *Indian J Med Res*. 2005; 122: 132-136.
97. Carbonell JLL, Rodriguez J, Delgado E, Sánchez C, Vargas F, Mari J. Vaginal misoprostol 800 µg every 12 hours for second trimester abortion. *Contraception*.2004;70: 55-60.

98. Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sanchez C. 25 mg or 50 mg of oral methotrexate followed by vaginal misoprostol 7 days after for early abortion. *Obstet Gynecol Invest.* 1999; 47: 182-187.
99. Katz Z, Insier V. Midtrimester induction of abortion: comparison of extraovular prostaglandin E2 and intraamniotic prostaglandin F2 alpha. *Contraception.* 1993; 47:475.
100. Barambio S. Aborto provocado instrumental. *Revista iberoamericana de fertilidad.* VI Congreso SEC [Ponencia en línea]. 2002: 13-21. [Consultado 22 de Diciembre del 2014]. Disponible en [http://sec.es/descargas/2002\\_Congreso\\_SEC/pdf/Fertil-SEC-Ponencias.pdf](http://sec.es/descargas/2002_Congreso_SEC/pdf/Fertil-SEC-Ponencias.pdf).
101. La Calle M. Seguimiento posterior al aborto provocado Ponencia del 80 Congreso de la Sociedad Española de Contracepción. Barcelona; 2006. [En línea]. [Consultado en Diciembre 2014]. Disponible en <http://www.acaive.com>.
102. Lurie S. Induced midtrimester abortion and future fertility, where are we today?. *Int J Fétil Menopausal Stud.* 1995; 40: 311-315.
103. Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L. A randomized comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998; 105: 599-604.
104. Wildschut H, Both MI, Medema S, Thomee E, Wildhagen MF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011; 19: CD005216.
105. Cates W, Schultz KF, Grimes DA. Dilatation & evacuation for induced abortion in developing countries: Avantages & disavantages *Stud Fam Plann.* 1980; 11: 128.
106. Barambio S. Interrupciones voluntarias del embarazo, medicamentosa y quirúrgica. *Cuad Med Reprod.* 2001; 7: 162.
107. MacKenzie IZ, Jackson C, McKinlay E, Millar J. Cervical priming before first trimester aspiration abortion: a single blind study comparing gemeprost 1 mg and prostaglandin E2 10 mg pessaries. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1990; 10: 513-517.
108. Wang YF, Jin YC, Wu YE, Gu LJ, Xie XH. The cervix ripening effect of 15-methyl-prostaglandin F2A methyl ester before vacuum aspiration for termination of early pregnancy in primigravidae. *Chinese Medical Journal* 1989; 102: 200-202.
109. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 1990; 76: 129-35.
110. Nathalie Kapp, Patricia A. Lohr, Thoai D Ngo, Jennifer L Hayes. Preparación cervical para el aborto quirúrgico del primer trimestre (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

111. Wm. Robert Johnston. Worldwide Abortion Legislation. [En línea][Consultado 22 Diciembre 2014 ] Disponible en <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/wrjp336a.html>
112. Department of Economic and Social Affairs. United Nations Population Division, World Abortion Policies 2007; 2007.[En línea] [Consultado 22 Diciembre 2014]. Disponible en : [\[http://www.un.org/esa/population/publications/2007\\_Abortion\\_Policies\\_Chart/2007AbortionPolicies\\_wallchart.htm\]](http://www.un.org/esa/population/publications/2007_Abortion_Policies_Chart/2007AbortionPolicies_wallchart.htm).
113. Mapa leyes del aborto en el mundo 2014. Centro de Derechos Reproductivos, 2014.[ En línea]. [Consultado en 27 Diciembre 2014]. Disponible en : <http://www.derechosdelamujer.org/documentos/Autor/Centro%20de%20Derechos%20Reproductivos.html>.
114. Graciela A. Aborto en Europa. Aborto en Europa. Anteproyecto español de Ley de Protección Integral del Concebido y de la Mujer Embarazada. 2014; [En línea][ Consultado el 27 Diciembre 2014]. Disponible en <http://www.gracielamedina.com/aborto-en-europa-anteproyecto-espa-ol-de-ley-de-protecci-n-integral-del-concebido-y-de-la-mujer-embarazada/>.
115. Cook RJ, Dickens BM and Bliss LE, International Developments in Abortion Law: 1977-1988. American Journal of Public Health. 1988; 78: 1305-1311.
116. Cook RJ, Dickens BM, and Bliss LE. International Developments in Abortion Law: 1988-1998. American Journal of Public Health. 1999; 89: 579-586.
117. Duarte, Alicia Elena. El aborto: una lectura de derecho comparado. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México: UNAM; 1993.
118. Boland R. Abortion law world-wide: a survey of recent developments. En Bednarikova J, Chapman FC, eds. Essays in Honour of Jan Stepan, Zurich, Suiza. Schulthess Polygraphischer Verlag; 1994: 89-106.
119. Rahman A, Katziol L, Henshaw SK. Una revisión global de las leyes de aborto, 1985-1997. International Family Planning Prospectus. 1998; 24: 56-64.
120. Tietze, C. Informe mundial sobre el aborto. España: 5.ª ed. Ministerio de Cultura y el Instituto de la Mujer. 1983.
121. Arámbula R. Legislación Internacional y Derecho comparado sobre el aborto. Centro de Documentación, Información y Análisis, Subdirección de Política Exterior. 2008. [En línea] [Consultado en 22 Diciembre 2014] Disponible en <http://www.diputados.gob.mx>
122. Anexo legislación comparada. [En línea] [Consultado 22 Diciembre 2014] Disponible en [www.psoe.es](http://www.psoe.es).
123. La ley del aborto en Europa.[En línea]. BBC.mundo.com. 2008. [Consultado 22 Diciembre 2014 ] Disponible en [http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid\\_7450000/7450810.stm](http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_7450000/7450810.stm).

124. El aborto en Europa. RTVE. Madrid. [En línea] 2008. [Consultado 22 Diciembre 2014]. Disponible en [<http://www.rtve.es/noticias/20080711/aborto-europa/150626.shtml>].
125. Aborto inseguro: cálculos regionales y globales de incidencia y mortalidad, con lista de datos disponibles por país, Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1998.
126. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual. Guttmacher Institute.2009. [En línea]. [Consultado en Diciembre 2014]. Disponible en [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org).
127. Gómez J. Aborto supervisado en los tres primeros meses en Alemania. El País/Política.[En línea]. [Consultado 27 Diciembre 2014] Disponible en [Politica.elpais.com/politica/2012/07/28/actualidad/1343508939\\_909756.html](http://Politica.elpais.com/politica/2012/07/28/actualidad/1343508939_909756.html).
128. Stefan Rehder. Aborto en Alemania: no punible, pero contrario a derecho. Aceprensa [9.Jun.1993]. [En línea]. [Consultado el 28 Diciembre 2014] Disponible en <http://www.aceprensa.com/articles/de-la-despenalizaci-n-a-la-legalizaci-n/>.
129. Domingo R. El aborto en Alemania: Observaciones sobre la sentencia del Tribunal Constitucional alemán de 28.5.1993. Cuadernos de Bioética 1994/3". 1994. p213-220.
130. Espiño I. El aborto en Europa. La legislación País por país. El Mundo.es/España. [Consultado jueves 03/12/2009] Disponible en <http://www.elmundo.es/elmundo/2009/12/02/espana/1259786724.html>.
131. Neuman GL. Casey en el espejo: aborto, abuso y el derecho a enjuiciamiento en los Estados Unidos y en Alemania. American Journal of Comparative Law. 1995; 43: 273-314.
132. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.[En línea]1975.bibliothèque de Sciences Po Lyon.[Consultado 23 Diciembre 2014] Disponible en <http://doc.sciencespo-lyon.fr/accueil.php>.
133. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative a la couverture des frais afferents a l'interruption volontaire de grossesse non therapeutique et aux modalites de financement de cette mesure. [En línea] Legifrance gouv. 2013.[Consultado 23 Diciembre 2014] Disponible en <http://www.legifrance.gouv.fr>.
134. Code de la santé publique - Article L2213-1 [En línea] Legifrance.gouv. 2013.Disponible en [<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687544&dateTexte>].
135. Ley No. 93-121 del 27 de enero de 1993. Annual Review on Population Law, 1993;20:15. [En línea] [Consultado 23 Diciembre 2014] Disponible en [http://www.law.harvard.edu/programs/annual\\_review](http://www.law.harvard.edu/programs/annual_review). Revisado el 15 de mayo de 1998.
136. Orden del 28 de diciembre de 1988. Journal Officiel Republique Française, 12 de enero de

- 1989; 1: 465, resumida en *International Digest Health Legislation*. 1989;40: 430-431.
137. Abortion Act 1967. *Legislation* [En línea]. 2013. [Consultado 23 Diciembre 2014]. Disponible en [<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/contents>].
138. Número de abortos legales en el periodo 1968-2009. Parlamento del Reino Unido [En línea] 2010. Disponible en [<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld201011/ldhansrd/text/100719w0001.htm>]
139. Government Statistical Service for the Department of Health. [June 19, 2007]. Disponible [[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH\\_075697](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_075697)].
140. Columna 1185-1196. *Publicación & Records. Parliamentary Business*. [En línea]. [Consultado en Diciembre 2014]. Disponible en <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm198990/cmhansrd/1990-06-21/Debate-16.html>.
141. Arias J. El aborto es libre y gratuito en Italia, con restricciones a partir de los 90 días de gestación. *El País.archivo.com*. [En Línea]. 1983. [Consultado en Diciembre 2014] Disponible en [[http://elpais.com/diario/1983/02/11/espana/413766013\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1983/02/11/espana/413766013_850215.html)].
142. Díez. I. La polémica sobre la ley del aborto llega a Italia. *Rtve.es*. [En línea]. [Consultado en Diciembre 2014]. Disponible en [<http://www.rtve.es/noticias/20091019/polemica-sobre-ley-del-aborto-llega-italia/296917.shtml>].
143. Pascual. F. El caso del aborto en Italia: una lección para Hispanoamérica. [En línea]. [Consultado Noviembre 2013]. Disponible en <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/284/1269/articulo.php?id=13064>.
144. Moro T. El aborto en Italia. 02/01/2010. [En línea]. [Consultado 23 Diciembre 2014]. Disponible en <http://www.iustitiae.tomas-moro.org/derecho-a-la-vida/articulos-derecho-a-la-vida/elabortoenitalia>.
145. Ley16/2007 de Abril da Exclusao da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez *Diário da República*; 17/abril/2007; 1.a série(75): 2417.
146. De Maeye P. Polonia no cambia la ley del aborto. *Zenit*. 2011.[11 de Noviembre de 2013]. [Consultado en Diciembre 2014]. Disponible en <http://www.zenit.org/es/articles/polonia-no-cambia-la-ley-del-aborto>.
147. Pérez Díaz J. La Política de control demográfico más famosa del mundo: China y el hijo único. *Apuntes de Demografía*. [En línea] Consultado 2014. Disponible en <http://apuntesdedemografia.wordpress.com/polpob/maltusianismo/china-y-el-hijo-unico/>.
148. Jing-Bao N. Limits of State Intervention in Sex-Selective Abortion: The Case of China. *Culture, Health and Sexuality*. 2010; 12: 205.

149. Junhong C. Prenatal Sex Determination and Sex-Selective Abortion in Rural Central China. *Population and Development Review*. 2001; 27: 262.
150. Hesketh, Therese . Lu, Li. Xing, Zhu Wei. The Effect of China's One-Child Family Policy After 25 Years. *The New England Journal of Medicine*.2005; 353: 1171-1176.
151. Junhong, Chu. Prenatal Sex Determination and Sex-Selective Abortion in Rural Central China. *Population and Development Review*. 2001; 27: 267.
152. Haroz A. La ley sudafricana de 1996 sobre la elección de interrumpir el embarazo: expansión del derecho a decidir y de los derechos humanos internacionales a la mujeres negras sudafricanas. *Vanderbilt Journal of Transnational Law*. 1997; 30: 863-903.
153. Escobar G: Derechos de la mujer. II Informe sobre derechos humanos. Federación Iberoamericana de Ombudsmen: Trama Editorial. 2004; 2: 91-281.
154. Gasman N, Blandon M, Crane B. Abortion. Social Inequity and Women's health: Obstetrician-Gynecologists as agents of change. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2006; 94: 310-316.
155. Schiappacasse V, Díaz S. Acces to emergency contraception. *International Journal of Gynecologist and Obstetrics*. 2006; 94: 301-309.
156. Chilbirth by Choice Trust. Abortion law, history and religion. Toronto; 1995.[En línea] [Consultado en 22 Diciembre 2014]. Disponible en [www.cbctrust.com](http://www.cbctrust.com).
157. Legal abortion in Canada. National abortion federation[En línea][ Consultado 23 Diciembre 2014] Disponible en <http://www.prochoice.org/canada/legal.html>.
158. Torres Vidal Rosa M, Gran Álvarez Miriam A. Panorama de salud de la mujer cubana. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2003; 29: 198-208. [Consultado 23 Diciembre 2014]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662003000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662003000300002&lng=es).
159. History of abortion. National abortion federation[En línea].[ Consultado el 29 Diciembre 2014] Disponible en [http://www.prochoice.org/about\\_abortion/history\\_abortion.html](http://www.prochoice.org/about_abortion/history_abortion.html)
160. Almeling R, Tews L, Dudley S. Abortion Training in U.S. Obstetrics and Gynecology Residency Programs,1998. *Family Planning Perspectives*. 2000; 32: 268-271.
161. Guttmacher Institute. Right without acces: Revisiting Public Funding of Abortion for Poor Women. *The Guttmacher report on public policity*. 2000; 3: 8-11.
162. Henshaw S, Finer LB. The Accessibility of Abortion Services in the United States, 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2003; 35: 16-24.
163. Human Rights Watch (O.N.U.) Derechos humanos y aborto. Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina 2005.[En línea]. Consultado en Diciembre 2014.

Disponible en <http://www.uasb.edu.ec>.

164. Antonio O. Ávila. Ciudad de México despenaliza el aborto. El país/Internacional.25-04-2007.[en línea]. [Consultado en Diciembre-2014].Disponible en [http://internacional.elpais.com/internacional/2007/04/25/actualidad/1177452003\\_85021415.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2007/04/25/actualidad/1177452003_85021415.html).
165. Navas M. El impacto de la legalización del aborto en México. BBC/Mundo.18-12-2013.[En Línea]. Consultado 31-12-2013.Disponible en [http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2012/12/121217\\_aborto\\_impacto\\_legalizacion\\_mexico\\_m\\_en.shtml](http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2012/12/121217_aborto_impacto_legalizacion_mexico_m_en.shtml)
166. Lamas M. La despenalización del aborto en México. Nueva Sociedad.2009; 20: 155-172.
167. Espinosa H, López L. Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención. Gaceta Médica de México. 2003; 139: 9-15.
168. Paxman J M, Rizo A , Brown L, Benson J. La epidemia clandestina: la práctica del aborto inseguro en América Latina, Studies in Family Planning. 1994; 24: 205-226.
169. Guttmacher Institute. Panorama general del Aborto clandestino en latinoamerica. Alan Guttmacher institute. 1994. [En línea]. [Consultado en Diciembre 2014]. Disponible en <https://www.guttmacher.org/pubs/ib12sp.pdf>
170. Guillaume A, Lerner S. El aborto en américa latina y el caribe. La chronique;2008.
171. Barrantes M, De la Cruz M., mercado E. El aborto terapéutico en Nicaragua: El diálogo como parte de la solución al conflicto. acta bioeth. [En línea]. 2008; 14: 106-110. [Consultado 23 Diciembre 2014] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1726-569x2008000100014&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569x2008000100014&lng=es).
172. Guttmacher Institute. Hechos sobre el aborto inducido en el mundo. Revista electrónica Guttmacher Institute.[En línea] [Consultado Diciembre 2014]. Disponible en [http://www.guttmacher.org/pubs/fb\\_IAW\\_sp.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW_sp.pdf).
173. Henshaw S, Singh S, Haas T. La incidencia del aborto inducido a nivel Mundial. Perspectivas Internacionales en planificación familiar.1999;nº especial:16-24.
174. Soria L. Cada cuatro minutos una adolescente aborta en Europa. Sociedad: Periódico La Razón. Viernes 14 Noviembre, p. 36-37.
175. Hernández G. El aborto en España: análisis de un proceso socio-político. Universidad Pontificia de Comillas; 1992.
176. Artículo 639, artículo 640 del código penal español de 1822.Madrid en la imprenta nacional [En línea] [Consultado 5/01/2014]. Disponible en : <http://www.cienciaspenales.net/portal/page/portal/IDP/Dosier/la%20constitucion%201812/codig>

oPenal1822.pdf

177. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. «BOE» núm. 166, de 12 de julio de 1985, páginas 22041 a 22041 (1 pág.).[En Línea] Agencia estatal Boletín Oficial del Estado. Sección I. Disposiciones generales. Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-1985-14138. [Consultado 23 Diciembre 2014]. Disponible en <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138>

178. Bustelo C. La defensa de la vida. Tribuna Libre. El País.17-October-1983.[En Línea] [Consultado 23 Diciembre 2014]. Disponible en [http://elpais.com/diario/1983/10/17/espana/435193213\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1983/10/17/espana/435193213_850215.html)

179. Bustelo C. Abortar en España. Tribuna Libre. El País.17-Enero-1993.[En Línea] [Consultado 23 Diciembre 2014] Diponible en [http://elpais.com/diario/1993/01/17/opinion/727225203\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1993/01/17/opinion/727225203_850215.html)

180. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. «BOE» núm. 55, de 4 de marzo de 2010, páginas 21001 a 21014 (14 págs.). Sección I disposiciones generales. Jefatura de Estado. BOE-A-2010-3514.[En línea]. [Consultado 5 Enero del 2014]. Disponible en [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514>].

181. Ruíz-Gallardón A. Anteproyecto de ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada. Ministerio de Justicia. 2013. [En línea] [Consultado 23 Diciembre 2014]. Disponible en [<http://lawcenter.es/w/file/view/4216/anteproyecto-de-ley-organica-para-la-proteccion-de-la-vida-del-concebido-y-de-los-derechos-de-la-mujer-embarazada>]

182. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos 2012.Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Prevención y promoción.2012. [En Línea] [Consultado 23 Diciembre 2014]. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/home.htm>

183. Interrupción voluntaria de embarazo. Portal de salud de Castilla y León. Profesionales, información epidemiológica. [En línea].[ Consultado en Diciembre 2014].Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacion-epidemiologica>.

184. Echeburúa Odriozola E. Ansiedad crónica Evaluación y tratamiento. Eudema Psicología Salud; 1993.

185. Polaino A. Psicopatología e interrupción voluntaria del embarazo. Cuad Bioét. 2009; 20: 357-392.

186. Macías Fernández J.A. Trastornos psíquicos en la mujer. Universidad de Valladolid; 1996.

187. Tietze C. Complicaciones y secuelas del aborto. Informe Mundial Sobre el Aborto. Madrid:

Instituto de la Mujer; 1987.

188. Mueller PM. Casual attributions perceived self-efficacy, and coping with a negative life event. *Disser.abs. Internation.* 1986; 47: 800.
189. Frank P. *Sequelae of induced abortion.* Ciba Found Symp. 1985; 115: 67-82.
190. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* España: Editorial médica Panamericana; 2013.
191. Spielberger CD, Gorsuch R L, Lushene RE. *Manual STAI: Cuestionario de ansiedad Estado Rasgo.* 6ª edición. Madrid: TEA ediciones; 2002.
192. Sánchez V. *Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado- Hospital Nacional Sergio Bernales.* [Tesis doctoral]. Lima: Cuya Candela; 2005.
193. Servicio de Promoción de la Salud y de Epidemiología. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. *Las decisiones en materia de contracepción e interrupción voluntaria del embarazo en mujeres y hombres inmigrantes latinoamericanos en la Comunidad de Madrid.* Madrid; 2008.
194. Carril E, López A. *Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización.* Uruguay: Cátedra libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género; 2007.
195. Nogueira N. *El empleo es el factor que más influye en España en la decisión de abortar.* 5 Febrero 2005. [Consultado en Noviembre del 2013]. Disponible en <http://elpais.com/diario/>
196. Garabito C. *La nueva regulación del delito de aborto en España.* Universidad de Salamanca; 2011.
197. Sánchez JM, Salgue N, Martín R, de la Rica A, Esteban ML, Muñoz MS et al. *Aborto y Salud mental: cuaderno de investigación 2.* Clínica Dator; 2010.
198. Castañeda I, Molina M. *Factores biosociales que influyen en la aparición del aborto provocado.* *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999; 25: 55-60.
199. Calderón S, Alzamora L. *Factores de pareja y grupales relacionados al aborto provocado en mujeres adolescentes.* *UCV – Scientia.* 2009; 1: 110-115.
200. Alfaro P, Torrents V. *Perfil de la mujer con diagnóstico de aborto provocado.* Biblioteca Virtual em Saúde. Santiago de Chile; Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería; 1991. [En línea]. [Consultado en 27 Diciembre 2014]. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
201. Ornat L. *El aborto provocado en la comunidad autónoma de Aragón: Estudio epidemiológico de la población española e inmigrante* [Tesis doctoral]. Universidad de Zaragoza; 2005.
202. Serrano L. *Contribución al estudio psicológico-médico del aborto y de sus posibles*

consecuencias psicopatológicas. [Tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1990.

203. Delgado M. La evolución reciente de la fecundidad y el embarazo en España: La influencia del aborto. 1999; 87: 83-116.

204. Orejuela M, Asociación entre la situación laboral de la mujer y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en España 1991-2005. Universidad de Alicante; 2008.

205. Vicente AM, Martínez T. Cambios en el mercado laboral español. La incorporación de la mujer al mercado laboral: factores determinantes a nivel geográfico, profesionales y por actividades en el sistema de la seguridad social.2007. [En línea].[Consultado 27 Diciembre 2014] Disponible en <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0557.pdf>.

206. Gómez S, Martí C. La incorporación de la mujer al mercado laboral: Implicaciones personales, familiares y profesionales, y medidas estructurales de conciliación trabajo-familia. IESE Buiness school. Barcelona: Cátedra SEAT de relaciones laborales; 2004.[En línea].[Consultado en 27 Diciembre del 2014]. Disponible en <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0557.pdf>.

207. Adela M. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Revista médica de Chile. 2011; 139: 1249-1252.

208. Ruiz Salguero. La Regulación de la fecundidad: un estudio demográfico de la anticoncepción, la esterilización, el aborto y el tratamiento de la esterilidad en España.[Tesis doctoral] Universidad autónoma de Barcelona; 2002.

209. Delgado M, Barrios L. El aborto en España en una perspectiva internacional. Estudios Geográficos. 2005; 66: 71-103.

210. Font-Ribera L, Pérez G, Espelt A, Salvador J, Borrell C. Determinantes del retraso de la interrupción voluntaria del embarazo. Gac. Sanit.2009; 23: 415-419.

211. Fernández I, Carrillo N, Leal M, Carrillo I, Carrillo E, Lozano ML et al. Una aproximación al aborto e inmigración en España. El valor socioeconómico de la vida humana. Cuad Bioét. 2010; 21: 313-326.

212. Sahuquillo M. El aborto sube un 5% en un año de crisis. El País.2012/12/22; sociedad: 36-37.

213. Boch S, López A, Molins T, Zurriaga O. Informe de salud Consejería de sanidad de Generalitat Valenciana: interrupciones voluntarias del embarazo en la comunidad Valenciana.2010.[ En línea]. [Consultado en Diciembre 2015]. Disponible en <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/IS%20136.pdf>

214. Morillo A, Aldana JM, Moreno J, Sillero R, Nieto P. Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. Aten Primaria.2007; 39: 313-318.

215. Ruíz-Ramos M, Ivañez L, García J. Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gac Sanitaria*. 2012; 26: 504-511.
216. Zurriaga O, Martínez M, Galmés A, Torne M, Boch S et al. Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. *Gaceta Sanitaria*. 2009;23:57-63.
217. Gispert R. Diferencias en el perfil reproductivo de mujeres autóctonas e inmigrantes residentes en Cataluña. *Gac Sanit*. 2008; 22: 574-577.
218. Barroso P, Lucerna M.A, Parrón T. Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el periodo 1998-2002. *Rev Esp. Salud Pública* 2005; 79: 493-501.
219. Malmusi D, Pérez G. Aborto legal en mujeres inmigrantes en un entorno urbano. *Gac Sanit*. 2009; 23: 64-66.
220. Orejuela M, Ronda E, Regidor E. Contribución de la inmigración a las interrupciones voluntarias del embarazo. *Med Clin (Barc)*.2009; 133: 213-216.
221. Asociación de clínicas acreditadas para la acreditadas para la interrupción del embarazo. Características sociológicas de la mujeres que realizan una interrupción de la Gestación en España. Anticoncepción fallida y aborto provocado.2010 [En línea].[Consultado 28 Diciembre 2014].Disponible en <http://www.tutormedica.com/hemeroteca/estudioa/20100512- CaracteristicasSociologicas.pdf>
222. Serrano I, Doval JI, Lete I, Arbat A, Coll C, Martínez J et al. *The European Journal of contraception & reproductive health care*. 2012; 17: 205-211.
223. Díaz JA. Prevención del aborto. *Prog Obstet Ginecol*. 2009; 52: 491-496.
224. Álvarez C, Pastor G, Linares M, Serrano J, Rodríguez L. Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gac Sanit*. 2012; 26: 497-503.
225. Correa M, Marín F, Rancel M, Rodríguez P, Correa B, Martín F. Aspectos de la “Píldora del día después” en adolescentes de nuestro medio. *BSCP Can Ped*. 2006; 30: 75-79.
226. Rodríguez J, Traverso C. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit*. 2012; 26: 519-524.
227. Coleman PK, Reardon DC, Strahan TS, Cogle JR. The psychology of abortion: a review and suggestions for future research. *Psychol Health*. 2005; 20: 237–271.
228. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *BJP* 2011, 199: 180-186.
229. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 444–451.

230. Coleman PK. The Decline of Partner Relationship in the Aftermath of abortion. *Research Bulletin*. 2007; 20: 1-8.
231. Thorp J, Hartman K, Shadigan E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv*. 2003; 58: 67–79.
232. Lauzon P, Roger D, Achim A, Boyer R. Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician*. 2000; 46: 2033-2040.
233. Robinson GE, Stotland NL, Russo NF, Lang JA, Occhiogrosso M. Is there an “abortion trauma syndrome”? Critiquing the evidence. *Harv Rev Psychiatry*. 2009; 17: 268-290.
234. Renee J. Abortion and anxiety: what’s the relationship. *Social Science & Medicine*. 2008; 67: 238-252.
235. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and Mental Health. *American Psychological Association*. 2009; 64: 863-890.
236. Major B, Cozzarelli C, Cooper L, Zubek J, Richards C, Wilhite. M, et al. Psychological responses of women after first trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57: 777-784.
237. Mueller PM. Casual attributions perceived self-efficacy, and coping with a negative life event. *Disser. abs. internacion; 1986*.
238. Gill J. The relationship of self concept to levels of anxiety and depression in women receiving vacuum curetage abortions. *Disser. Abs. Internacion; 1979*.
239. Becerra S. Factores demográficos y psicosociales asociados a la decisión de continuar o terminar con el embarazo en un grupo de adolescentes de estrato socioeconómico bajo. *Revista de Psicología de la PUCP*. 1995; 13: 51-62.
240. Coleman P. Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. 2006; 35: 903-911.
241. Lazarus A. Psychiatric sequelae of legalized elective first trimester abortion. *J. Psychosom Obstet Gyneacol*. 1985; 4: 141-150.
242. Belsey E. Predictive factors in emotional response to abortion: King’s termination study IV. *Soc Scien Med*. 1977; 11: 71-82.
243. Dominic L, Cheung M, Haines C, Kathy M, Chung M. A comparison of the psychologic impact and client satisfaction of surgical treatment with medical treatment of spontaneous abortion: A randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 185: 953-958.