

José Antonio Díaz Blanco

Prevención del aborto

491

Clínica Gineastur. Oviedo. España.

Correspondencia:

Dr. J.A. Díaz Blanco.
C/Pedro Masaveu, 6, 2.º B. 33007 Oviedo (Asturias). España.
Correo electrónico: joseantonio.diaz@sespa.princast.es

Fecha de recepción: 13/5/2008.

Aceptado para su publicación 19/3/2009.

*Prevention of abortion***RESUMEN**

Objetivos: Analizar diferentes aspectos sociales relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), orientado a la obtención de información en el contexto de la pareja, la familia y la sociedad.

Sujetos y métodos: Se recogieron datos, mediante entrevista personal, de 1.600 pacientes que se sometieron a una IVE.

Resultados: Las pacientes que acudían por primera vez a un ginecólogo fueron el 26,9%. El 84,3% de las pacientes no había comentado nada con sus padres y el 12,9% no lo comentaron a su pareja. El 76% se mostró partidario de la existencia de poder recurrir a la IVE y de que ésta esté regulada por ley, un 18,3% se manifestó en contra.

Conclusiones: La reducción del número y la tasa de abortos requiere una concepción más abierta al sexo y a la sexualidad, fomentando el diálogo en el seno de la familia, en los centros escolares y la elaboración de completos programas de educación.

PALABRAS CLAVE

Aborto. Interrupción del embarazo. Aborto terapéutico. Prevención del aborto.

ABSTRACT

Objectives: To assess various social factors related to therapeutic abortion (voluntary pregnancy interruption [VPI], since the term therapeutic was traditionally used for abortions due to medical indication) with the aim of obtaining information in the context of the couple, the family and society.

Subjects and methods: Data were gathered through a personal interview performed in 1,600 patients who underwent VPI.

Results: A total of 26.9% of the patients were visiting a gynecologist for the first time. Most of the patients (84.3%) had said nothing to their parents and 12.9% had said nothing to their partners either. Three-quarters (76%) agreed with the possibility of having a VPI and with its legality; 18.3% were against.

Conclusions: Reducing the number and rate of abortions requires a more open understanding of both sex and sexuality, promoting a dialogue within the family and at school, as well as the design of complete education programs.

KEY WORDS

Abortion. Pregnancy interruption. Therapeutic abortion. Abortion prevention.

492 INTRODUCCIÓN

Desde que se aprobó en España la Ley de Indicaciones, en 1985, que considera el aborto provocado un delito despenalizado parcialmente, sólo nos tenemos que dirigir a los datos publicados anualmente por el Ministerio de Sanidad y Consumo para observar que, desde el año 1990 hasta el año 2006, el número de interrupciones ha ido en continuo aumento, pasando de 37.231 en 1990 a 101.592 en el 2006.

Estas cifras nos llevan a plantearnos que algo se está haciendo mal y en algo estamos fallando los diferentes estamentos sociales, cuando a pesar del vertiginoso desarrollo de los medios de comunicación (Internet, telefonía móvil, etc.), de la legalización de la píldora de día siguiente en 2001, de la información y los programas educativos difundidos a través de medios de comunicación y centros de enseñanza, no sólo no se ha logrado disminuir el número de interrupciones al año, sino que, por el contrario, estas continúan en progresivo aumento.

Es desde esta perspectiva que nos planteamos analizar en este estudio una serie de aspectos sociales con el objetivo de obtener información, que nos permita sacar conclusiones que ayuden y orienten a las sociedades y organismos competentes, a elaborar estrategias educativas y de información, que aplicadas, en el seno de la familia, en las escuelas y en los medios de comunicación, generen actitudes y patrones de comportamientos más responsables, que permitan lograr el objetivo de que ninguna mujer tenga que enfrentarse a la decisión de tener que recurrir al aborto.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se recogieron datos, mediante entrevista personal, son 1.600 pacientes que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se excluyó del estudio a todas aquellas mujeres que no daban su consentimiento para este. Empleamos un estudio descriptivo transversal.

Para el análisis de los datos, se utilizó la versión 12 del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows y se hizo una descripción estadística de cada variable, así como el empleo de técnicas inferenciales. Para la compara-

ción de los grupos, respecto a la variable cuantitativa del dolor, utilizaremos el análisis de la varianza (ANOVA) y una correlación de regresión entre escalas. Para cruzar variables cualitativas y determinar la existencia de asociación entre ellas, emplearemos la prueba estadística de la χ^2 . Se fijó como grado de significación estadística un valor del 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

En nuestro centro, las pacientes que acudieron por primera vez a un ginecólogo fueron el 26,9% ($n = 430$). Si extrapolamos este porcentaje al ámbito nacional, tomando como referencia la memoria que anualmente publica el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre IVE correspondiente al año 2006, podemos hablar de que en España 27.328 mujeres al año acuden por primera vez a un ginecólogo para solicitar la práctica de una IVE.

En lo referente a la información a padres y pareja, vemos que el 84,3 % de las pacientes ($n = 1.348$) no habían comentado nada con sus padres, ni del diagnóstico de embarazo, ni de la decisión tomada. Generalizando las cifras a lo que sucede en España, esto supone que 85.642 parejas de progenitores no llegan a saber las circunstancias por la que han pasado sus hijas. Como es lógico, se excluyó a las menores de edad, ya que estas pacientes por ley, deben acudir a la clínica acompañadas de sus padres o tutores. En relación con la pareja, los porcentajes se invierten: está informado el 87,1% ($n = 1.394$) de las parejas, mientras que no lo está el 12,9% ($n = 206$).

Por último, al preguntar a las pacientes por la actitud hacia el aborto, el 76% se mostró partidario de la existencia de poder recurrir a la IVE y que ésta esté regulada por ley, un 18,3% se manifestó en contra, un 2,9% se mostró indiferente y un 2,8% no se definió (fig. 1).

Respecto a los aspectos sociales, nos pareció interesante, analizar y observar el comportamiento de las pacientes, respecto a en qué momento de la edad gestacional acuden demandando asistencia, y para ello establecimos como variables independientes la edad de las pacientes, su nivel de estudios y el número de las que acudieron por primera vez al ginecólogo.

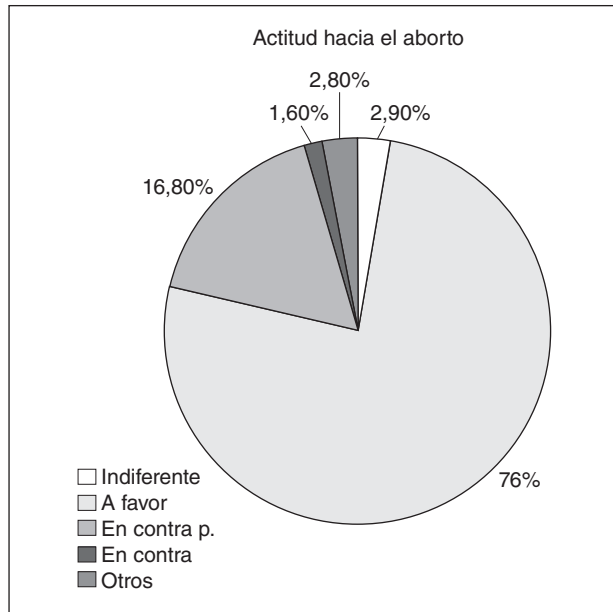


Figura 1. Distribución de las pacientes, en porcentajes, en función de su actitud personal hacia el aborto. En contra p.: en contra ellas, pero que aceptan que otras mujeres opten por el aborto en determinados supuestos médicos o sociales.

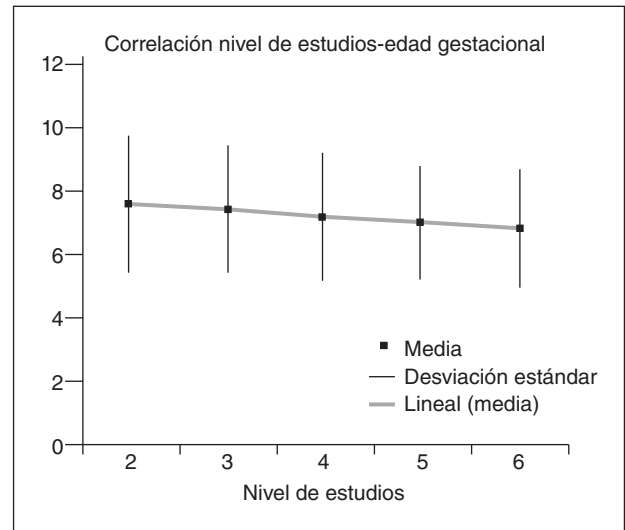


Figura 2. Representación gráfica de la tendencia estadísticamente significativa que existe entre el nivel de estudios y la edad gestacional con la que demandan asistencia las pacientes (2: sin estudios o primarios; 3: FP; 4: BUP-COU; 5: universitarios medios y 6: universitarios superiores) y la variable dependiente de la edad de gestación. Intervalo de confianza para la media del 95%.

En relación con la edad de las pacientes, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) y, por tanto, la edad no fue un factor influyente en cuanto al momento de acudir al centro.

Ocurre lo mismo en las pacientes que acuden por primera vez al ginecólogo en comparación con las que ya han acudido en alguna ocasión: no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Por último, en el aspecto referente al nivel de estudios, aunque clínicamente no se observan diferencias significativas, sí las encontramos desde el punto de vista estadístico ($p < 0,05$). Estadísticamente, encontramos una tendencia en la que las pacientes con mayor nivel de estudios acuden antes a la clínica y, por tanto, con menor edad gestacional (fig. 2).

Otro aspecto que estudiamos, tanto en las pacientes que conviven en pareja, como en las que no lo hacen, fue el porcentaje de pacientes que habían

comunicado a su pareja, tanto la existencia del embarazo como la decisión tomada al respecto. Se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$): las pacientes que conviven con su pareja tienen una mayor información hacia ésta.

También quisimos determinar el grado de influencia que tenía la diferente actitud de las pacientes hacia el aborto con el dolor experimentado durante la intervención y no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Si bien en un principio, con la comparación múltiple de los 5 grupos, encontramos una significación estadística, probablemente debido al pequeño número de casos de los grupos 1, 4 y 5, al corregir el análisis con la prueba de la t de Student y valorar los 2 grupos más representativos, que son el 2 (a favor) y el 3 (en contra), no se encontraron diferencias, por lo que probablemente éste no es un factor que influya en el dolor experimentado durante la intervención.

494 DISCUSIÓN

Probablemente, no existe otro aspecto en el ámbito de la salud, que suscite una mayor controversia, que el tema del aborto, por las diferentes creencias y actitudes, morales, éticas y religiosas.

La importancia sanitaria del aborto la demuestra el hecho de que, de los 210 millones de embarazos que ocurren cada año en el mundo, alrededor de 46 millones (22%) finalizan en abortos inducidos¹. Aproximadamente, el 13% de las muertes relacionadas con el embarazo se ha atribuido a complicaciones de los abortos inseguros y probablemente alcanzan la cifra de 67.000 muertes anuales².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como «un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo o ambos»³. Se estima que alrededor de 20 millones, o cerca de la mitad de los abortos inducidos anualmente, son inseguros. El 95% de estos ocurre en países en vías de desarrollo².

Desde la antigüedad, ha sido evidente que, en la mayoría de las sociedades, una proporción de mujeres que han tenido que enfrentarse al dilema de un embarazo no deseado finalmente han optado por el aborto como solución a su problema, y así lo reflejan documentos antiguos de los que se disponen, procedentes de áreas muy diversas del planeta, que testifican la voluntad de prevenir los nacimientos no deseados y que el aborto se ha practicado durante miles de años (textos médicos chinos, papiro de Ebers, textos hipocráticos, etc.).

En las sociedades occidentales hemos desarrollado una antipatía hacia el aborto, atribuible a las consideraciones respecto a la vida fetal de la tradición judeocristiana. Actualmente, en España disponemos de una Ley de Indicaciones, que considera al AP un delito despenalizado parcialmente, es decir, sólo se puede practicar un AP si hay una causa amparada por un supuesto previsto en la Ley 9/85 que lo indique. Por ello, la ley no contempla exactamente la voluntad exclusiva de la paciente, aunque esta debe respetarse, por lo que la denominación al uso IVE no refleja exactamente nuestra realidad legal.

Se está objetivando una tendencia de aumento progresivo en el número de interrupciones practica-

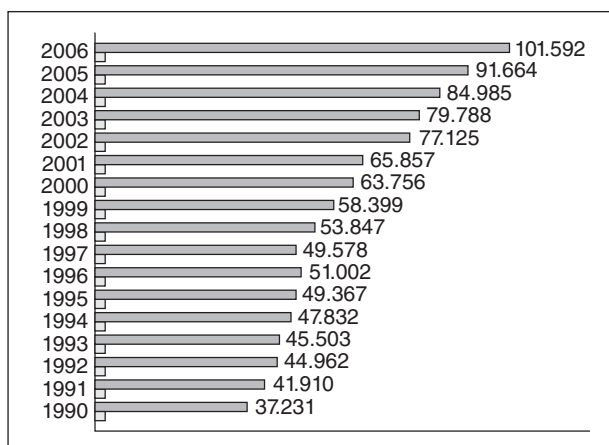


Figura 3. Número de las interrupciones voluntarias del embarazo que se han practicado en España, desde 1990 hasta 2006. Datos del Ministerio de Sanidad y Consumo. Hemos cogido desde el año 1990 porque es cuando se comienza a notificar en el cuestionario aprobado por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. También es en ese año cuando los datos de las IVE de Cataluña se incorporan a los nacionales.

das cada año en España (fig. 3). Al margen de que las cifras oficiales pueden ser cuando menos poco fiables y/o poco útiles, porque hay muchos factores que condicionan estas cifras, como son registros bastantes imprecisos, el descenso de las cifras de mujeres que viajaban al extranjero por miedo a estar cometiendo un delito o ser mal atendidas, la existencia de una infradeclaración por motivos fiscales, el aumento de la demanda de AP en mujeres inmigrantes, etc. Lo que nos parece interesante es analizar si la evolución al alza de las cifras en estos años es realmente un problema y, si es así, qué soluciones tiene.

Estas cifras, en nuestra opinión, nos hace plantearnos que los diferentes estamentos políticos, sanitarios, educativos, y los propios individuos, estamos fracasando en cuanto a políticas educativas y de prevención.

En nuestro centro, las pacientes que acuden por primera vez a un ginecólogo fueron 430 (26,9%). Si extrapolamos este porcentaje al ámbito nacional, podemos hablar de que 27.328 mujeres en España al año, acuden por primera vez a un ginecólogo para solicitar la práctica de una IVE. Teniendo en cuenta, según el Estudio del Consejo de la Juventud

de España⁴, que la edad de inicio de relaciones sexuales varía entre 16,9 años en los chicos de medio rural hasta 18,2 años en las chicas de medio urbano, se hace necesario establecer planes de intervención en jóvenes, específicos sobre sexualidad y anticoncepción, para la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual y en general para la prevención de la salud, fomentando hábitos sanitarios de asistencia a centros de planificación, equipos de atención primaria de salud y visita al ginecólogo.

Respecto de la información a padres y pareja, 1.348 pacientes (84,3%) no habían comentado nada con sus padres; generalizando las cifras a lo que sucede en España, esto supone que 85.642 parejas no llegan a saber las circunstancias por las que han pasado sus hijas. En relación con la pareja, los porcentajes se invierten; está informado el 87,1% (n = 1.349) de las parejas, mientras que no lo está el 12,9% (n = 206).

Estos resultados reflejan que el aborto, a pesar de ser una realidad que continúa en aumento en nuestra sociedad, y de que la población ha socializado el hecho del AP, que ha perdido la impronta de inaccesible, peligroso o prohibido, este sigue siendo un tema tabú, de silencio, y si añadimos el conservadurismo con que nuestra sociedad trata el tema, hace que el debate esté ausente. En relación con ello, recientemente, el gobierno elaboró una campaña que, con el lema «Hablar es otra forma de prevenir embarazos», pretende que los padres se impliquen más activamente.

Estos dos aspectos están en consonancia con los datos publicados en la bibliografía científica internacional, relacionados con políticas y estrategias de prevención del aborto, y que son:

- La falta de diálogo abierto en las familias, escuelas y medios de comunicación.
- La falta de elaboración de programas eficaces de educación sexual y sanitaria respecto a la promoción de la salud y la utilización de anticoncepción primaria y secundaria.

Las políticas para reducir el número y las tasas de aborto deben reconocer ciertas observaciones. La criminalización no impide el aborto, sino que incrementa los riesgos maternos, como demostró la experiencia en Reino Unido y Rumanía.

La aplicación de la ley (Acta del Aborto, 1967) en Inglaterra, Gales y Escocia supuso una reducción de la mortalidad materna debido al aborto criminal y a un descenso de la mortalidad debido a los denominados abortos espontáneos. La principal razón del Acta es la preservación de la vida de la madre, referida como «una de las medidas de éxito más rotundo en la prevención de la salud»^{5,6}.

En Rumanía, durante el régimen de Ceausescu, debido a un interés pronatalidad se promulgó un decreto en el que se prohibían el aborto y la anticoncepción⁷. El impacto fue inmediato, con un aumento de la tasa de nacimientos, aunque el efecto fue solamente transitorio. La tragedia real fue el efecto sobre la mortalidad materna. El deseo de evitar los embarazos no deseados había vencido el poder de la ley y seguían realizándose abortos, pero en circunstancias clandestinas, criminales y de total inseguridad. Afortunadamente, la caída del régimen de Ceausescu condujo a una reducción de las muertes maternas relacionadas con el aborto⁸.

Está demostrado que en las sociedades con «actitudes abiertas al sexo», con diálogo en el seno de la familia, en la escuela y los medios de comunicación, la disponibilidad de programas de educación sexual y la accesibilidad a la anticoncepción se relacionan con las tasas de fertilidad, por lo que hay un número menor de embarazos⁹.

Por este motivo, dentro de los programas de educación y prevención del aborto, creemos que el primer objetivo es asumir y concienciar a la sociedad de la existencia de una realidad, que las estadísticas nos demuestran, y más que ser utilizado por parte de determinados medios de comunicación y grupos sociopolíticos como piedra de escándalo, tratar de hacer un análisis de las causas que hay detrás de estas cifras y buscar soluciones reales.

Tomada conciencia de esta realidad, dentro de los programas de educación y formación sexual no sólo se deberían integrar a los adolescentes, sino también a progenitores, personal docente y de pedagogía, personal sanitario, trabajadores sociales, etc.

Es interesante remarcar que el uso de preservativo en el inicio de las relaciones sexuales es mayor entre los jóvenes que han recibido educación sexual en la escuela o en la familia⁸, como resultado de un planteamiento más abierto del tema.

Asimismo, varios estudios han demostrado que otro factor importante para la disminución de la tasa

496 de abortos es el conocimiento necesario para hacer un buen uso de métodos de emergencia poscoital o anticoncepción secundaria^{10,11}.

Otro aspecto que analizamos fue la actitud de las pacientes hacia el aborto, justificando esta cuestión en que nuestro posicionamiento respecto a este tema viene condicionado y depende de un cierto número de factores, entre los que destacan la educación moral y religiosa, la opinión pública, las actitudes de la profesión médica, la disponibilidad de personal y de servicios médicos y la legislación existente al respecto. Lógicamente, mientras el problema no existe, el posicionamiento teórico es claro, pero qué ocurre cuando el problema se presenta: que el 18,4% de las pacientes que se manifestaban en contra del aborto, finalmente optaron por él, un 2,9% se manifestó indiferente y un 2,8% no se definió.

Como la opinión en contra tiene marcadas connotaciones ético-religiosas, quisimos valorar si este aspecto podría influir en el dolor experimentado

durante la intervención. El análisis estadístico no encontró influencias para este factor.

A modo de conclusión, pensamos que la reducción del número y tasa de abortos no se consigue con la criminalización del método, con limitaciones de acceso legal o con limitaciones de acceso económicas. La reducción del número y la tasa de abortos requiere una concepción más abierta al sexo y a la sexualidad, fomentando el diálogo en el seno de la familia, en los centros escolares y en los medios de comunicación, mediante la creación programas de educación, que demoren el inicio de las relaciones sexuales e incrementen el uso de anticonceptivos, facilitando el acceso a métodos anticonceptivos más eficaces, incluida la anticoncepción de emergencia o anticoncepción poscoital. Creemos que el primer paso debe ser asumir y concienciar a la sociedad de la existencia de una realidad, eliminando las connotaciones de tabú y silencio que envuelven al aborto (fig. 2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide. New York and Washington DC, The Alan Guttmacher Institute; 1999.
2. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva: World Health Organization (WHO/RHT/MSM/97.16), 1998.
3. World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva: World Health Organization (WHO/MSM/92.5), 1992.
4. Informe de la Juventud en España, 2000.
5. McEwan J. Contemporary sigues in family planning. En: Byrne P, editor. Health, rights and resources: King's College Studies 1987-8. Oxford: Oxford University Press, 1988. p. 128-65.
6. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Rock Carling Fellowship. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1971.
7. Barron SL. Epidemiology of induced abortion. En: Bromham DR, Dalton ME, Jackson JC, Millican PJR, editores. Ethics in reproductive medicine. Berlin and New York: Springer-Verlag; 1992. p. 145-60.
8. Wellings K, Bradshaw S. First intercourse between men and women. En: Johnson AM, Wadsworth J, Field J, Bradshaw S, editores. Sexual attitudes and lifestyles. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 68-109.
9. Jones EF. Teenage pregnancy in industrialized countries. New Haven: Yale University Press; 1986.
10. Bromham DR, Cartmill RSV. Are current sources of contraceptive advice adequate to meet changes in contraceptive practice? A study of patients requesting termination of pregnancy. Br J Fam Plann. 1993;19 179-83.
11. Bromham DR, Cartmill RSV. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. BMJ. 1993;306:556-7.