

10

Aproximación al estudio de la salud mental en mujeres que han realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo

Carmen María Martínez Mellado
y Ana María González Cuello

Introducción

Justificación

Uno de los problemas socio-sanitarios de mayor actualidad hoy es el constituido por el aborto provocado, también conocido como aborto intencionado o “voluntario”, y como Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se trata de un complejo tema que añade a su vertiente estrictamente médica, otras de carácter jurídico, moral, sociológico, religioso y demográfico¹. La IVE no es un tema sencillo de abordar, para la mujer representa una complicada decisión en su vida en la que puede experimentar una amplia gama de emociones desde la tristeza hasta el alivio y cualquier otro estado intermedio, incluso ambas emociones y muchas otras simultáneamente. La mayoría de los autores coinciden en que la reacción inmediata ante el aborto es la liberación, pero el hallazgo psiquiátrico más consistente tras el aborto, es el sentimiento de culpa². En España, la psiquiatra, Carmen Gómez Lavín afirma que es muy frecuente la aparición de cuadros depresivos, que se acompañan de un sentimiento grande de culpabilidad¹; por otra parte, la Dra. Susan Standford-Rue³, psiquiatra canadiense, habla del Síndrome post-aborto y señala como la mujer recorre tres estadios: 1) desasosiego y tristeza; 2) revive

continuamente el momento del aborto; y 3) depresión profunda con sentimiento de culpabilidad.

Importancia del problema

Son muchas las mujeres que cada año se someten a una IVE, y son varios los estudios que confirman que el aborto provocado no está exento de consecuencias tanto físicas, como psicológicas. En mujeres que han realizado una interrupción voluntaria del embarazo, se ha descrito un cuadro psicopatológico caracterizado por una serie de síntomas depresivos y ansiosos, sentimientos de culpa, pesar y auto devaluación, reacciones de hiperactividad autonómica, alteraciones conductuales, etc. y tendencia a la cronificación, conocido como SPA (Síndrome post aborto) y considerado por muchos autores como un trastorno postraumático⁷.

Según los datos del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social⁴, en nuestro país el número de IVEs casi se ha duplicado entre los años 2000 y 2009 parece, pues, evidente la necesidad de investigar más a fondo la existencia del síndrome postaborto en España, ya que resulta necesario ofrecer a la sociedad y a los profesionales de la salud pública la información y herramientas necesarias para el abordaje de las necesidades físicas y sobre todo psicológicas de las mujeres que han vivido la experiencia de una IVE, con el fin de poder ofrecerles los cuidados necesarios en estas situaciones.

Marco teórico

Marco conceptual

En 1952 Hildegard Peplau publica: "Relaciones interpersonales de Enfermería" que ofrece un marco conceptual teórico para considerar sistemáticamente los cuidados de Enfermería en Salud Mental. En especial centra su teoría en la relación enfermera/paciente; Para dar cuidados de calidad, la Enfermera necesita desarrollarse y madurar como persona, de esta manera el paciente podrá identificarse con sus problemas de salud y poner medios para solucionarlos o superarlos "Nadie da lo que no tiene". Identifica la salud, como un símbolo que implica un movimiento de avance de la personalidad y de las otras personas humanas en curso, dirigido todo ello, a alcanzar vivencias creativas, constructivas y productivas tanto en el ámbito personal como de la comunidad.

Marco legal

Hasta el año 1985, el aborto era una práctica totalmente prohibida en España. El que estuviera prohibido, no impedía que se realizaran en torno a 100.000 abortos al año (Ibáñez y García Velasco), aunque son determinaciones imprecisas, por el secretismo que rodeaba estos hechos. El aborto se regula en España en el año 1985:

- La Ley 9/1985, de 5 de Julio, de despenalización del aborto, que reformó el Código Penal existente, en su artículo 417 bis, despenaliza parcialmente el aborto provocado; es decir, lo sigue considerando un delito si no es practicado por un médico, o bajo su dirección, en un centro acreditado y en tres supuestos.
- Desde el 5 de julio de 2010, las Interrupciones Voluntarias del Embarazo están reguladas a través de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.²² Queda derogado el artículo 417 bis del Texto Refundido del Código Penal publicado por el Decreto 3096/1973, de 14 de Septiembre, redactado conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de Julio.

Marco social

El aborto ha ido siempre de la mano de la humanidad y ha habido diversas técnicas para su realización. La diversidad de opiniones y de razones para llevarlo a cabo ha ido variando desde antiguo, pero lo que está claro es que, hoy día, la interrupción voluntaria del embarazo enfrenta el principio ético de respeto a la vida y el derecho de cada mujer a elegir libremente.

Marco sanitario

Según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en España, el número de IVEs en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 44 años ha aumentado significativamente desde el año 2000 (63.756) al año 2009 (111.482). La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el año 2009 registró una tasa de casi el doble de la presentada en el año 2000 en mujeres de entre 15 y 44 años. También los datos actuales en España muestran que, en la franja de edad entre 15 y 19 años, la tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), ha aumentado en la década comprendida entre los años 2000 y 2009. En este sentido, creemos que es un problema sanitario importante,

porque la tasa de IVEs ha aumentado entre la población de mujeres adolescentes, no solo a nivel general.

La OMS define este periodo de la adolescencia como: *“aquel periodo en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la madurez, y consolida su independencia socioeconómica”*. Todo esto hace que una vivencia de este tipo pueda acarrear un impacto mucho peor en la salud física, y sobre todo psicológica. Se trata de un problema de salud, ya que el aborto provocado, lleva adherido muchas connotaciones negativas para parte de la sociedad, y suele ser un tema tabú. Las mujeres, por lo general, pasan desapercibidas porque lo suelen ocultar y lo llevan en silencio, por lo que sí presentan secuelas psicológicas³⁵.

Limitaciones

La principal dificultad para la realización de este trabajo es la ocultación del acto por muchas mujeres, la mayoría de ellas no quieren hablar de ello. Esto impide en gran medida conocer las experiencias postaborto de estas mujeres. Extrapolando de varias fuentes, los investigadores estiman que aproximadamente el 50% de las mujeres que han abortado, ocultan este hecho al ser preguntadas³⁵. De hecho, en las historias clínicas de muchas de ellas, solo consta que han tenido un aborto, pero no la naturaleza voluntaria o espontánea del mismo.

Objetivos

Objetivo General

Realizar una aproximación al estudio de la salud mental en mujeres que han realizado una interrupción voluntaria del embarazo en España.

Objetivo específicos

1. Analizar las características sociodemográficas de las mujeres que han realizado una IVE en Murcia.
2. Conocer las circunstancias que rodearon la IVE en su momento: motivos, situación familiar, ayuda y apoyo psicológico.
3. Conocer la percepción que tienen del trato recibido por los profesionales de la salud con respecto a la IVE.

4. Explorar el nivel de depresión y ansiedad de las mujeres que se han sometido a una IVE utilizando como herramientas diagnósticas de la sintomatología el BDI-IA y BAI, respectivamente.

Metodología

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo de carácter retrospectivo y cuantitativo.

La población de nuestro estudio son mujeres que han realizado una IVE en España y en la actualidad viven en La Región de Murcia y pertenecen a las áreas de salud I, VI y VII, áreas de salud de La Región de Murcia. La muestra estuvo compuesta por un total 33 de mujeres residentes en Murcia, con edades comprendidas entre 13 y 40 años y que han realizado una IVE en España.

Los datos fueron recogidos en una situación no controlada del entorno, en la vida real de las mujeres objeto de nuestro estudio. La muestra fue recogida durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2011.

Los *criterios de exclusión* fueron:

- 1) Ser menor de edad en el momento de pasar el cuestionario, (aunque no se excluyen mujeres que hayan realizado una IVE, siendo menor de 18 años);
- 2) Barrera idiomática; y
- 3) IVE realizado en otro país.

La encuesta se les entregó a mujeres que habían realizado una IVE en las consultas de Matronas de Atención Primaria y Hospital, pertenecientes a las áreas de salud incluidas en nuestro estudio (Áreas I, VI y VII). La participación ha sido voluntaria, y se les informó del carácter anónimo de la misma, y de la necesidad del consentimiento informado, en el cual se informaba de las características del presente estudio, y del carácter anónimo del mismo.

En la investigación hemos utilizado el método de la entrevista clínica. En nuestro caso, la entrevista consta de tres partes las dos primeras partes recogen los datos sociodemográficos de las encuestadas y profundiza en las circunstancias que rodearon la IVE, siendo ambas de elaboración propia. Con el fin de estudiar la sintomatología depresiva y ansiosa de las mujeres entrevistadas, la tercera parte incluye dos cuestionarios validados y adaptados al español, el Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*⁴⁴⁻⁵²),

el BDI-IA, cuestionario utilizado en nuestro estudio, es la versión revisada del BDI original, y el Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*), conocido con el acrónimo de BAI⁵³⁻⁵.

Para el análisis estadístico de los resultados se halló la media aritmética \pm el error estándar de la media (\pm SEM). La edad media de las participantes, así como el número de abortos fue analizada mediante un Column Statics, seguido de un test de la t de Student no pareada (Unpaired t-Test). Para el análisis del estado civil, nivel de estudios, BDIAI y BAI, se utilizó el test de la Chi cuadrado.

Resultados

Análisis de las características sociodemográficas de las mujeres que han realizado una IVE

La muestra está constituida por 33 mujeres que realizaron una IVE en la Comunidad Autónoma de Murcia y pertenecen a las áreas sanitarias elegidas para nuestro estudio. De estas mujeres, 18 son de nacionalidad española y el resto de otras nacionalidades, 5 de Europa del Este, 9 Latinas y 1 de Marruecos. La edad de las mujeres, en el momento de la IVE, estuvo comprendida entre 13 y 40 años, siendo la media de edad de 24 años en el momento de realizar la IVE. Como podemos observar en la figura, el 76% de las mujeres de la muestra son menores de 30 años, siendo el 30% del total menores de 19 años.

En cuanto a las circunstancias que rodearon a la decisión de someterse a la IVE, 20 mujeres de las 33 de la muestra, la realizaron por propia elección (61% del total) y 13 forzadas, (39% del total) por su entorno (familiar y de pareja). De las 13 mujeres, 10 se vieron forzadas por la pareja. Del total de la muestra, 22 mujeres están arrepentidas de haber realizado la IVE, lo que representa el 67% del total de la muestra, mientras que el 33% de ellas no refieren arrepentimiento, 11 del total. En relación a los sentimientos de culpa el 61% de las mujeres (20 mujeres) refirieron este sentimiento lo que contribuía a alimentar sus sentimientos de arrepentimiento.

Principales circunstancias que rodearon la IVE en el momento de su realización

En cuanto a la decisión o elección de la IVE, 20 mujeres de las 33 de la muestra, la realizaron por propia elección (61% del total) y 13 forzadas, (39%

del total) por su entorno (familiar y de pareja) (Figura 1). De las 13 mujeres, 10 se vieron forzadas por la pareja. Del total de la muestra, 22 mujeres están arrepentidas de haber realizado la IVE, lo que representa el 67% del total de la muestra, mientras que el 33% de ellas no refieren arrepentimiento, 11 del total (Figura 8). En relación a los sentimientos de culpa el 61% de las mujeres (20 mujeres) (Figura 9) refirieron este sentimiento lo que contribuía a alimentar sus sentimientos de arrepentimiento.

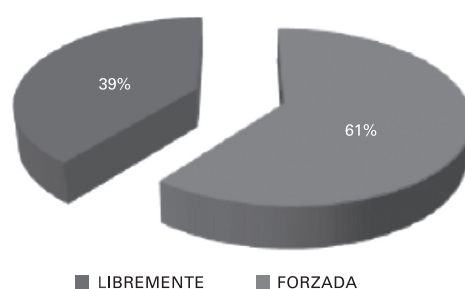


Figura 1. Elección de la IVE de las mujeres de la muestra.

Estos resultados fueron analizados más detalladamente para averiguar la posible significancia estadística entre mujeres españolas y de otros países en las circunstancias que rodearon la decisión. No existieron diferencias significativas (figura 2^a) en la decisión de elección de la IVE entre ambas poblaciones de mujeres. Por el contrario (figura 2B), encontramos mayor arrepentimiento en la población de mujeres no españolas que en las españolas ($p < 0.01$).

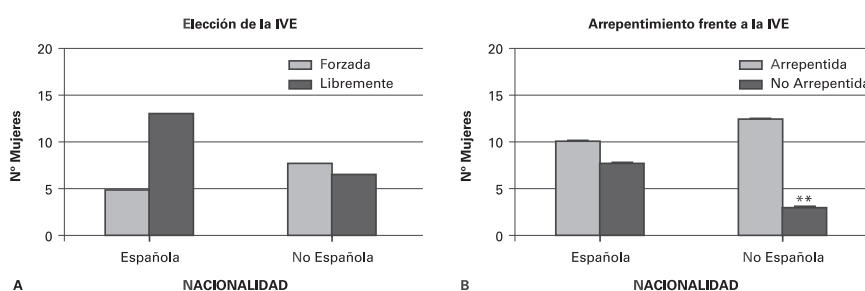


Figura 2. **A)** Diferencias en la elección de la IVE entre españolas y no españolas. **B)** Diferencias en cuanto al arrepentimiento entre mujeres españolas y no españolas. ** $p < 0,01$.

A continuación y con el objeto de profundizar en estos sentimientos, analizamos el porcentaje de mujeres encuestadas que presentaban puntuaciones altas en los ítems del Inventario de depresión de Beck que hacen referencia a los impulsos suicidas, 7 mujeres del total (21%) y alteraciones de la libido o disminución del interés por el sexo, 15 mujeres del total de la muestra (45%).

En nuestra muestra los principales motivos que aluden las mujeres que han realizado una IVE son: paro y pocos recursos económicos, no disponer de vivienda, falta de apoyo familiar, crisis o ruptura de relación de pareja, relación no consolidada, ser demasiado joven y depender de los padres, no considerar al progenitor como padre adecuado, 5 mujeres la realizaron por causa de malformación fetal (tabla1).

Tabla 1. Principales motivos para la realización de la IVE de las mujeres estudiadas

Motivo para realizar la IVE	Número de respuestas
Paro y/o pocos recursos económicos	14
Obligada a tomar decisiones	13
Embarazo/relación no consolidada	9
No disponer de vivienda	8
Crisis de pareja o ruptura de relación	8
Ser demasiado joven/dependencia padres	8
Progenitor no es el padre adecuado	8
No tengo apoyo familiar (padres)	7
Malformación fetal grave	5
Precariedad en el trabajo	4
No disponer de ayudas para cuidarlo	4
Dependencia económica de los padres	4
Desacuerdo respecto al deseo de hijos	4
Existencia de maltrato	4
Terminar estudios y tener trabajo estable	4
Casarse y tener vivienda propia	4
Embarazo/relación esporádica	2
Proyecto vida incompatible con maternidad	2
Enfermedad mental	2
Antecedentes obstétrico-ginecológicos	2
No desear crianza e hijos mayores	1
No capacitada para ser madre	1
Enfermedad grave propia o familiar	1

De la tabla anterior extraemos que el 91% de las mujeres entrevistadas, refiere más de un motivo por los cuales realizaron la interrupción voluntaria del embarazo. Tan solo la malformación fetal grave, es manifestada como único motivo para realizar la IVE.

Posteriormente, estudiamos la oferta de apoyo psicológico recibido por las encuestadas. De las 33 mujeres de la muestra, solo a 3 (9% del total) se les ofreció terapia psicológica, (figura 3) si bien, una gran mayoría de ellas, el 67% del total (22 mujeres) sintieron la necesidad de terapia psicológica (figura 4). Sin embargo, sólo 3 de las 33 mujeres de nuestro estudio, todas ellas españolas, realizaron terapia psicológica. Entre los motivos que aluden para no realizarla, aquellas que sintieron la necesidad (67% de la muestra) se encuentran: No saber dónde acudir, falta de recursos económicos para pagar un psicólogo, sentimientos de vergüenza, falta de tiempo.

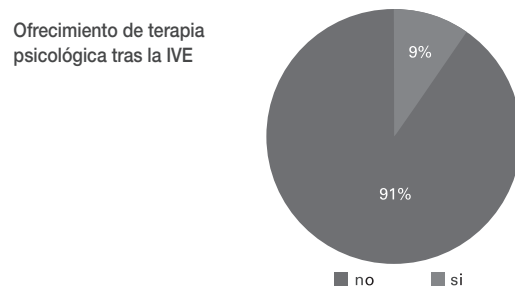


Figura 3. Porcentaje de mujeres que recibieron ofrecimiento de terapia psicológica tras la IVE.

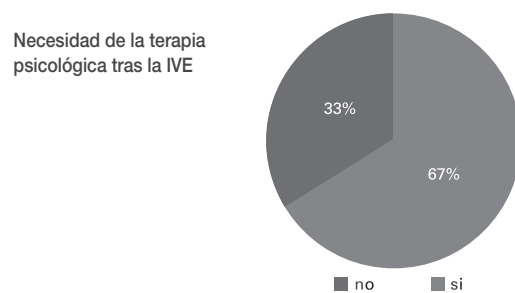


Figura 4. Porcentaje de mujeres que refirieron necesidad de terapia psicológica tras la IVE.

Las únicas mujeres que realizaron terapia psicológica fueron 3 mujeres que habían practicado la IVE por motivos de malformación fetal. Los resultados muestran que no hay diferencias entre las mujeres que sintieron la necesidad de terapia frente las que no la precisaron. Al contrario de lo que ocurre con las mujeres españolas donde predominan las mujeres que afirman no haber sentido la necesidad de terapia frente a las que sí la sintieron ($p < 0.01$). Por otra parte, del total de mujeres, 16 de ellas se sintieron apoyadas y respetadas, 14 mujeres refieren un trato indiferente y 3 de ellas se sintieron rechazadas por haber realizado una IVE. Estos datos también fueron analizados estadísticamente con el objeto de hallar significancia estadística entre las respuestas dadas. Los resultados muestran que no hay diferencias entre las mujeres que sintieron la necesidad de terapia frente las que no la precisaron. Al contrario de lo que ocurre con las mujeres españolas donde predominan las mujeres que afirman no haber sentido la necesidad de terapia frente a las que sí la sintieron (** $p < 0.01$) (Figura 5).

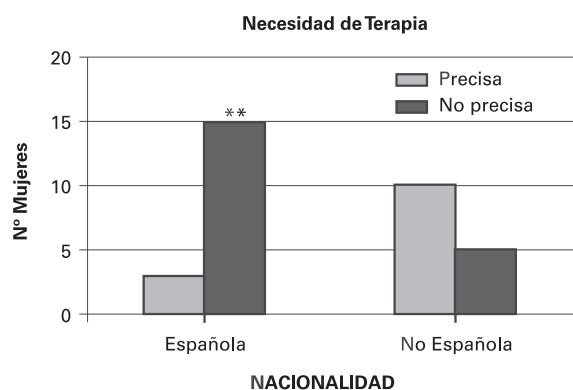


Figura 5. Diferencias en la necesidad de terapia psicológica en función de la nacionalidad.

Nivel de depresión y ansiedad de las mujeres sometidas a una IVE

En cuanto al nivel de sintomatología depresiva, medida con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA), 12 mujeres no presentan ningún grado de depresión, 7 mujeres presentan un grado leve, 9 mujeres mostraron un grado moderado y 5 mujeres, alcanzaron una puntuación equivalente a sintomatología

depresiva de grado grave, del total de la muestra. Los resultados indican que, 9 mujeres refirieron ausencia de sintomatología, 9 de ellas, una ansiedad leve-moderada, 6 mujeres un grado moderado-grave de ansiedad y, por último, 9 mujeres refirieron ansiedad grave, del total de la muestra. Los resultados gráficos en cuanto al nivel de depresión y de ansiedad se muestran en las figuras 6 y 7, respectivamente.

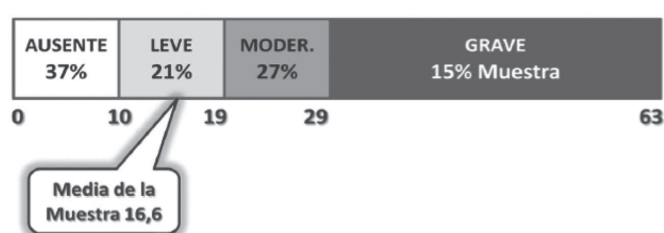


Figura 6: Escala graduada de los niveles de depresión en adultos según el test BDI (Beck Depression Inventory, 1979). Se representan los resultados obtenidos para la muestra, así como el porcentaje de mujeres que mostraron cada uno de los niveles de sintomatología depresiva, se indica también la puntuación media BDI del total de mujeres.

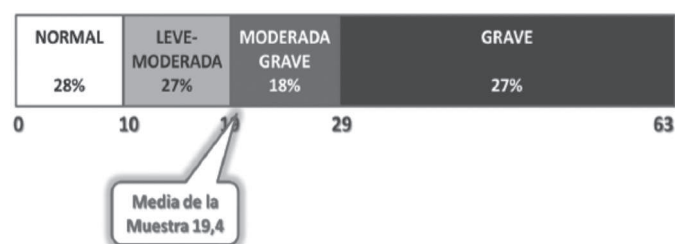


Figura 7: Escala graduada de los niveles de ansiedad en adultos según el test BAI (Beck Anxiety Inventory, 1988). Se representan los resultados obtenidos para la muestra, así como el porcentaje de mujeres que mostraron cada uno de los niveles de sintomatología ansiosa, se indica también la puntuación media BAI del total de mujeres.

Discusión

La bibliografía consultada sobre las secuelas de la IVE, pone de relieve la existencia de consecuencias para la salud mental de las mujeres que la realizan, incluso años después de la intervención¹¹, la media de años que han pasado desde que la realizaron hasta la realización de la entrevista, es de 8 años, en nuestro trabajo. Los estudios consultados, revelan, como consecuencia de la

IVE, sentimientos de culpa, arrepentimiento, disminución en la atracción por el sexo. El inventario de Depresión de Beck incluido en nuestro trabajo, contempla estos ítems, y nuestros resultados coinciden con estos estudios y reflejan que el porcentaje de arrepentimiento es del 67% de mujeres y el sentimiento de culpa el 61% del total de la muestra. Gómez Lavín, en su estudio, concluye que estos sentimientos de culpa y la necesidad de reparar son hallazgos comunes en las mujeres después de la IVE¹. Un 63% de las mujeres de nuestra muestra, presentan algún grado de sintomatología depresiva, 21% leve, 27% moderada y 15% grave del total de la muestra.

En nuestro trabajo, el 72% de la muestra presentan sintomatología de ansiedad en algún grado, coincidiendo los resultados con otros estudios como el de Coogle JR, Reardon DC, Coleman PK⁴⁰, en el que el 30% de las mujeres de su estudio presentan estrés generalizado, también coincide con Gómez Lavín¹, que concluye que la depresión y la ansiedad suelen aparecer como consecuencia, y con el realizado por Broen³⁸ AN et al., en la Universidad de Noruega. Nuestros datos indican que aunque el porcentaje no es alto, teniendo en cuenta el total de la muestra, sí observamos como algunas de ellas refieren haber pensado en el suicidio.

En cuanto a la IVE realizada por motivo de malformación fetal, aunque las 5 mujeres de nuestro estudio la realizaron por decisión propia, refieren todas haber necesitado apoyo psicológico, 3 la realizaron, las únicas de nuestra muestra, y 4 están arrepentidas, coincidiendo nuestros resultados con los de otros estudios que defienden que, en este supuesto, el impacto en la salud mental de la mujer es superior¹³⁻¹⁴.

Aunque no podamos afirmar que sea un cuadro psicopatológico, a la vista de nuestros resultados, podemos concluir que las mujeres que realizan una IVE, pasan por una experiencia desagradable antes, durante y después de realizarla, además debemos tener en cuenta que las circunstancias de muchas de ellas son difíciles cuando toman la decisión.

Conclusiones

- La mayoría de mujeres que realizan una IVE son solteras o sin pareja estable.
- El nivel instructivo mayoritario de las mujeres son estudios primarios y secundarios, ambos en el mismo porcentaje.

- Los pocos recursos económicos, el paro, la precariedad laboral y la dependencia económica, son las principales causas por las que se realiza una IVE, así como los embarazos fruto de relaciones no consolidadas o rotas.
- Sentimientos de arrepentimiento y culpabilidad son manifestados de forma significativa, así como el hecho de no haber tomado la decisión libremente, sino forzadas por sus circunstancias y entorno.
- En la población de mujeres no españolas el porcentaje de arrepentimiento es superior que en las españolas.
- La disminución de interés por el sexo, también se hace evidente de forma significativa tras la IVE en el total de la muestra.
- Un porcentaje alto de mujeres, el 67% de la muestra, refiere haber necesitado una atención psicológica, que no se le ha ofertado.
- Más del 40% de las mujeres presentaron niveles de sintomatología depresiva entre moderada y grave, si bien, el 37% de mujeres no mostraron síntomas depresivos, lo que situó la media del total en un valor de 16,6 puntos, correspondientes a un nivel de sintomatología depresiva leve.
- Del total de la muestra, 45% de las mujeres presentaron una sintomatología de ansiedad entre moderada-grave y grave. La media del total se sitúa muy cerca de los límites entre leve y moderada

Implicaciones para la enfermería

Ante los resultados obtenidos, consideramos necesario la elaboración de protocolos para la atención adecuada de las necesidades, tanto físicas como psicológicas ante una IVE, antes, durante y después de realizarla.

Bibliografía

1. Gómez Lavín C, et al. Categorización diagnóstica del síndrome postaborto. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(4): 267-272.
2. The Alan Guttmacher Institute (AGI). Responsabilidad compartida: Mujeres, Sociedad y el Aborto en todo el mundo, Nueva York: AGI, 1999.
3. Bongaarts J and Westoff CF. (2000) The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in family Planning* 31: 193-202.
4. Datos estadísticos de interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_Figuras.htm#Tabla 1. Consultado 19/06/2011
5. Babikian HM. Aborto En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Tratado de Psiquiatría*. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1984:1657-1662.
6. Jiménez J.L. "Aborto", *Rev. Del centro de Bioética Juan Pablo II*. Septiembre- Diciembre 2006; Vol. 6, N° 3. Disponible en: http://www.cbioetica.org/suplement/71_sup.pdf
7. Turton P, Hughes, Evans CD, Feynman D. Incidence correlates and predictors of posttraumatic stress disorder in de pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry* 2000; 178: 556-60.
8. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubeck J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 777 84.
9. Tedstone JE, Tarrrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 409-48.
10. Izquierdo FM. Un abordaje de las secuelas psicopatológicas en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). *An Psiquiatría* 2002; 18: 355-8.
11. Major B. Gramzow RH. Abortion as stigma: *J. Pers Soc Psychol* 1999;77:735-45.
12. Aléx L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion-a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004; 18(2):160-168.
13. R. Furlong, R. Black. Pregnancy termination for genetic indications: The impact on families. *Social work in health care*, 10(1): 17 1984.
14. J. Lloyd, KM. Laurence. Sequelae and support alter termination of pregnancy for fetal malformation. *British Medical Journal*, 1985. 290:907-909.

15. B.D. Blumberg, M.S. Globus, K.H. Hanson. The psychological sequelae of abortion performed for a genetic indication, *Am. J. Obstet. Gynecol*; 122(7):799. 1995.
16. Investigación síndrome postaborto. Disponible en: <http://www.nomas-silencio.com/> Consultado el 11/08/2011.
17. Howard S. Modelo de Peplau. Aplicación práctica. Barcelona Ed. Masson-Salvat Enfermería, 1992.
18. Peplau HE. *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: GP. Putman, 1952.
19. Peplau HE. *Relaciones interpersonales en enfermería*. Ed. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona. Versión española de la obra original inglesa *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing* de Hildegard E. Peplau, publicada por Macmillan . Education Ltd. De Houndmills, Basingstoke, 1990.
20. Ibáñez y Velasco JL. La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX. Siglo veintiuno de España Editores, S.A, (Madrid 1992).
21. Ley de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 166. (12/07/1985)
22. Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 55. (04/03/2010)
23. Ley por la que se establece y regula una red de apoyo a la mujer embarazada. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Ley 11/2009, de 1 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº39. (15/02/2011)
24. Abad Mayo D. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002; 28(2): 128-33.
25. Cfr. "El aborto provocado", op. cit. "Declaración" de la Congregación para la Doctrina de la Fe, pp. 34-36.
26. Cfr. Exhortación Apostólica "Familiaris Consortio" (22-11-1981), la Institución "Donum Vitae" (22-2-1995), "Carta a las Mujeres" (29-6-1995) y Encíclica "Evangelium Vitae", Edic. Claretiana, Buenos Aires, 1995, nº 61-62, (25-3-1995).
27. Cfr. Encíclica "Evangelium Vitae" op. cit., nº 58.
28. Torralba M.J. Aborto. En: Arroyo Gordo M^a. P. (dir). *Ética y legislación en enfermería*. Mc. Graw-Hill, Interamericana España;1984: 143-147.

29. Definición de Interrupción voluntaria del embarazo. Medicina & Información. Consultado 01/07/2011. Disponible en: <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-iveinterrupcionvoluntaria-del-embarazo/>
30. Gómez Lavín C. Consecuencias psíquicas del aborto en la mujer. "Síndrome Postaborto" Disponible en:
<http://www.mujeryaborto.com/archivospdf/postaborto.pdf>
31. Ortega Barreda E. Secuelas psicológicas tras la interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes. Revista de Enfermería 2011; 5(1): 25-32.
32. Dupont M. Depresión-Psicología.Monografias.com Consultado 22/09/2011. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos42/depresionpsicologia/depresionpsicologia.shtml>
33. Sara Velasco Arias. Síndromes de malestar de las mujeres en atención primaria. Mujeres y Salud. Revista de comunicación interactiva 2005; n° 16. Consultado 22/09/2011. Disponible en:
http://mys.matriz.net/mys16/16_22.htm
34. Definición ansiedad. Psicocentro, El portal del mundo de la Psicología. Consultado 14/08/2011. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s2.asp?texto=art2c001b.
35. EF.Jones. JD. Forrest.Underreporting of abortion in surveys of U.S. Women. Demography 1976 a 1988, 1992. 29(1): 113-126.
36. Reardon DC, Cogle, JR. Depression and unintended pregnancy in the national survey of youth: a cohort study. BMJ 2002, 324:151-152
37. Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. Med Sci Monit 2003; 9(4): CR157-164.
38. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after mis carriage and induced abortion: a longitudinal, five. year follow-up study. BMC Med. 2005, 3:18.
39. Pedersen W. Abortion and depression. A population-based longitudinal study of young women.Scand J. Public Health 2008; 36: 424– 8.
40. Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. JAnxiety Disord.2005; 19: 137– 42.

41. Bianchi-Demicheli F et al., Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecol Obstet Invest* 2002, 53: 48-53.
42. Bielecka Z. The role of the midwife in decreasing the number of abortions. *Pieleg Polozna* 1988; (5):7-9 contd.
43. Yee Fok W et al., Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *European Journal of Obstet Gynecol Reprod Biology* 2006; 2(126): 255-258.
44. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr.* 1961; 4: 561-571
45. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat.* 1975; 12: 217-236.
46. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press (Trad. Esp. En Bilbao: Declée de Brower, 1983). Esta versión fue adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz, 1991. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica, 1991. Citado por: Comeche MI, Díaz MI, Vallejo MA. Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1995; p 186-190.
47. Vázquez C, Sanz J. Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (1978): propiedades psicométricas y clínicas en muestras clínicas y en población general. Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Psicología. En preparación. Citado por: Vázquez C, Jiménez F. Depresión y manía. En: Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P (eds). *Medición clínica en psiquiatría y psicología.* Barcelona: Masson S.A. 2000; p 291-293.
48. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT et al. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cogn Ther Res* 1987; 11: 289-299.
49. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 77-100.
50. Sanz J, Vázquez C. (1999). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 58-81.

51. Sanz J, Vázquez C. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422
52. Sanz J, Vázquez C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318).
53. Sanz J. Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. Inventario de Ansiedad de Beck. Universidad Complutense de Madrid.
54. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1998; 56: 893-897.
55. Creamer M, Foran J, Bell R. The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behav Res Ther* 1995; 33: 477-485.
56. Sanz J, Navarro M. Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés* 2003; 9(1):59-84.
57. Magán I, Sanz J, Garcia-Vera MP. Psychometric properties of a Spanish version of de Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *Span J Psychol* 2008; 11(2): 626 640.
58. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1998; 56: 893-897.
59. Gissler M, Hemminki E, Longvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *British Medical Journal* 1996, 313:1431-1434.
60. Thorp JM Jr, Hartmann KE, Shadigian E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv* 2003, 58:67-79.
61. López García S. Aspectos psicológicos de la atención a la demanda de interrupción voluntaria del embarazo. *Matrona Prof.* 2(5): 10-16.
62. Burke T. Reardon DC. *Mujeres Silenciadas: Como se explica el sufrimiento de la mujer que aborta*. Madrid: Ed. Sekotia; 2009.