

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

INTRODUCCIÓN.

El comportamiento sexual es uno de los ámbitos donde más claramente se pone en evidencia el carácter problemático y transicional de la adolescencia, debido fundamentalmente a la presión social para controlar y regular las manifestaciones sexuales de sus miembros. Esta se hace fundamentalmente por parte de padres y educadores. Esta presión social adopta un carácter paradójico que los confunde más que aclararlos. Los mensajes contradictorios, unas veces tradicionales o represores y otras liberales o estimuladores, que reciben los jóvenes tanto desde los medios de comunicación, como desde las familias, educadores y sociedad, no contribuyen en absoluto a un desarrollo integral de la sexualidad en la adolescencia temprana. Por un lado se les anima a que se incorporen al mundo de los adultos con responsabilidades personales y sociales, con adquisición de independencia familiar y económica, pero también se les niega el derecho a manifestarse como individuos sexuados, empleando el catastrofismo para hacerles llegar informaciones negativas sobre la posibilidad de embarazos no deseados y E.T.S.

Los mensajes son más intensos y constantes si van dirigidos a las hijas. Incluso cuando las madres han tenido experiencias coitales antes del matrimonio y hasta embarazos precoces no planificados, difícilmente admiten este hecho en sus hijas, con el pretexto de que a ellas les movía el cariño por el compañero sexual. Sin reconocer que sus hijas se pueden encontrar en las mismas circunstancias y reforzando la idea de que las mujeres demuestran el cariño aceptando las relaciones coitales con sus parejas.

Ante estos mensajes contradictorios, se consideran normales sus deseos sexuales pero también negativos y rechazables, se encuentran muy confusas dejándose llevar por la intensidad de los impulsos sexuales y los

sentimientos. Luego, ante un embarazo no previsto aparece el sentimiento de castigo merecido.

Hay que tener muy presente que las tasas de embarazo en adolescentes ante la misma actividad coital son mucho más altas que en las mujeres adultas. Ello es consecuencia de la adopción de medidas poco eficaces, inconstantes (se usa por ejemplo el preservativo, pero ante cualquier eventualidad se "olvida") y tardías. Por término medio (Millestein 1990) las chicas tardan entre 9 y 14 meses en adoptar alguna medida contraceptiva mas o menos eficaz al iniciar las relaciones coitales. Se justifica por tanto que el 50% de los embarazos en adolescentes se produzcan durante los 6 primeros meses de relaciones con penetración y más de un 20% en el primer mes (Braverman y Strasburger, 1993). Como podemos constatar frecuentemente en el Centro donde trabajo.

Claramente, la información sobre anticoncepción es actualmente más objetiva, completa y formador. Pero una cosa es dar información correcta y otra muy diferente que los receptores de la misma la capten y acepten beneficiarse de ella. Según KU 1992, en adolescentes pertinentemente instruidos en el control de anticoncepción y riesgo a contraer el SIDA, no se aprecia un mayor uso de preservativo, sino que tienden a reducir el número de compañeros sexuales o a espaciar los coitos.

Por lo general la ausencia de previsión de las relaciones sexuales es lo que más alimenta las actitudes menos favorables ante la anticoncepción. Y esta falta de previsión se fomenta con estas actitudes contradictorias y culpabilizadoras de su actividad sexual.

La fertilidad es el resultado de manejar eficazmente la combinación de una serie de factores ;rasgos de la personalidad individual, capacidad para seguir orientaciones, conocimientos contraceptivos, patrones de comunicación en la pareja, disponibilidad de contraceptivos eficaces y normas culturales. El éxito en la contracepción necesita que la mujer y su pareja hagan conscientes su deseo de controlar los embarazos (Card y Wood,1977). Todo lo nombrado anteriormente y que comparto, suele ser más difícil que sé de en las relaciones adolescentes, en las que los rasgos de personalidad suelen ser cambiantes, muy influenciables sus ideas y creencias, los conocimientos contraceptivos menores (al menos los conocimientos prácticos y la experiencia de uso), la comunicación con la pareja escasa. Además, rara vez se hace consciente y se discute con la pareja el deseo de controlar los embarazos, pues estos se perciben como muy lejanos a su realidad y se sienten protegidas ante tal eventualidad por razones poco realistas, incluso por ideas mágicas. De hecho llama la atención que incluso tras una IVE cuando se les pregunta a las adolescentes si han hablado con su pareja sobre qué método van a utilizar a partir de ese

momento para evitar otros embarazos no deseados, la mayoría a los 15 o 20 días después de la IVE no se han planteado esta cuestión. Es más frecuente que se haya hablado con la madre, en muchos casos a petición de esta, que con la pareja.

Podríamos pues resumir que el aumento de los embarazos en adolescentes pueden ser debidos a las siguientes causas:

1. La disminución de la edad de la menarquia
2. Mayor apertura a la hora de tener información sobre métodos anticonceptivos y mayor tolerancia social a las relaciones sexuales con la supuesta protección ante embarazos y ETS
3. La paradoja de una deficiente educación sexual centrada en aspectos anatomo fisiológicas, con una total ignorancia sobre aspectos sexológicos y habilidades en uso de contraceptivos.
4. Los pocos recursos disponibles en consultas y asesoramiento en anticoncepción específica de jóvenes
5. Las características psicológicas propias de la adolescencia: las limitaciones de los adolescentes para hacer previsiones a medio y largo plazo, el estilo de vida centrado en la vivencia plena del momento , la dificultad de someterse a cualquier tipo de disciplina, el rechazo a las indicaciones que vienen del mundo de los adultos, el voluntarismo de asumir las consecuencias de sus propios actos, la repulsión al compromiso, la valoración de lo espontáneo y natural de los comportamientos sexuales y la presión de los iguales o atracción por las situaciones de riesgo.
6. La imagen que los medios de comunicación ofrecen de la actividad sexual que prioriza la gratificación personal del instante dentro de una magnificada naturalidad y espontaneidad en los encuentros sexuales, dejando al azar las medidas preventivas
7. Los adolescentes ven también muy lejano el objetivo de un emparejamiento institucionalizado por lo que sobre todo las chicas, son más flexibles a la hora de mantener relaciones esporádicas u ocasionales, siendo estas relaciones las que mas favorecen la ausencia de medidas contraceptivas (Oliva, Serra, Vallejo 1993).
8. Finalmente, por los avances contraceptivos, se ha separado socialmente la idea sexualidad- procreación, mensaje que han captado los jóvenes pero sin utilizar las medidas que originaron tal separación.

EL ABORTO VOLUNTARIO EN LA ADOLESCENCIA.

Así las cosas no es difícil de imaginar que los IVEs en adolescentes han ido aumentando en los últimos años, al menos eso es lo hemos constatado en la Clínica EL Sur de Sevilla. Este Centro se acreditó para la práctica de IVEs a comienzos de 1988. Las historias clínicas se informatizaron desde el principio. En varias ocasiones a través de estos años se han hecho estadísticas retrospectivas sobre los datos que obran en nuestro poder. Analizando la distribución por edades de los diferentes periodos en los que se realizaron estos trabajos se aprecia claramente un aumento de los IVEs sobre todos en el grupo de edad de 14 a 19. En los primeros estudios que hicimos, separábamos los grupos de edad de diferente manera que lo he hecho yo en el presente trabajo. Mi cambio se ha debido a la conveniencia de comparar los datos que nosotros presentamos con las estadísticas oficiales de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Anteriormente las estadísticas las habíamos hecho separando; las chicas de menos de 18 y de 18 a 24. En cualquier caso he encontrado que las menores de 18 en el 1989 eran un 2,8 %.

No es difícil de imaginar que un embarazo y un aborto provocado tienen un significado bien diferente en una chica de 20 años que en una de 13 ó 14. En nuestra sociedad en que cada vez se retrasa más la edad del primer hijo, nos parece casi obscuro imaginar una niña de 13 años como madre. Y digo lo de niña porque aunque con 12 o 13 años se puede y sé es sexualmente madura los adultos consideramos a las mujeres de estas edades como niñas, incluso hasta los 15 años. Encontrarse con la posibilidad de la maternidad a estas edades suele ser, cuando menos, perturbador. En el momento del conocimiento del embarazo aparecen sentimientos de culpabilidad por haber transgredido las normas, de incredulidad por lo que está ocurriendo, de indefensión al no saber a quien recurrir, de angustia cuando perciben que el único recurso que tienen son sus padres o su madre y tienen que enfrentarse con la necesidad de comunicárselo y el miedo a su reacción.

La Decisión.

Según Bracken, Klerman y Bracken (1978) la elección del aborto es fruto de un complejo proceso de decisión, en la que las consultas con el compañero, las madres, los padres, los amigos, las hermanas y los médicos influyen significativamente en el proceso de resolución del embarazo y los apoyos por ellos recibidos están relacionados con la aceptación precoz de la decisión y aumentan la felicidad posterior. Estudios ulteriores señalan que las personas que más influyen son la madre, la pareja, los compañeros y amigos. Vallejo confirma que en las adolescentes de nuestro entorno había

ciertas diferencias entre las rurales y las urbanas. Por lo general las mujeres urbanas (más, en el caso de las mayores, de 19 a 24) suelen tomar la decisión con su pareja, si la tienen, y si no, con una amiga que en muchos casos ya ha pasado por esa experiencia. Por lo general estas no lo comunican a sus padres. En el caso de las más jóvenes suelen hablarlo con su pareja o el grupo de amigas cuando todavía se trata de una sospecha, pero una vez confirmado el embarazo la madre pasa a ser la persona con más influencia y en la mayoría de los casos es la intermediaria en la comunicación del hecho al resto de la familia. Aunque no es infrecuente que el aborto se realice con el consentimiento de la madre y sin el conocimiento del padre. En el medio rural las chicas son más reacias a los extraños, amigas, iguales y la decisión se suele tomar más frecuentemente en familia. Cabe resaltar que tanto las chicas como los chicos (las parejas de las embarazadas) confían el problema que se les plantean más frecuentemente a la madre que al padre. Y no es raro observar que la primera persona a la que consultan es la madre de él.

Cuando las madres y/o padres son informados del embarazo de su hija la reacción suele ser cuando menos de perplejidad. Rara vez los padres imaginan que su hija mantiene relaciones coitales a esta edad y en muchos casos ni siquiera sabían o reconocen que su hija tiene pareja y aunque esto lo ponga en evidencia se niega frecuentemente este hecho o se intenta considerar como algo esporádico y pasajero que no volverá a ocurrir. La actitud en la mayoría de los padres es negar que su hija tenga pareja salga con un chico y si ella insiste, lo consideran como una niñería pasajera o como una relación que no conviene a su hija y que le perjudica considerablemente. A veces, en los casos en los que se sabía o se sospechaba previamente, el aborto se convierte en una baza importante para reprender una relación que ellos consideran poco adecuada y que la distrae del objetivo que deben tener las chicas a esa edad. Estudiar y labrarse un porvenir. Volvemos, por tanto a los mensajes contradictorios y represores de la sexualidad y afectividad adolescentes. Es lógico que eso sea lo que deseen los padres para sus hijas, pero no se debe despreciar la necesidad de afecto y sexualidad a estas edades, porque es algo que forma parte del proceso de madurez.

Esta negación de la pareja suele ser negativa para la chica y para la pareja en sí. Por un lado ella, en la mayoría de los casos si la dejaran elegir, desearía que su pareja estuviera con ella en todo momento en esta situación apoyándola y demostrándole el cariño. Cariño que ella cree ya demostró al tener relaciones coitales con él. En el grupo de 20 a 24 años la mayor parte (casi un 90%) toma la decisión con su pareja se ve apoyada y acompañada por él. Esto supone que en muchos casos la pareja sale reforzada de la experiencia. La complicidad que se establece suele reforzar el vínculo (En el

estudio de Vallejo, casi un 90% seguía con la misma pareja unos meses, incluso un año después de la IVE) y propicia el dialogo. Lo que hace que hagan consciente el deseo de controlar los embarazos planteándose la necesidad del uso de métodos anticonceptivos más seguros, como la píldora, en lo sucesivo, por otro lado, el sentimiento de culpa que genera en embarazo se acrecienta en las más jóvenes por la actitud claramente reprendedora de los padres (en las situaciones familiares conflictivas se producen en muchos casos agresiones verbales, sobre todo por parte de los padres, varones y a veces de los hermanos mayores y en algunos casos incluso agresiones físicas) y en los casos de situaciones familiares favorables y comprensivas con el sentimiento de haber defraudado a sus progenitores.

Estos a su vez verbalizan gran sorpresa por lo ocurre y fuertes sentimientos de que su hija (en gran medida las hijas no los hijos) ha traicionado la confianza que habían depositado en ella. Esta falta de confianza o la confirmación de que no la merecen, generan muy frecuentemente restricciones a las salidas, los horarios y discusiones sobre la necesidad de abandonar la relación que la llevó al aborto. Esto también se suele extender a otras hijas, aumentando el control sobre ellas. Lo que a su vez genera más crispación familiar y más culpa, en la responsable de tal situación, que siente no sólo haberse perjudicado así misma sino al resto de su familia.

Otra cosa que verbalizan muy frecuentemente los padres es la sorpresa ante la posibilidad de que esto ocurra hoy en día, con los medios y la información que estos jóvenes tienen a su alcance. En contraposición de los que ellos tenían. El hecho de creer que las cosas han cambiado considerablemente en este aspecto, justificaría a los padres, que ellos mismo pasaron por un embarazo precoz y no planeado en su adolescencia. Lo curioso es que cuando se pregunta a estos padres si ellos mismos se han preocupado personalmente de la educación sexual de sus hijos, la mayoría no lo ha hecho en absoluto o se ha limitado a la consabida frase de "ten cuidatito". Creyendo suficiente la información de los medios de comunicación, los libros y la escuela.

Con respecto a la frase del "ten cuidado" tengo una anécdota que me contaron en un curso sobre educación sexual que impartí en un prisión y que me parece muy demostrativa de la incomprensión de padres y madres e hijas e hijos en temas de supuesta educación sexual; varias chicas comentaban que ellas jugaban felices en la calle con sus amigos y amigas que se conocían desde pequeños y todas contaban haberse extrañado mucho y no comprender a sus madres que a partir que tuvieron la primera regla empezaron a decirles que tuvieran cuidado con los niños. Ellas no entendían

en absoluto que había cambiado de la noche a la mañana y cuál era el motivo para tener que tener cuidado de los amigos con los que habían compartido sus juegos toda la vida. ¿ Qué les hacía ahora peligrosos?.

Es interesante resaltar que las madres que ellas fueron madres adolescentes, apoyan sin reserva la decisión de su hija. Aunque en un primer momento se sientan defraudadas con la idea de que a sus hijas les haya pasado lo mismo que a ellas. Este apoyo incondicional se debe probablemente, y a veces así lo verbalizan, a que ellas perciben que aquel embarazo frustró su expectativas de formación, de desarrollo personal y profesional. Y no desean que a sus hijas les ocurra lo mismo. Sobre todo cuando la experiencia les ha enseñado la responsabilidad y el esfuerzo personal que supone la crianza de los hijos. Este es un argumento que utilizan frecuentemente las madres, aunque ellas no hallan sido madres adolescentes, cuando discuten las posibilidades con sus hijas a la hora de ayudarlas a tomar una decisión. Si bien en la mayoría de los casos, aunque intentan influir en la reflexión de sus hijas (cosa que el padre no suele hacerlo) dejan que sean ellas las que decidan y expresan su apoyo, sea lo que sea lo que ellas deseen.

En nuestra casuística encontramos que sólo en un 1,3 % de las adolescentes entre 15 y 19 años sus padres no colaboran o no están de acuerdo con la IVE, aunque dan su consentimiento para la misma y un 7,1% en las menores de 15 años.

El perfil de la adolescente que se practica una IVE.

En el año 99, del total de mujeres de la provincia de Sevilla que a través del SAS llegaron a nuestra clínica, 10 tenían menos de 14 años un 0,9% del total y 219, un 20,1 % entre 15 y 19 años. Aunque se consideran adolescentes habitualmente hasta los 19 años y a estas edades me he referido cuando he hablado hasta ahora de adolescentes, también he considerado importante sacar datos del grupo de edad inmediatamente superior, de 20 a 24 años por obtener ciertas comparaciones y porque en muchos programas sanitarios se contemplan la atención de jóvenes hasta estas edades. El grupo al que me acabo de referir, supone un 27 % de la muestra, el grupo de edad más numeroso, seguido del de las adolescentes. Todos los datos que comentaré a continuación son de abortos del primer trimestre, pero me ha parecido interesante traer también la distribución por edades que presentan los abortos del segundo trimestre. En este caso el grupo de menos de 14 es sólo el 0,4 % el de 15 a 19 el 16,8 % y el de 20 a 24 el 23,2 %. (Gráficos 1 y 2)

Con respecto a las semanas de gestación en el año 99 casi se han igualado los grupos de edad en este punto siendo alrededor del 50% las que lo hacen en las primeras 8 semanas de gestación y el otro 50% después. Sin embargo en el 97 se apreciaba que cuanto más jóvenes más tarde acudían, situándose alrededor del 70 % las que abortaban de más de 8 semanas. Creemos que esto puede deberse a mejora en el acceso al aborto en estas edades, sobre todo por los servicios de atención joven y a que las jóvenes se sienten cada vez más apoyadas por sus padres y madres en esta decisión. (Gráficos 3,4 y 5)

En cuanto a la paridad, llama la atención que en grupo de 15 a 19 tengan hijos un 22,4 % y en el 20 a 24 hasta un 34,7 %, no teniendo ninguno las de menos de 15 años (Gráfico 6). En cuanto a las IVEs previas el número de estas ha ido ascendiendo en estos 3 años en los tres grupos apreciándose que en el grupo de 14 a 19 ha aumentado desde una IVE previa en un 9,6 % de los casos y ninguna con 2 IVEs previas, hasta un 24 % de una previa y un 2,7% de dos en este año. El grupo de menos de 14 ha pasado de ninguna IVE previa a un 10 % que ya han abortado anteriormente. (Gráficos 7,8 y 9)

Sólo el 3,2 % de las mayores de 14 a 19 está casada, aunque un 10,3 % vive con la pareja y un 7,6 % depende económicamente de esta. Con lo que se deduce que casi la mitad de las que tienen hijos no tiene establecida una unidad familiar propia. En el grupo de las más pequeñas, todas viven con sus padres y dependen económicamente de ellos. (Gráficos 10, 11 y 12)

Con respecto a la situación laboral las de 15 a 19 estudian en un 47,8 % y un 33% está en paro o en busca de su primer empleo. Las de menos de 15, como es lógico, estudian en un 64,3 %, pero llama la atención que un 35,7 % declare estar en paro, por que se supone que ya ha abandonado los estudios. (Gráfico 13).

En cuanto al método anticonceptivo que estaban usando en el momento del embarazo un 50 % del grupo de 15 a 19 años declaraba estar usando el preservativo pero de una manera errática o haciendo mal uso de él como no ponerlo desde el principio de la penetración, en el otro grupo esto representa un 21,4 % . Sólo un 10 % dice haberle fallado, aún usándolo correctamente, en el otro grupo un 28,6 %. Un 31 %, estaba usando algún tipo de método natural o el coito interrumpido y estos métodos (sobre todo el coito interrumpido o ninguno) se usan en un 50% por las más pequeñas. Un 6,3% estaba haciendo un mal uso de la píldora o descansando. (Gráfico 14).

Por la procedencia, un 68% son de Sevilla capital en el grupo de 15 a 19 y un 44% en el de menos de 15 y otro 10.6%, se distribuyen entre Alcalá de G^a, Dos Herrnanas y Utrera, teniendo porcentajes superiores a 1% San José de la Rinconada, Sanlucar la Mayor, Camas, Osuna, Mairena del

Aljarafe, Arahal y Carmona. (Gráficos 15, 16 y 17). Aunque con una distribución tan amplia y sin el conocimiento del número de adolescentes que viven en esas poblaciones, los datos no dicen mucho.

Una situación diferencial de las adolescentes es que si bien, sentirse acompañada por la familia hace disminuir el miedo a la intervención, por otro lado la angustia que expresan las madres, sobre todo ante el peligro de la intervención, repercute negativamente en las hijas. No es raro sobre todo con las chicas más maduras acompañadas de sus madres, que sea la hija la que tranquilice a la madre ante el miedo a una posible complicación o el riesgo que corre su salud durante el proceso quirúrgico.

Otra cosa que se aprecia en muchas adolescentes sobre todo en las más jóvenes es que una vez planteada la situación en su casa ellas se mantienen totalmente al margen de lo que ocurre y dejan todas las decisiones, cuidados, informaciones etc. en manos de sus familiares, siendo difícilísimo por parte de los profesionales que las atendemos, acercarnos a sus sentimientos, empatizar o incluso conseguir de ellas palabra alguna.

Otra diferencia consiste en que en casi todos los casos el aborto supone el primer contacto de la chica con la exploración ginecológica, posición poco agradable para la mayor parte de las mujeres y que en muchos casos genera miedos. En el caso de las adolescentes suele aparecer una actitud de profundo rechazo a la inserción del espéculo lo que dificulta, incluso imposibilita la realización del aborto con la técnica habitual de anestesia local, teniendo que recurrir a practicar la intervención con anestesia general o sedación profunda.

LAS SECUELAS DE LA IVE

Las complicaciones médicas de la IVE del primer trimestre durante la intervención y el postoperatorio inmediato son casi despreciables. Además las adolescentes en la mayoría de los casos no presentan patología previa y las características del útero en estas edades hace que el postoperatorio sea más satisfactorio y la recuperación más rápida. Nosotros tenemos pocos datos a largo plazo pues no hemos realizado nunca un estudio prospectivo de estas características teniendo sólo como referencia a las mujeres que tras la IVE en nuestro centro, han seguido como clientas de nuestra consulta. En esta pequeña muestra no hemos

encontrado ninguna complicación a largo plazo tras la IVE, incluso en mujeres que tuvieron más de una IVE. Según la bibliografía consultada algunos estudios proponen un aumento de incidencia de endometriosis tras la IVE y de esterilidad por infecciones subclínicas por clamidias. Pero ambas aseveraciones están en discusión y no existen datos concluyentes.

En cuanto a las secuelas psicológicas la OMS dice sobre el aborto, "*que muestran un beneficio psicológico frecuente y una baja incidencia de secuelas psicológicas perjudiciales*". Dña Reyes Vallejo realizó una tesis doctoral en el año 1998 en la Cátedra de Psicología Evolutiva y de la Educación de la facultad de Psicología de Sevilla titulada "Aspectos psicológicos del embarazo y la IVE en la adolescencia: una investigación empírica" (al que ya he hecho referencia anteriormente). Los datos del estudio relacionados con las adolescentes que se practicaban una IVE se obtuvieron en nuestra Clínica. Se diferenciaron tres grupos las adolescentes; las que optaron por la maternidad, las que optaron por la IVE y las que se planifican. Expongo los datos más significativos de las conclusiones:

Las chicas que siguieron con el embarazo son el grupo con los niveles de estudios más bajos, que abandonaron precozmente los estudios, con las características cognitivas más desfavorables lo mismo que sus condiciones familiares y personales. Valoran peor las relaciones con sus padres en la infancia y que se apoyan más en sus parejas y establecieron la pareja más precozmente. También son las que puntúan más alto en niveles de ansiedad y depresión.

Las que optaron por la IVE tienen un nivel de estudios más elevado (EGB completo en el medio rural y BUP en el urbano) en el medio rural optan por alguna actividad laboral una vez terminada la educación obligatoria. La mayoría tiene pareja estable pero de poco tiempo de evolución. Aparece en esta investigación que en estas chicas la IVE tiene menos implicaciones negativas en la esfera emocional que las anteriores. En el caso de las urbanas mejor, porque reciben menor presión social. En cualquier caso el equilibrio afectivo se resiente más después que antes de la IVE, pero la moderación con que se presentan los componentes ansiosos, depresivos y hostiles incide favorablemente en el afecto con que envuelven sus relaciones interpersonales con los demás, haciéndolas amables, amigas de sus amigos optimistas y extrovertidas. Manifiestan relaciones extremadamente positivas con sus padres. Sintiendo en todo momento durante la infancia queridas y apoyadas por sus progenitores. También tiene una idea extremadamente positiva de la relación entre sus padres. No poseyendo experiencias familiares de embarazos precoces en la familia.

Las chicas que se planifican tienen más edad, un nivel de estudios más alto y sus familias también presentan niveles de educación más altos. Pero curiosamente aparecen con más ansiedad que las anteriores y aunque valoran positivamente sus relaciones familiares lo hacen en menor medida que las que abortan. Sienten no haber recibido muchas manifestaciones de cariño de sus padres durante la infancia, escasos apoyos en sus triunfos y tener muchas exigencias de madurez sobre todo en el ámbito educativo procedente de sus padres.

Quisiera señalar también los miedos que las chicas que han interrumpido el embarazo expresan más frecuentemente. Que son: la creencia de haber podido quedar estériles y que ciertas exploraciones médicas, análisis, ginecológicas etc. descubran los demás en un futuro que se practicaron una IVE. El miedo a la infertilidad es tal que en algunos casos, embarazos posteriores pueden estar relacionados con el deseo inconsciente de probar su fertilidad.

En resumen, el apoyo del entorno, familiar y de la pareja sobre todo, pero también del social y de los profesionales con los contactan (antes, durante e inmediatamente posterior) influye bastante en la disminución de las secuelas psicológicas posteriores. La incorporación de la IVE al sistema sanitario, el hecho de estar integrada en la asistencia primaria ha contribuido a una sensación de normalización del aborto que repercute favorablemente en las mujeres.

Cuando las mujeres se encuentran con profesionales que respetan su decisión, incluso la apoyan, que se les facilita el acceso al aborto, se asegura su intimidad, se les tranquiliza sobre la intervención y sus consecuencias, integran mejor el aborto en su vida y repercute favorablemente en su salud física y psíquica posterior.

BIBLIOGRAFIA.

ADLER, N E. (1975). *Emotional Responses of Women Following Therapeutic Abortion*. American Journal of Orthopsychiatry, 45,446-456.

ADLER, N.E. Y DOLCINI, P. (1986). *Psychological Issues in Abortion for Adolescents*. En G.B. Mrlyon (ed.), *Adolescent Abortion: Psychological and Legal Issues*. Lincoln; University of Nevraska Press, 74-95.

ADLER, N. E., DAVID, H.P., MAJOR, B.N., ROTH, S.H., RUSSO, N.F. y WYATT, G.E. (1990). Psychological Responses after Abortion. Science, 248, 41-44.

BRACKEN, M.B., KLERMAN, L.V. y BRACKEN, M. (1978). *Abortion, Adoption or Motherhood. An Empirical study of Decision-Making During Pregnancy*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 130, 251-262.

BROOKS-GUNN, J. y CHASE-LANSDALE, P.L. (1991). *Children Having Children: Effects on the Family System*. Pediatrics Annals, 20, 467-481.

BROOKS-GUNN, J y PAIKOFF, R.L. (1993). *"Sex is a gamble, Kissing is a Games": adolescent Sexuality, Contraception and Pregnancy*. En S.P. Millestein, A.C. Petersen y E.O. Nightingale (eds.), Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-First Century. New York: Oxford University Press.

CARD, J.J. y WOOD, W.J. (1977). *Determinants of Individual Fertility and Contraceptive Use: A Review and Syntesis of the Literature*. En j.j. Card (ed.), *Antecedents and Consecuences of the Motivation for Fertility Control: A Cross-Cultural Study of Filipino Migrants and Caucasian Controls*. Palo Alto: American Intitute for Research.

KU, L., SONENSTEIN, F.L.. y PLECK, J.H. (1992). *Patternsof HIV risk and Preventive Behaviors among Teenage Men*. Public Health Report, 107, 131-138.

OLIVA, A., SERRA , L. y VALLEJO, R. (1999 a). *Sexualidad y contracepción en la adolescencia: Un estudio cualitativo*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

OLIVA, A., SERRA , L. y VALLEJO, R. (1999 b). *Sexualidad y contracepción en la adolescencia: Un estudio cualitativo*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

VALLEJO ORELLANA, R., (1998). *Aspectos Psicológicos del Embarazo y su Interrupción Voluntaria en la Adolescencia: Una investigación Empírica*. Tesis Doctoral.

TRAD, P.V. (1995). *Mental Health Of Adolescent Mothers*. Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 34, 130-142.