



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**“APOYO PSICOSOCIAL Y SANITARIO A
MUJERES TRAS UNA INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DE EMBARAZO”**

AUTORA: EVA MARIA HERRANZ GARCIA

TUTOR: FRANCISCO JOSE TOVAR MARTINEZ

FACULTAD DE EDUCACION Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2017-2018

FECHA DE ENTREGA:

RESUMEN

Lo referente a las interrupciones voluntarias del embarazo es un tema que genera gran controversia hoy en día. Rara vez se habla de las consecuencias psicológicas que esta intervención puede tener sobre la mujer que lo sufre y sus familias. En España existen poco estudios relacionados con este tema. Se sabe que es el síndrome postaborto aunque la propia existencia del síndrome supone un gran debate. La finalidad de este trabajo no es otra que dar credibilidad a dicho síndrome y crear, desde un equipo multidisciplinar, un programa de apoyo psicosocial y sanitario destinado a aquellas mujeres que hayan vivido una interrupción voluntaria del embarazo y sus familias, señalando que también podrían incluirse aquellas personas afectadas por una interrupción esporádica del embarazo.

ABSTRACT

As regards voluntary interruptions of pregnancy is an issue that generates great controversy today. Rarely refers to the psychological consequences of this intervention on the woman who is suffering and their families. In Spain there are Little studies related to this topic. It is known to be the post-abortion síndrome although the existence of the síndrome involves a major debate. The purpose of this work is to give credibility to this síndrome and create from a multidisciplinary team, a program of psycho-social support and health for those women who haved lived a voluntary interruption of pregnancy and their families pointing out that those affected by a sporadic interruption of pregnancy also could include.

PALABRAS CLAVE: Síndrome postaborto, interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E), apoyo psicosocial y sanitario.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN.	5
METODOLOGIA PREVISTA.	5
FUNDAMENTACION TEÓRICA.....	6
1.NORMATIVA RELACIONADA CON LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE).	6
2.NÚMERO DE INTERRUPCIONES DE EMBARAZO EN ESPAÑA: ESTADÍSTICAS.	11
3.EL ABORTO EN EUROPA	14
4.DIFERENTES PUNTOS DE VISTA ACERCA DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.	15
SINDROME POST ABORTO: ¿QUÉ ES? CONSECUENCIAS.....	16
INTERVENCION DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.....	17
1.FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIAL EN CUANTO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	19
2.PROPOSTA DE INTERVENCIÓN DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	20
3.EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.	24
CONCLUSIONES	25
ANEXOS:	27
1.ANEXO I: INFORMACIÓN USUARIA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE)	27
2.ANEXO II: JUSTIFICANTE DE LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN PARA LA CLÍNICA.....	28
3.ANEXO III: AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO PARA MENORES DE EDAD.	29
4.ANEXO IV: SOLICITUD INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE).....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	31

INTRODUCCIÓN.

Las mujeres a través de un largo proceso histórico han ido consiguiendo derechos que les han ido equiparando, en términos de igualdad, con los hombres. Si bien existen todavía algunas situaciones o ámbitos en los que esa igualdad no se ha conseguido. En ese sentido, las mujeres cumplen una función única en los seres humanos, son las responsables de la continuación de la especie humana, y es por ello que su cuerpo se prepara cada mes para su periodo fértil, para albergar una vida en su interior, siendo la maternidad para las mujeres algo innato. Es por ello que la interrupción de un embarazo, ya sea voluntariamente o esporádicamente, supone en muchos casos desequilibrios en la salud de las mujeres que lo sufren. Esto es lo que Vicent Rue llamo en 1981 Síndrome post aborto, del que vamos a tratar a continuación. Una interrupción de embarazo puede suponer en la mujer sentimientos de pérdida, por lo que es necesario pasar por la etapa del duelo ante una pérdida para superarlo y que supone, desde nuestro punto de vista, una reflexión profunda desde las ciencias sociales y, en concreto, desde el trabajo social como disciplina que busca intervenir en la sociedad en busca de la satisfacción de las necesidades de sus miembros.

La justificación de este trabajo es precisamente dar a conocer las consecuencias que tiene una interrupción de embarazo en la salud de la mujer que lo sufre, en sus parejas y familias, así como un esfuerzo por desmontar el tabú existente acerca de la interrupción de embarazo. Con tabú nos referimos al enfrentamiento social existente sobre si una interrupción voluntaria del embarazo es privar de vida a un ser humano o no. Se hará un recorrido por la normativa que regula las intervenciones voluntarias de embarazo, siendo estas legalizadas en el año 1985 con la ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio en la que se recogen tres supuestos en los que interrumpir voluntariamente el embarazo no es un delito.

Por otro lado, se fomentará el acompañamiento por parte de trabajadores y trabajadoras sociales del ámbito sanitario a las mujeres tras sufrir una interrupción del embarazo en cualquiera de sus formas con el objetivo de evitar sus consecuencias negativas y en caso de existir estas, ser capaces de detectarlas tempranamente, y en especial a aquellas que estén sufriendo el llamado síndrome post aborto. Este acompañamiento se hará de forma coordinada con el resto del personal sanitario que trate a la mujer para así poder ofrecer a la mujer una atención integral. Para ello haremos un breve recorrido acerca de que es el trabajo social sanitario y cuáles son sus funciones.

Este trabajo se va a centrar en interrupciones voluntarias del embarazo, independientemente de su tipología y justificación. Cabe destacar, que con motivo de su reciente legalización, sigue existiendo cierta controversia con la existencia de grupos antiaborto o provida. La interrupción del embarazo sigue siendo un tema tabú en la sociedad.

A.OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN.

El objetivo principal de este trabajo es paliar las consecuencias negativas sufridas por las mujeres a raíz de someterse a una intervención voluntaria del embarazo.

Para conseguir este objetivo, es necesario cumplir con estos objetivos específicos:

- Conocer en profundidad el marco normativo que regula las interrupciones voluntarias del embarazo.
- Dar a conocer que es el síndrome post aborto.
- Visibilizar las consecuencias de dicho síndrome.
- Concienciar sobre la importancia que tiene atender sus consecuencias para que las mujeres que lo sufren puedan llevar una buena calidad de vida tanto física como psicológica.
- Realizar un acercamiento de cuáles podrían ser las funciones que él o la trabajador/a social del ámbito sanitario especialmente, pueden llevar a cabo para ser un apoyo para estas mujeres.
- Formar a los profesionales implicados.
- Crear un servicio de acogida, orientación y acompañamiento desde el trabajo social sanitario a quienes sufren las secuelas de una interrupción del embarazo.
- Impulsar la creación de un grupo de autoayuda para las mujeres que han sufrido una interrupción del embarazo, sus parejas y familiares.

B.METODOLOGIA PREVISTA.

Para la realización del trabajo se llevará a cabo una recopilación de información sobre las cifras registradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad acerca del número de interrupciones voluntarias del embarazo, su número total anual y su distribución por edades siendo estas comprendidas entre los 15 y 44 años de edad.

Se hará una breve exposición sobre qué es el síndrome post aborto y a quienes afecta. Cuáles son sus consecuencias y posibles formas de paliarlas.

Por otro lado, se hará un resumen acerca de en qué consiste el trabajo social sanitario. Finalmente, se hará una propuesta de intervención social con mujeres que han pasado por una interrupción voluntaria del embarazo, pudiendo esta ampliarse a interrupciones esporádicas y naturales del embarazo. Propongo una intervención llevada a cabo desde un equipo multidisciplinar coordinado por los/las trabajadores sociales y que implique al resto de personal sanitario implicado.

C.FUNDAMENTACION TEÓRICA.

1.Normativa relacionada con la interrupción voluntaria de embarazo (IVE).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente entorno a las 22 semanas de gestación.

La OMS distingue cuatro tipos de aborto:

- 1- Aborto espontaneo: aquel que surge de manera inesperada durante el normal desarrollo del embarazo. Puede ser de forma natural o a consecuencia de algún accidente. Es involuntario.
- 2- Aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo (IVE), es una interrupción intencional del embarazo. Puede realizarse por medicamentos o mediante una intervención mecánica.
- 3- Aborto legal: interrupción voluntaria del embarazo dentro de los límites que establece la ley desarrollados a continuación.
- 4- Aborto ilegal: aquella interrupción que se realiza incumpliendo los supuestos legales en los que está permitido interrumpir el embarazo de forma legal.

En lo referente a la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en España, encontramos la legislación citada a continuación.

La ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal declara tres supuestos en los que interrumpir el embarazo voluntariamente no es un delito. Esto supuso la primera despenalización del aborto en España. Estos tres supuestos son:

- a. Cuando la salud tanto física como psíquica de la embarazada corra peligro y así conste en un dictamen médico de la especialidad correspondiente.
- b. Cuando el embarazo se haya producido a raíz de un delito de violación (artículo 429), siempre que dicha violación haya sido denunciada y se practique la interrupción del embarazo antes de las doce semanas.
- c. Que el feto sufra graves problemas de salud física o psíquica, siempre y cuando exista un dictamen médico emitido por dos especialistas y se realice la interrupción del embarazo dentro de las veintidós semanas de gestación que establece la ley citada y explicada a continuación.

Más tarde, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo reconoce en su artículo 3 el derecho a la maternidad libremente decidida.

En la misma ley, en el Título II, de la interrupción voluntaria del embarazo, en el artículo 12 se recoge la garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que dicta la ley.

En el artículo 14, (es aquí donde entra en juego el papel del trabajador social sanitario en caso de solicitar la interrupción voluntaria de embarazo en centro público) se recoge que se puede realizar la interrupción voluntaria del embarazo antes de las catorce semanas de gestación, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- a. Que la mujer haya sido correctamente informada de los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad existentes (artículo 17 de esta misma ley).
- b. Que desde que la mujer recibe dicha información y se practique la intervención para interrumpir su embarazo hayan transcurrido al menos tres días.

Según el artículo 15 de esta ley, podrán realizarse interrupciones voluntarias de embarazo hasta las veintidós semanas siempre y cuando se demuestre que por causas médicas sea conveniente practicarlos. Estas circunstancias son:

- a. Siempre con anterioridad a cumplir las veintidós semanas de gestación y cuando existe grave riesgo para la salud de la mujer y así se demuestre en un dictamen médico realizado por un especialista. Si existe riesgo vital para la mujer embarazada se podrá prescindir de dicho dictamen.
- b. Cuando el feto tenga riesgo de sufrir anomalías y así se refleje en un dictamen médico emitido por dos especialistas. Siempre que no se superen las veintidós semanas de gestación.
- c. Si se detecta en el feto anomalías incompatibles con la vida o enfermedades extremadamente graves e incurables siempre con un dictamen médico que lo certifique.

El artículo 17 de la ley sobre “información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo” hace referencia al papel del/la trabajador/a social sanitario en este proceso, ya que es él o ella quienes se encargan de proporcionar dicha información a las pacientes. Se hace referencia a este artículo anteriormente en el artículo 14 de la misma ley.

- a. Cuando una mujer muestre su intención por interrumpir voluntariamente su embarazo se la deberá informar correctamente sobre los distintos métodos para practicar la intervención, las condiciones que marca esta ley, los centros tanto públicos como privados acreditados a los que puede acudir y los trámites que debe seguir para acceder a la prestación.
- b. Cuando la mujer embarazada se acoja al artículo 14 de la ley para realizar la interrupción voluntaria del embarazo, deberá recibir un sobre cerrado que contenga:
 - Información sobre ayudas públicas existentes para mujeres embarazadas y cobertura sanitaria durante la gestación y parto.

- Derechos laborales vinculados al embarazo y la maternidad así como prestaciones y ayudas públicas para el cuidado de los/las hijos/as.
- Información sobre los centros disponibles a los que puede acudir a solicitar información sobre anticoncepción.
- Centros a los que la mujer puede acudir para recibir asesoramiento antes y después de practicarse la intervención para la interrupción del embarazo.

El sobre cerrado que contiene esta información se deberá entregar en los centros sanitarios públicos o en aquellos centros acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Se hará entrega, junto al sobre cerrado, de un documento que acredite la fecha en la que se ha entregado.

- c. Cuando la mujer se acoja al artículo 15 apartado b de esta ley, además de lo previsto en este artículo, recibirá información escrita sobre los derechos, ayudas y prestaciones públicas existentes para la promoción de la autonomía de personas con discapacidad y las organizaciones sociales existentes que prestan asistencia social a estas personas.
- d. Con anterioridad a la prestación del consentimiento, en todos los supuestos, se informará a la mujer gestante sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción voluntaria del mismo.
- e. La información ofrecida por parte de los y las profesionales deberá ser clara, objetiva y comprensible. Si la mujer padeciera alguna discapacidad se ofrecerá la información en formatos adecuados acorde con su discapacidad.

En la documentación ofrecida a la mujer por escrito se la informará de que puede solicitar dicha información de forma verbal.

El Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, establece en su artículo 2 de Naturaleza y composición del comité clínico lo siguiente:

- a. El comité clínico tiene carácter consultivo y naturaleza tecnicofacultativa que designado por el órgano competente de cada Comunidad Autónoma, interviene cuando la mujer solicita la interrupción de su embarazo por causas médicas cuando se detectan anomalías graves e incurables en el feto. El comité clínico confirmará o negará el diagnóstico.
- b. Deberá existir en cada Comunidad Autónoma en cuanto a la sanidad pública se refiere, al menos un comité clínico. Podrán existir más comités clínicos en base a criterios de población y número de especialistas.
- c. Serán las autoridades competentes de las Comunidades Autónomas las encargadas de designar a los especialistas que formarán estos comités, formados en base a lo establecido en el artículo 16.1 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

La designación de dichos comités se hará pública en el diario oficial de la Comunidad Autónoma donde se incluirá a los titulares del comité y como mínimo a un suplente de cada miembro. Estos comités tendrán un plazo de actuación de un año, al menos.

La mujer embarazada podrá elegir a un médico especialista. En caso de que ejerza su derecho a elegir, propondrá a las autoridades competentes la designación de un médico a su elección.

El artículo 3 del mismo Real Decreto habla del procedimiento de actuación y régimen de funcionamiento, en el cual se establece que la actuación del comité se iniciara una vez la mujer tenga un diagnóstico de la enfermedad del feto. Es entonces cuando la mujer puede solicitar iniciar el procedimiento. El dictamen deberá emitirse en un plazo de 10 días. Si se confirma el diagnóstico, éste se emitirá al órgano competente de la administración autonómica. Si el dictamen no coincide con el diagnóstico previo se emitirá al órgano competente, que informará a la mujer de que no puede interrumpir el embarazo legalmente.

El artículo 4 establece que lo contenido en el artículo 17 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, sobre la información que debe proporcionarse a la mujer gestante será facilitada por la autoridad competente de cada Comunidad Autónoma o por los centros sanitarios tanto públicos como privados acreditados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

El artículo 5 establece las pautas para entregar la información previa al consentimiento de la interrupción del embarazo en aquellas mujeres que lo hagan en base al artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

- a. Cuando la mujer se acoja al artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, se le hará entrega en un centro público o privado acreditado para dicha práctica de un sobre cerrado y elaborado por el órgano competente de la Comunidad Autónoma correspondiente.
- b. Dicho sobre contendrá lo establecido en el artículo 17.2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.
- c. En el sobre aparecerá reflejada la imagen institucional de la administración sanitaria correspondiente. Contendrá la información proporcionada por la Administración General de Estado y por la Comunidad Autónoma correspondiente.

En la parte frontal del sobre se especificará a que artículo se acoge la mujer gestante así como un documento que acredite y certifique la fecha de entrega.

- d. La información será clara y comprensible. Así como objetiva.
- e. La entrega del sobre se realizará de manera personal a la mujer interesada en practicarse la interrupción voluntaria del embarazo. Se deberá entregar de manera física.
- f. Para garantizar la confidencialidad e intimidad de la mujer embarazada, no se podrán recoger datos personales para las bases de datos con fines estadísticos.

El artículo 6 hace lo propio en lo referente a las mujeres que se acogen al artículo 15 de la Ley Orgánica 2/2010, siendo todo el procedimiento igual con la excepción de marcar la circunstancia específica que se recoge en el artículo 15 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

El artículo 8 hace referencia a aquellos casos donde la mujer solicitante sea una menor de 16 o 17 años, en los cuales se debe informar a los representantes legales de la menor de edad. Para hacer entrega del documento en la clínica donde se realice la intervención la mujer debe estar acompañada por un representante.

Otra normativa que regula la asistencia sanitaria ante una interrupción de embarazo es el Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. El objeto de este decreto es asegurar la igualdad y calidad asistencial así como el acceso a dicha prestación.

En su Artículo 2, este decreto otorga la competencia de gestión y organización de los servicios a los servicios públicos de salud.

El Artículo 3 recoge que la interrupción del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública con excepción de aquellos casos en los que no se pueda facilitar dicha prestación a tiempo, hecho por el cual la mujer podrá acudir a un centro acreditado y se le abonará la cantidad del servicio. En caso de que dicha prestación se preste por medios ajenos a decisión del servicio público de salud, dichos centros deberán estar correctamente acreditados.

El Artículo 6 recoge la obligación de los centros, tanto públicos como privados, de conservar la historia clínica, los dictámenes, informes y demás documentos junto con el consentimiento firmado por la mujer. Se debe garantizar la intimidad y confidencialidad.

2. Número de interrupciones de embarazo en España: estadísticas.

Tras la despenalización de la interrupción del embarazo en 1985 con la Ley Orgánica 9/1985, se estableció la obligatoriedad de notificar las interrupciones del embarazo mediante la utilización de un formulario oficial. Vamos a analizar la evolución de las interrupciones del embarazo desde el año 2007 hasta el año 2016.

Son muchas las variables que se pueden estudiar acerca de la interrupción del embarazo, en este trabajo nos vamos a centrar exclusivamente en el número total de interrupciones y en su distribución por edades.

Cabe señalar que las tablas y gráficos que se muestran posteriormente están extraídos de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

A continuación se muestra una tabla con datos comprendidos entre los años 2007 y 2016. Los datos de esta tabla van en un rango de edad desde los 15 a los 44 años.

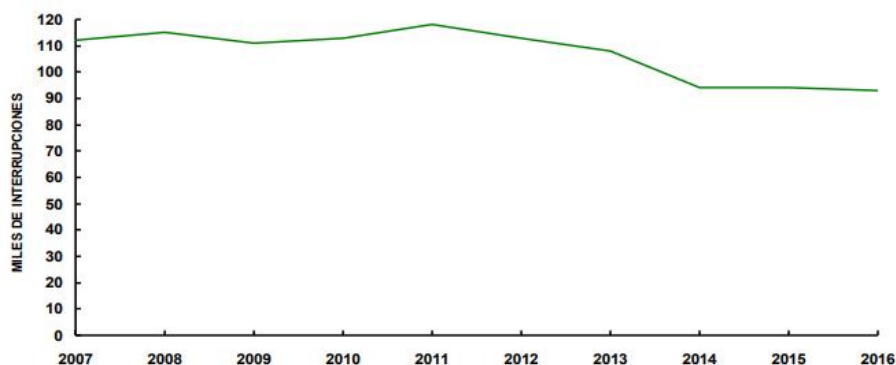
2.1. Tabla nº1: datos comprendidos entre los años 2007 y 2016. Rango de edad de los 15 a los 44 años.

AÑO	CENTROS NOTIFICADORES DE I.V.E	TOTAL I.V.E	TASA POR 1.000 MUJERES
2016	201	93.131	10.36
2015	200	94.188	10.40
2014	191	94.796	10.46
2013	198	108.690	11.74
2012	189	113.419	12.12
2011	173	118.611	12.47
2010	146	113.031	11.49
2009	141	111.482	11.41
2008	137	115.812	11.78
2007	137	112.138	11.49

Podemos observar como el número de centros que notifican la realización de estas interrupciones ha aumentado pasando de 137 a 201 en toda España. Se puede observar como el año en el que más aumenta este número de centros que notifican las interrupciones del embarazo es en 2011, coincidiendo con el mayor número de interrupciones realizadas. Lo cual nos hace suponer que el número de interrupciones notificadas se ve aumentado porque aumenta el número de centros que las notifican y no necesariamente debe suponer que hayan aumentado las interrupciones del embarazo, sino que pasan de la clandestinidad a la legalidad y registro, tras la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y

de la interrupción voluntaria del embarazo, la cual obliga a los centros a notificar las interrupciones que realicen.

2.2. Gráfico nº1: evolución del número total de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en España desde 2007 hasta 2016.



Como se puede observar, el número total de interrupciones del embarazo realizadas desde 2007 a 2016 se ha visto reducido. Cabe señalar el aumento observable de las interrupciones de embarazo entre los años 2010 y 2011 llegando al mayor número de interrupciones nunca registradas con un total de 118611 interrupciones del embarazo en el año 2011. Esto coincide con la aprobación de dicha ley, lo cual podría interpretarse pensando que las interrupciones voluntarias realizadas hasta el momento de manera clandestina, pasan a formar parte de los registros desde dicho momento. También se puede pensar que en 2011 la crisis económica sufrida en España era muy fuerte, lo cual podría haber condicionado a las mujeres a la hora de tomar la decisión de formar una familia.

Cabe destacar el cambio político vivido en España en el año 2011, cuando España pasa de tener un gobierno de políticas más de corte progresista, formado por el partido socialista obrero español (PSOE) a tener un gobierno por el con ideas más conservadoras como el constituido por el partido popular (PP). Llama la atención que en el año 2011 se observe el máximo número de interrupciones voluntarias del embarazo realizadas y que a partir de ese momento las mismas empiecen a reducirse hasta llegar al mínimo registrado. Hecho por el cual podemos pensar que la política puede estar influyendo en el número de interrupciones realizadas.

2.3. Tabla nº2: tasas por 1000 mujeres de cada grupo de edad. 2007-2016. Total nacional.

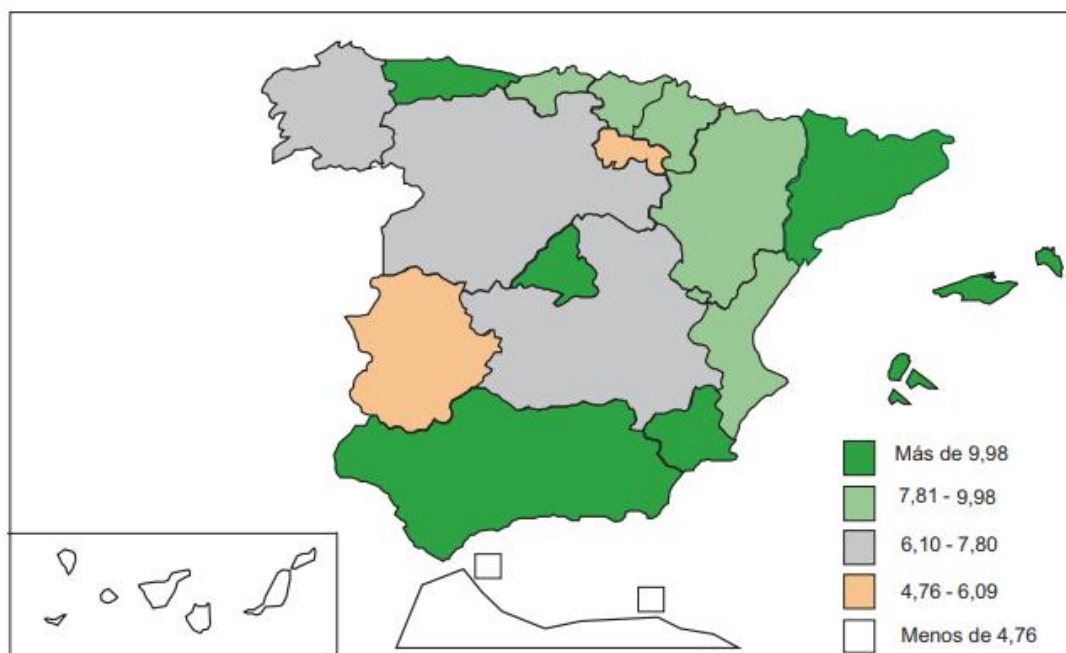
		AÑO DE INTERVENCIÓN									
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
19 Y	13.7	13.4	12.7	13.0	13.6	13.0	12.2	9.92	9.38	8.97	
MENOS	9	8	4	5	8	2	3				
AÑOS											
20-24	20.6	21.0	20.0	20.2	21.3	20.5	19.4	16.5	16.6	16.7	
AÑOS	5	5	8	2	7	5	3	6	7	2	
25-29	15.5	16.4	16.0	16.5	17.7	17.5	16.8	15.3	15.2	15.4	
AÑOS	7	9	2	7	5	8	4	4	1	1	
30-34	11.0	11.6	11.6	12.2	13.4	13.4	13.4	12.3	12.5	12.5	
AÑOS	7	3	3	9	0	0	2	3	0	3	
35-39	7.67	7.97	8.05	8.42	9.26	9.00	9.22	8.65	8.79	8.89	
AÑOS											
40 Y	3.25	3.30	3.36	3.58	3.87	3.90	3.92	3.83	3.80	3.80	
MÁS											
AÑOS											

El mayor número de interrupciones del embarazo se dan en mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 29 años, seguidas de las más jóvenes. Esto podría estar influenciado por la actual precariedad laboral de los jóvenes que les impide independizarse y formar una familia. Por otro lado, también puede deberse al cambio de mentalidad de una sociedad que cada vez retrasa más la edad para tener hijos.

Se observa también como el rango de edad que menos interrupciones voluntarias del embarazo se realiza es el que abarca a las mujeres más mayores, de 40 años en adelante, esto es debido a que a las edades comprendidas dentro de este rango las mujeres son menos fértiles que el rango con mayor tasa de interrupciones voluntarias del embarazo comprendido entre 20 y 29 años.

Llama la atención que el grupo de mujeres más jóvenes, de 19 y menos edad, tenga esas cifras respecto a interrupciones voluntarias del embarazo, esto puede explicarse por la precariedad existente en España sobre educación sexual. Puesto que en las escuelas no se imparten asignaturas dedicadas a algo tan importante y tan básico como la sexualidad. También hay que hacer mención a la educación que las menores reciben de sus padres acerca de este tema, ya que muchos de ellos no hablan con sus hijas de sexualidad. Si estos dos factores educativos fallan, se corre un gran riesgo de que se produzca un embarazo no deseado.

2.4. Gráfico nº4: interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. España, 2015.



Como se observa en las gráficas anteriores proporcionadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se ha observado que en el año 2015 la mayor incidencia de interrupciones del embarazo tuvo lugar en las Islas Baleares, seguido de Cataluña, la Comunidad de Madrid y el Principado de Asturias, también Andalucía registra una alta tasa de interrupciones voluntarias del embarazo. Esto podría explicarse porque son las ciudades más grandes de España y a mayor número de habitantes mayores serán las tasas. Pero esta hipótesis no abarcaría el caso del Principado de Asturias ni de las Islas Baleares. En el otro extremo, nos encontramos con que las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla son las que menos incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo tienen, lo que podría venir explicado por la gran multiculturalidad existente en estas ciudades donde la mayoría de la población es musulmana. En esta cultura musulmana las interrupciones voluntarias del embarazo son un hecho ilícito. Lo que nos hace pensar que esto pueda ser el motivo por el cual en estas dos Ciudades Autónomas registren el menor número de interrupciones voluntarias del embarazo realizadas.

3.El contexto supranacional.

3.1 El aborto en Europa.

La interrupción voluntaria del embarazo está permitida en la mayoría de países de Europa sin restricciones. Pero hay excepciones, en países como Finlandia, Reino Unido, Irlanda, Gales, Chipre, Polonia o Mónaco la ley establece supuestos en los cuales una

mujer puede interrumpir su embarazo, estos son en casos de incesto, violación, malformación fetal o salud mental.

Como se puede observar aún existen países donde interrumpir voluntariamente el embarazo no está legalizado en su totalidad. Hecho por el cual se hace entendible que existan todavía hoy discrepancias sobre si debe ser legal o no. Bien es cierto que actualmente se está legalizando en más países y quizá algún día las mujeres puedan elegir libremente que hacer con su cuerpo.

3.2.El aborto en el mundo

A pesar de que en Europa existan aún restricciones acerca de la interrupción del embarazo cabe destacar que en la mayoría de países no europeos la interrupción del embarazo no es legal y en los casos más restrictivos es tipificado como delito, esto conlleva penas de cárcel. Los países más restrictivos son: Malta, El Vaticano, El Salvador, Nicaragua y República Dominicana.

4.Diferentes puntos de vista acerca de la interrupción voluntaria del embarazo.

La interrupción voluntaria del embarazo sigue siendo un tema que provoca discusiones y multitud de opiniones al respecto. Esto puede deberse a su reciente legalización. Genera gran controversia, esta reside entre la violación al derecho a la vida defendido por grupos antiabortistas, y la libertad de elección de la mujer sobre su propio cuerpo la cual está apoyada por grupos proabortistas.

Los grupos antiabortistas o provida se posicionan en contra de las interrupciones voluntarias del embarazo asemejando su práctica a la de un asesinato. Estos grupos provida consideran que la vida humana comienza en el momento de la concepción y por lo tanto interrumpir el desarrollo fetal intencionadamente es considerado como un asesinato privando a ese potencial ser humano de vivir. Es cierto que los grupos provida se están viendo reducidos en número desde la aprobación de la ley en el año 2010. Pero esto no significa que no existan.

Por otro lado, están los grupos proelección o proabortistas que defienden la libertad de las mujeres a decidir sobre si tener un hijo o no. La controversia entre ambas posturas se encuentra en el punto en que se empieza a considerar que existe vida humana.

Gracias a la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, las mujeres pueden realizarse de forma segura este tipo de intervenciones. Hasta ese momento la mayoría de las interrupciones del embarazo se realizaban de forma clandestina, lo cual supone un gran riesgo para la salud de la mujer.

Las mujeres que se someten a una interrupción del embarazo no suelen contárselo a nadie, esto es debido a que todavía existe cierto tabú y son conscientes de que van a ser

juzgadas de forma negativa. Esto no ayuda a la hora de que las mujeres se enfrenten a esta situación traumática, ya que sentirán la necesidad de esconder lo sucedido y se sentirán culpables por ello.

D. SINDROME POST ABORTO: ¿QUÉ ES? CONSECUENCIAS.

Durante mucho tiempo se ha negado que una interrupción de embarazo tuviera efectos psicopatológicos, pero tras una innegable variedad de trastornos se ha logrado admitir la existencia de secuelas tras una interrupción del embarazo. En España este síndrome no está incluido en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Pero se asemeja a un trastorno post traumático. Los intereses ideológicos y la falta de estudios epidemiológicos sobre el síndrome post aborto, son las razones por las cuales no se incorpora este síndrome a las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales.

Existe un vínculo madre-hijo tanto biológico como psicológico; el primero de ellos comprobable a través de la existencia de los cambios hormonales que se dan a partir de la concepción (Ney, 1997). Es por ello que una interrupción de embarazo es un acontecimiento traumático que en muchos casos tiene consecuencias psicopatológicas en quienes lo sufren. Estas consecuencias suelen ser cuadros de ansiedad o depresión, sentimiento de culpa y proceso de duelo por la pérdida.

El término síndrome post aborto (SPA) fue acuñado por Rue en 1981, quien lo comparó con un trastorno por estrés postraumático (TEPT). Por su parte, el aborto conlleva reacciones emocionales resultantes de un evento estresante aunque de impacto negativo o causante de distrés (Rue, Speckhard, 1996).

Los síntomas de este síndrome suelen aparecer en los primeros tres meses pero cabe destacar que pueden aparecer más tarde. Si la demora es de más de seis meses se habla de síndrome postaborto demorado.

Según Rue, (1981) la interrupción del embarazo provoca las siguientes alteraciones:

- Negación de la pena.
- Desajuste en las relaciones conyugales, familiares, laborales y sociales.
- Pérdida del sentido de la vida: ansiedad, depresión e intento de suicidio.
- Abuso o maltrato a los niños.
- Pérdida de apetito sexual.
- Incapacidad para perdonarse: rabia, dolor, remordimiento, vergüenza.
- Alteraciones del sueño: insomnio, hipersomnia y pesadillas que se repiten.
- Alteraciones alimenticias como bulimia o anorexia.
- Actitudes escapistas: consumo de drogas o alcohol.

Estas alteraciones o secuelas pueden manifestarse de dos formas:

- Manifestaciones somáticas: son aquellas manifestaciones plenamente física que se expresan de forma clara y visible en algún órgano del cuerpo. En este caso, las manifestaciones más comunes son:
 - Vómitos.
 - Dolor en el abdomen.
 - Palpitaciones.
 - Dolores de cabeza.
 - Sensación de opresión torácica.
 - Falta de energía o cansancio.
- Manifestaciones psicológicas: son aquellas que afectan a la parte cognitiva y emocional de las mujeres. En el síndrome post aborto se pueden observar en forma de:
 - Enfado, hostilidad.
 - Pesimismo.
 - Pesadillas que se repiten de forma constante normalmente relacionadas con la interrupción del embarazo.
 - Inestabilidad emocional.
 - Falta de concentración y motivación.

No debemos olvidar que las parejas y familias de aquellas mujeres que viven una interrupción de embarazo también pueden sufrir estas secuelas.

Algunas investigaciones han identificado algunos factores que incrementan la probabilidad de presentar reacciones negativas frente al aborto como son: rasgos de personalidad, especialmente puntajes elevados en la escala de neuroticismo (que indica una tendencia a sobre reaccionar emocionalmente frente a los eventos de la vida), autoestima baja y antecedentes previos de enfermedades psiquiátricas (tales como depresión). (Major y Cozzarelli, 2000; Adler, 1992)

Debido al gran número de consecuencias que puede acarrear una interrupción voluntaria del embarazo es muy importante que la mujer tome la decisión de forma meditada e informada previamente de todos los posibles efectos secundarios en el ámbito personal y familiar de la mujer. No debemos olvidar que no todas las mujeres van a sufrir las mismas consecuencias y algunas quizá ni siquiera las tengan.

E. INTERVENCION DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

Ituarte (2012) define el Trabajo Social Sanitario como:

Una actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro lado, el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide en, o está relacionado con el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contacto general del

tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Es el portador de lo social del enfermar a niveles diagnósticos y de tratamiento.

El Trabajo Social Sanitario ejerce funciones de apoyo y ayuda a personas y familias con procesos clínicos o dificultades de salud. Tiene como objeto promover el cambio, la recuperación de la salud y la adaptación social. Su meta consiste en potenciar la autonomía de las personas y la recuperación de la salud. El/ la trabajador /a social sanitario forma parte de un equipo asistencial por lo que debe participar en el abordaje global de la salud, mediante el uso de metodologías y técnicas de intervención psicosocial y comunitaria para así completar el proceso de valoración-diagnostico-tratamiento. El/la profesional del trabajo social en relación con el resto del personal sanitario tiene una función de detección precoz de problemas o dificultades sociales, de diagnóstico y orientación de los mismos y de coordinación con los servicios sociales y otros ámbitos de atención. El/la trabajador/a social debe intervenir con las personas para que desarrollen sus capacidades psicológicas y así poder abordar correctamente sus situaciones personales.

Por todo lo anterior, resulta necesario crear un protocolo de intervención desde los centros de salud para aquellas mujeres que independientemente del motivo, hayan sufrido una interrupción del embarazo. Esta intervención se debería hacer de forma conjunta entre el personal sanitario y el/la profesional del trabajo social sanitario para ofrecer a la mujer una intervención global, es decir desde un enfoque de tipo multidisciplinar. Entendiendo por multidisciplinar al conjunto de profesionales con formación diferente que se complementan entre sí, en este caso desde el ámbito sanitario y social dando lugar a una intervención sociosanitaria integral. El personal sanitario tendrá pues una función de revisión médica de las mujeres afectadas y en caso de que estas necesiten atención sanitaria o prescripciones médicas se las proporcionará. También tendrá una función de derivación al o la profesional del trabajo social del centro en caso de que la mujer no acepte acudir al programa inmediatamente desde la intervención. Esto será posible debido a que las mujeres que sufran el síndrome postaborto acudirán normalmente a su médico o médica de cabecera haciendo referencia a los síntomas del mismo, es aquí donde el personal sanitario deberá prestar especial atención para detectar aquellos casos que no se han podido incluir en el programa de apoyo a tiempo.

El o la trabajadora social, por su parte se encargará de realizar una función de escucha activa y apoyo emocional y social a aquellas mujeres y familias que lo deseen y necesiten. Será el encargado de coordinar a todos los profesionales implicados en el programa.

Como se ha referido anteriormente, el síndrome post aborto es una problemática no visibilizada, esto tiene como consecuencia que la red de apoyo de quienes lo sufren es muy escasa. Es por ello que el objetivo de este trabajo es la creación de un protocolo de intervención a través de un servicio de acogida, orientación y acompañamiento desde

el trabajo social sanitario a quienes sufren una interrupción del embarazo. Para ello deben ayudar a la persona a reconciliarse consigo misma potenciando su autoestima. Con este proceso de acompañamiento se evitará que la persona se sienta sola y se aislé pudiendo así superar la situación en un menor espacio de tiempo.

Para la creación del mencionado protocolo, consideramos necesario contar con la formación específica necesaria para poder llevar a cabo las tareas, en muchos casos muy delicadas, que ha de llevar a cabo el equipo profesional, y, en concreto, el trabajador social.

1. Formación profesional de los trabajadores sociales en cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo

Para solicitar una intervención voluntaria del embarazo desde el sistema público de sanidad, las mujeres tienen que acudir a los/las trabajadores/as sociales sanitarios. Estos son los encargados de informar a las mujeres del procedimiento que deben seguir y para ello les entregan unos documentos donde viene toda la información por escrito. Se entrega también la solicitud para que la mujer la firme y una vez reunidos todos los documentos necesarios, se envía la solicitud al centro base, y en un par de días se realiza la intervención. Antes de realizar la solicitud, debido a que es una práctica que conlleva una serie de consecuencias, el/la trabajador/a social debe informar a la mujer de las posibles alternativas, apoyo y secuelas, para que así de forma meditada y con toda la información la mujer pueda tomar una decisión de forma meditada.

Debido a que son los profesionales del trabajo social sanitario los que se encargan de informar a la mujer y solicitarla la interrupción voluntaria del embarazo, considero fundamental la existencia de una formación en este ámbito. En una formación generalista de Trabajo Social, la que supone el título como trabajador o trabajadora social en la mayoría de las universidades españolas, apenas se dan unas pinceladas sobre que es el trabajo social sanitario, sin profundizar en cuáles son sus intervenciones. En este sentido, y casi de manera lógica, un estudiante de grado desconoce el funcionamiento una intervención con una mujer que desea someterse a una interrupción voluntaria del embarazo.

Por otro lado, después de realizar una revisión de la formación específica de masters y postgrados para trabajadores sociales, no hemos encontrado una formación específica que se centre en el trabajo del profesional frente a la problemática de la interrupción voluntaria del embarazo.

Por ello, considero necesario la creación de una formación reglada y específica acerca de cómo actuar e intervenir ante estos casos. Esta formación deberá integrar tanto aspectos teóricos como prácticos. Con ello, se asegurará la preparación profesional y capacitación adecuada para ofrecer una intervención de calidad. Teniendo por objetivo asegurar un desempeño profesional acorde con sus funciones mejorando su

preparación y cualificación mediante la potenciación de las capacidades de los profesionales, así como sus habilidades y técnicas de intervención. En dicha formación se debería enseñar cuales son las consecuencias que puede acarrear una interrupción del embarazo y maneras para paliarlas. Así como la forma de poner en marcha el protocolo de actuación propuesto a continuación y como mantenerlo.

Es importante que los profesionales intervengan de forma neutral, sin dejar ver ni imponer a la mujer sus creencias y pensamientos, tanto si está de acuerdo con la decisión como si no, deben respetarla. De este modo la mujer podrá tomar la decisión que crea oportuna sin ser coaccionada.

Esta formación debería llevarse a cabo desde la Sanidad de Castilla y León (SACYL) y estar dirigida a todos los profesionales relacionados, es decir a todos los que conformen el equipo multidisciplinar de intervención.

2.Propuesta de intervención desde un equipo multidisciplinar

Al ser el/la trabajador/a social, según nuestra propuesta, quien liderará todo este proceso, y quien tendrá mayor contacto con la mujer, se propone que junto con un equipo multidisciplinar donde también colaboren el resto del personal sanitario, el/la trabajador/a social realice una **función de seguimiento** de la interrupción del embarazo y la posterior reacción de la mujer. Cabe destacar que cada mujer es única y existen tantas reacciones emocionales frente a una interrupción de embarazo como mujeres que se la practican. Algunas de las principales emociones asociadas a este proceso son alivio, tristeza, culpa, vergüenza... Cada persona lo vivenciará de una forma, existen tantas reacciones frente a una interrupción de embarazo como personas que lo sufren en su piel. Esta función de seguimiento consistirá en citar a las mujeres y familias en la consulta de forma regular o en caso de que no puedan acudir presencialmente se realizará un seguimiento vía telefónica, siempre adaptado a los horarios y preferencias de los interesados.

En el contexto de la intervención desde el trabajo social sanitario es frecuente que las actitudes de quienes necesitan ayuda sean de desconfianza o defensivas. Por ello, el o la profesional debe trabajar por **crear un ambiente adecuado** donde las mujeres y sus acompañantes, bien sean familiares o parejas sentimentales, se sientan seguros y confiados. Es imprescindible que él o la profesional tenga las habilidades necesarias para lograr un clima de confianza. El profesional no debe dar por hecho que la acogida inicial a la intervención se va a considerar una fuente de seguridad, sino al contrario. Es muy importante la creación de un contexto de confianza y seguridad.

Por otro lado, es fundamental crear una **buena conexión emocional** entre el o la profesional y la mujer, sin olvidarnos de las familias y parejas sentimentales. Estos deben ser capaces de considerar a él o la profesional como una persona importante en ese momento determinado de sus vidas, quien les comprende y se interesa por

ayudarles. De esta forma se podrá conseguir el compromiso por parte de las mujeres y familias con el proceso de intervención. Es fundamental considerar la comunicación como un recurso que se debe saber gestionar puesto que es imprescindible para el entendimiento entre las partes y lograr el clima de confianza. Con la comunicación se genera una retroalimentación que facilita que las mujeres y acompañantes se sientan escuchados y atendidos de manera empática por parte de los o las profesionales. Mediante la comunicación se pueden establecer unas metas u objetivos acerca de que se espera conseguir en esta intervención y desarrollar como se va a realizar para que la mujer esté informada de los pasos que se van a seguir y elija libremente si desea continuar con la intervención.

Una vez formado ese clima de confianza y seguridad, se llevarán a cabo unas **sesiones de acompañamiento** con las mujeres que hayan pasado por una interrupción del embarazo en las cuales se les ofrecerá a las mismas el apoyo necesario y las herramientas básicas para que puedan afrontar la situación de duelo que provoca una interrupción del embarazo. El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. Reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. (De Gómez, citado en Meza, et. Al. 2008) De esta forma se empoderará a la mujer para que afronte la situación mediante la potenciación de su autoestima, la cual quedará bastante dañada tras la intervención.

Estas sesiones de acompañamiento basadas en la escucha activa, con la finalidad de que las mujeres expresen sus emociones y sentimientos, se realizarán, inicialmente a la semana de practicarse la interrupción, y después cada dos semanas, hasta que se cumplan tres meses desde la interrupción. Estas sesiones nos servirán como sustento para valorar si una mujer necesita o no seguir en dicho programa, es decir, si el síndrome postaborto las está afectando o no. Una vez llegados los tres meses se realizará una sesión cada mes pudiendo esto modificarse en función del estado de la mujer. Cabe señalar que se pondría mayor interés en los primeros tres meses porque son los meses en los que suele aparecer el síndrome post aborto y debido a que en algunos casos el síndrome aparece más tardío se propone la posibilidad de realizar un seguimiento mensual hasta que los profesionales del equipo multidisciplinar consideren necesario. En caso de que las mujeres no puedan acudir a una cita semanalmente se propone la opción de realizar seguimiento por vía telefónica para así no alterar el ritmo de vida de las mujeres ni sus rutinas.

Independientemente de las otras tareas o competencias que ponga en práctica, el /la trabajador/a social se centrará en la función de apoyo psico-social, para así poder evitar que se produzca el síndrome post aborto, o en cuyo caso, detectar lo más tempranamente posible los síntomas del mismo y tratarlo cuanto antes. Con la detección precoz del síndrome post aborto se conseguirá evitar que las mujeres

padezcan sentimientos negativos como la culpa, el arrepentimiento, es decir evitar sufrimiento a las mujeres.

Lo primero que debe hacer el/la trabajador/a social es brindar un **espacio de reflexión y escucha**, ofreciendo un marco de confianza y confidencialidad. Debe identificar las necesidades que presentan la víctima y su familia. Para ello es necesario crear un vínculo de confianza con las personas afectadas, mediante un trato empático y neutral. La empatía es una habilidad social presente fundamental para conseguir que los profesionales se acerquen a las personas y generen un espacio de confianza y respeto mutuo. Se respetará el ritmo de las personas, es decir no todas las mujeres van a reaccionar igual ante el apoyo recibido en las sesiones, cada una llevará un ritmo y superara las consecuencias en un periodo de tiempo diferente. Los profesionales deben ser capaces de adaptarse a las personas e ir viendo si en cada caso será necesario aumentar las sesiones o en cuyo caso, disminuirlas. Es necesario conocer el dolor emocional de la persona y conseguir que lo entienda y lo reconozca para poder avanzar y liberarse de esos sentimientos negativos asociados a la interrupción del embarazo.

Se realizará un **acompañamiento** a las mujeres en la superación del duelo ante la pérdida del hijo no nacido. Se debe conseguir que las mujeres acepten y reconozcan la situación. Por otro lado, están los sentimientos de culpa que la mujer debe aceptar y reconocer. El acompañamiento consistirá en guiar a la persona hacia el auto perdón. Debemos tener en cuenta que cada caso y cada persona son única y las consecuencias pueden manifestarse y aparecer de forma diferente en cada mujer y familia. La mujer debe conseguir a lo largo de las sesiones ser capaz de utilizar sus recursos personales y capacidades de forma efectiva.

También **se atenderá a aquellas parejas o miembros de la familia** de mujeres que hayan sufrido una interrupción voluntaria del embarazo, ya que como se indica anteriormente pueden sufrir este síndrome igual que las propias mujeres. Es importante atender a la pareja y familias para detectar sus necesidades y así poder ayudar mejor a la mujer. Se podrá realizar una intervención de forma conjunta con la mujer que ha interrumpido su embarazo o por separado.

El personal sanitario realizará la función de apoyo sanitario, serán un punto clave para detectar posibles casos de síndrome post aborto en sus consultas. Se plantea esto porque se parte de la base de que no todas las mujeres van a creer necesitar o aceptar la ayuda ofrecida por el/la trabajador/a social inicialmente, siendo pues el personal sanitario quien recibirá a la mujer en sus consultas en caso de que estas acudan con algún síntoma o dolencia.

En los casos más graves donde el síndrome este causando secuelas y trastornos en la salud de las mujeres se pedirá ayuda a psicólogos/as para paliar los síntomas proporcionando la atención necesaria, con la duración y profundidad oportuna para cada caso.

Esta intervención tiene como objetivo visibilizar la problemática del síndrome post aborto, para así hacer ver a las mujeres afectadas por él que no están solas ni son las únicas que lo sufren. El saber que no son las únicas que lo sufren es un punto de apoyo para ellas que las reconforta. Por ello, a medida que las mujeres y sus familias ganen confianza con el/la profesional del trabajo social se propondrá la creación de un grupo de autoayuda, el cual estará supervisado por el/la trabajador/a social. El grupo de autoayuda irá destinado a todas aquellas mujeres que hayan vivenciado una interrupción del embarazo, a sus parejas y familiares. Este grupo de autoayuda permitirá a sus miembros crear un sistema de apoyo que les proteja del estrés psicológico y les permita compartir sus vivencias. De este modo serán los propios miembros del grupo quienes se den apoyo emocional y social mutuo, aprenderán unos de otros. En este grupo las personas toman parte activa de la situación y comparten sus experiencias, sirviendo esto de ayuda para desahogarse y compartir su vivencia con personas que han vivido una situación similar y que no van a juzgarlas por lo ocurrido puesto que ellas también lo han sufrido. De este modo se creará un canal de comunicación permanente entre las personas implicadas y los profesionales.

Por otro lado, puesto que el mejor método para evitar futuros embarazos no deseados es el uso de métodos anticonceptivos, cabe señalar que aquellas mujeres que lo deseen podrán ponerse en contacto a través de el/la trabajador/a social con la matrona o el matron del centro de salud para que les informe y asesore de los diferentes métodos anticonceptivos existentes y cuál es el más adecuado para cada persona.

Es importante señalar que esta intervención quiere ir más allá y podrá incluir también a aquellas mujeres que hayan sufrido una interrupción del embarazo de manera natural y espontánea, siempre y cuando los profesionales implicados en la intervención lo consideren conveniente. Al igual que en el resto de casos, las familias y compañeros sentimentales de la mujer afectada por la interrupción también podrán formar parte del objeto de intervención.

La intervención finalizará a voluntad de los interesados, es decir una vez conseguidos los objetivos de la intervención, las personas implicadas podrán decidir libremente si seguir participando en el grupo de autoayuda proporcionando apoyo emocional a otras personas que están pasando lo mismo que ella paso y demostrarles que se puede superar. O bien, podrá elegir libremente abandonar el grupo.

3.Evaluación de la intervención.

Esta intervención estará sujeta a evaluación, entendiendo evaluar como una reflexión sobre distintos elementos comprendidos en el proceso de intervención. La evaluación se realiza con el objetivo de contribuir a mejorar la intervención y así poder satisfacer las necesidades de las mujeres y acompañantes que participan en esta intervención, así como cumplir con los objetivos marcados.

En este caso, la evaluación se llevará a cabo durante toda la intervención para obtener información sobre el desarrollo de la misma. De este modo podremos conocer que partes están funcionando de acuerdo con los objetivos establecidos y cuáles no. En el caso de que algo no esté funcionando, gracias a esta evaluación, podremos modificarlo y así garantizar el logro de las metas y objetivos establecidos.

Al terminar la intervención, se realizará otra evaluación para determinar los cambios obtenidos con esa mujer y acompañantes con el objetivo de conocer si la situación inicial de los mismos ha mejorado y si se han conseguido los objetivos al final de la intervención.

Las evaluaciones realizadas para esta intervención se realizarán de manera interna, es decir serán los propios implicados quienes la lleven a cabo. La ventaja de esto es que la evaluación la hacen las personas que mejor conocen el programa y son los mayores interesados en conocer los resultados de la misma.

Gracias a estas evaluaciones los y las profesionales podrán decidir si seguir con este programa de intervención o no, o en el caso de necesitar modificaciones, conocer cuáles son los puntos débiles de la misma para poder mejorarlos y lograr así una intervención efectiva y de calidad.

F. CONCLUSIONES

Tras analizar el marco normativo referente a la interrupción voluntaria del embarazo existente en España, podemos concluir que en nuestro país existe cierta libertad de decisión en lo referente a la interrupción del embarazo, siempre dentro de unos marcos legales no se deben cumplir y respetar. Llama la atención el hincapié que hace la ley sobre la confidencialidad y la intimidad de la mujer por la cual no se pueden registrar sus datos personales en las bases de datos dedicadas a realizar estadísticas. Esto lo relaciono con la controversia existente acerca de este tema en la actualidad. Controversia por la cual muchas mujeres se sienten avergonzadas de haberse realizado una intervención para interrumpir su embarazo. Motivo que las lleva a ocultarlo y no contarlo.

A pesar de que el Síndrome Postaborto no este reconocido como tal, lo cierto es que muchas mujeres que interrumpen sus embarazo sufren las consecuencias descritas por el mismo. Por eso este trabajo trata de describirlas y darlas visibilidad para evitar de este modo que las mujeres sufran en silencio y puedan compartir sus vivencias con un diagnóstico acerca de que les pasa.

Una vez conocidas dichas consecuencias, se hace más fácil saber cómo deben paliarse y la importancia que atender estas consecuencias tiene.

Mediante la creación del programa de intervención, que tiene como finalidad proporcionar apoyo psicosocial y sanitario a aquellas mujeres afectas por una interrupción del embarazo y en cuyo caso a sus familias y compañeros sentimental, el o la trabajador/a social sanitario cobra especial importancia en cuanto a la atención e intervención que se va a desarrollar con estas personas. Se da también importancia al hecho de llevar a cabo una intervención multidisciplinar desde el ámbito sanitario y social proporcionando así una atención integral y de calidad. Cabe destacar que esta intervención se hace partiendo de un servicio de acogida gracias al cual el profesional crea y establece una relación de confianza con las personas afectadas. Se trata de respetar el ritmo y los tiempos de las personas partiendo de la base de que cada persona es única y vive de diferente forma una interrupción voluntaria del embarazo.

Gracias a la intervención con las personas afectadas, una vez transcurridas varias sesiones de acompañamiento y escucha activa, se puede crear el grupo de autoayuda en el cual los participantes compartan sus vivencias y sentimientos más profundos sin sentirse juzgados y recibiendo apoyo emocional por parte de otras personas que han pasado por una situación similar.

Con todo lo anterior, se logra minimizar el impacto que una intervención para interrumpir un embarazo supone en una mujer y sus familias.

De este modo, se logra comprender por lo que estas mujeres pueden llegar a pasar y la forma de ayudarlas eficazmente a superar sus consecuencias.

Todo es posible llevando a cabo la formación propuesta para los y las profesionales implicados, de tal manera que estos puedan implicarse conociendo a fondo todo lo que supone una interrupción voluntaria del embarazo.

La mejor manera de conocer si el programa de intervención propuesto cumple realmente sus objetivos es realizando una evaluación al mismo, como se propone en el mismo desarrollo del programa.

Después de hacer este trabajo, he llegado a la conclusión de que los poderes públicos deberían tomarse más en serio este tema, mediante la implantación de programas como este en todos los centros de salud. Para ello es necesario la implicación de los mismos desarrollando y ofreciendo la formación profesional necesaria para poder llevarlos a cabo. Esta formación debe ser continua, es decir los profesionales deben ir actualizándose y formándose conforme vaya cambiando el plano tanto legislativo como social.

En relación con la formación, no solo debería ofrecerse a los y las profesionales de los centros de salud, si no desde las universidades en la formación de los mismos. Tanto haciendo una introducción a la problemática en los grados como ofreciendo postgrados específicos orientados a esta problemática.

Mediante la progresiva puesta en marcha de este programa en todos los centros de salud, se debería conseguir sistematizar esta práctica y que no fuera considerado como algo novedoso sino como un apoyo más incluido en el catálogo de los centros de salud.

Por otro lado, impartir educación sexual en las escuelas puede reducir considerablemente el número de embarazos no deseados producidos entre los más jóvenes, con lo que se verían reducidas las cifras de interrupciones voluntarias del embarazo en las mujeres más jóvenes de 19 y menos años. Este debería ser un objetivo de los poderes públicos.

En mi opinión, considero la legalización de las interrupciones voluntarias del embarazo en España un gran avance social, que a pesar de que siempre habrá quien esté en contra, la controversia que genera será cada vez menor debido a que es una ley que otorga derechos a las mujeres, y todo lo que amplíe nuestros derechos debe considerarse como algo positivo.

ANEXOS:

Todos los anexos aquí añadidos son los modelos utilizados en Valladolid.

1.Anexo I: Información usuaria interrupción voluntaria de embarazo

(IVE)



**Junta de
Castilla y León**

**Gerencia de Salud de las
Áreas de Valladolid**



INFORMACIÓN USUARIA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
--

La interrupción se realizará en la CLÍNICA GINECOLÓGICA: GINEMÉDICA - TLF:
983 47 99 50

C/ San José, nº 15-17, (junto a la parada de taxi de la estación de autobuses)

Fecha de la consulta:

Fecha de la Intervención:

Deberá acudir a los 15 días desde la interrupción a una revisión en Ginemédica.

La práctica de la I.V.E. se desarrollará en todo caso según las condiciones contractualmente establecidas con el Centro Concertado y, en seguimiento de las mismas, de acuerdo con las indicaciones médico-asistenciales fijadas por la Clínica Ginemédica, y sin perjuicio de las Instrucciones que se le pudieran facilitar en la Clínica donde se le va a practicar la intervención.

Valladolid, 17 de junio de 2018

FIRMA DE LA PACIENTE – SOLICITANTE

[Todos los datos contenidos en el presente documento, vienen sometidos a los principios de privacidad y confidencialidad contenidos en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por lo que su tratamiento habrá de ser efectuado bajo estrictas normas de seguridad].

2.Anexo II: Justificante de la entrega de la documentación para la clínica.



Se hace entrega, en sobre cerrado, de los documentos necesarios para iniciar los trámites pertinentes con el centro concertado, para la prestación del servicio recogido en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, a la paciente quien deberá entregar dicha documentación en Ginemédica, C/ San José, 15-17, CP: 47007, de Valladolid, donde se le realizará la prestación del servicio a cargo de SACYL.

Dicha documentación consta de:

- Solicitud de la prestación por parte de la paciente.
- Informe Ecográfico y Ecografía.
- Fotocopias del DNI ó Pasaporte y Tarjeta Sanitaria.

En Valladolid, 17 de junio de 2018

FIRMA DE LA PACIENTE - SOLICITANTE

[Todos los datos contenidos en el presente documento, vienen sometidos a los principios de privacidad y confidencialidad contenidos en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por lo que su tratamiento habrá de ser efectuado bajo estrictas normas de seguridad].

**3.Anexo III: Autorización para solicitud de interrupción voluntaria del
embarazo para menores de edad.**



D^a. xxxxxx con NIF/pasaporte 000000X y D. xxxxxxx con NIF/pasaporte 000000E , en calidad de tutores de la interesada D^a xxxxx N , de 17 años de edad, con NIF/pasaporte 0000000V y C.I.P. nº 00/00000000/00 , que solicita interrupción voluntaria de su embarazo actual, acogiéndose al artículo 14/15 de la Ley de 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria de Embarazo, y en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de Septiembre, desde esta Gerencia de Salud de las Áreas, además de la manifestación de su voluntad, autorizan el consentimiento expreso de la intervención de su hija , conforme al artículo 13 de la citada ley.

En Valladolid, 17 de junio de 2018

TUTORA: MADRE

Fdo:

TUTOR : PADRE

Fdo:

FIRMA PACIENTE/SOLICITANTE

Fdo:

[Todos los datos contenidos en el presente documento, vienen sometidos a los principios de privacidad y confidencialidad contenidos en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por lo que su tratamiento habrá de ser efectuado bajo estrictas normas de seguridad].

4.Anexo IV: Solicitud interrupción voluntaria del embarazo (IVE).



ANEXO I

SOLICITUD INTERRUPCION VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE)

APELLIDOS, NOMBRE:

EDAD:

DOMICILIO (LUGAR DE RESIDENCIA)

PROVINCIA:

Nº N.I.F/PASAPORTE:

Nº DE AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL:

Nº CIP:

TELEFONOS (MINIMO DOS)

SOLICITA:

Que solicita la interrupción voluntaria de su embarazo al amparo del siguiente artículo de la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria de embarazo,

- Art. 14. Interrupción del embarazo hasta 14 semanas.
- Art. 15 A. interrupción del embarazo hasta 22 semanas con grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada.
- Art. 15. B. interrupción del embarazado hasta 22 semanas con riesgo de anomalías en el feto.
- Art. 15. C. :
 - Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida.
 - Cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable confirmado por el comité clínico correspondiente.

-----, a ----- de----- de-----

Fdo:-----

Todos los datos contenidos en el presente documento vienen sometidos a los principios de privacidad y confidencialidad contenidos en la L.O 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por lo que su tratamiento habrá de ser efectuado bajo estrictas normas de seguridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Marcone, M. L., & De Palo, V. C. (2012). El abordaje de la problemática del aborto por parte de un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (66), 12-6.

Barreda, E. O. (2012). Secuelas psicológicas tras la interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes. *ENE, Revista de Enfermería*, 5(1).

Fernández, J. M. A. (2008). EL SINDROME POST-ABORTO. Un acercamiento desde la Psicología y la Bioética. *BIOÉTICA*.

Polaino Lorente, A. (2009). Psicopatología e interrupción voluntaria del embarazo. *Cuadernos de Bioética*, 20(3).

Aznar, J., & Cerdá, G. (2014). Aborto y salud mental de la mujer. *Acta bioethica*, 20(2), 189-195.

de Salud Mental, S. N. (2004). Categorización diagnóstica del síndrome post aborto. *Actas Esp Psiquiatr*, 32(1), 00-00.

Bohlin, S. El aborto.

de la Mujer, O. D. S. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Agencia de calidad, 2006 [citado 25 Sep 2007].

Valent, M. (2001). La mujer, víctima del aborto. *Revista Arbil*, 55.

Rondón, M. (2009). Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido.

Ortega Larrea, S. (2014). Mujer y aborto. Vivencias y análisis de la manipulación de conceptos.

Pavía, M. C. (2000). Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo. *Vida y Ética*, 1, 42.

López Moratalla, N. (2012). ¿Cómo cambia el cerebro un aborto inducido?. *Cuadernos de Bioética*, 23(2).

Castillo, J.L., Diez, T.J, Escaja, M^o. A., García, J.L., González, E., González, R., Guzmán, M^o. A., Mercado, T., Torres, T. y Velasco, M.C (2013). *Documento de Consenso sobre las Funciones del Profesional del Trabajo Social*. [s.n.].

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Gobierno de España, Jefatura de Estado; 2010.

Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Gobierno de España, Jefatura de Estado; 2010.

Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Gobierno de España, Jefatura de Estado, 2010.

Vincent Rue, "Abortion and Family Relations," testimony before the Subcommittee on the Constitution of the US Senate Judiciary Committee, U.S. Senate, 97th Congress, Washington, DC (1981).

Gómez Lavin C. Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer. Cuadernos de Bioética 1994;17-18:28-31.

Izquierdo FM. Un abordaje de las secuelas psicopatológicas en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). An Psiquiatría 2002;18(8):355-8

Castrillo, J y De Jesús, T. (2013). *Documento de consenso sobre las funciones de trabajo social sanitario*. Castilla y León.