

## **Perfil de salud mental en adolescentes que interrumpen su embarazo con un aborto inducido<sup>1</sup>**

Toledo, V.; Martini, A.; Luengo, X.; Molina, T.; González, E.; Molina, S.

### **RESUMEN**

Este es un estudio de casos y controles que tuvo por objeto describir el perfil de salud mental de adolescentes hospitalizadas por complicación de un aborto provocado. Los casos fueron 340 adolescentes egresados de 3 hospitales de Santiago; 113 fueron por abortos inducidos comprobados y 227 espontáneos. Los controles fueron 340 embarazadas que llegaron al parto. Se aplicó en el hospital y consultorios entrevistas psiquiátricas y los test de ansiedad de Spielberg y el de depresión de Alvarado, por profesionales entrenados. Se detectó a través de estos test mayor ansiedad en las adolescentes con abortos provocados y espontáneos y mayor depresión en las con abortos provocados. Se encontró mayor patología y mayor frecuencia de síntomas psiquiátricos no constituyentes de patología, en las adolescentes con aborto provocados. De las que hicieron patología psiquiátrica, las de mayor frecuencia fueron: Reacciones de Adaptación y Episodios Depresivos. Hubo una correlación positiva entre los hallazgos de ansiedad y depresión a través de los test aplicados y la presencia de patología psiquiátrica.

### **SUMMARY**

This is a case-control study to determine the mental health profile of hospitalized adolescents for complication of induced abortion. The cases were 340 adolescents from 3 hospitals of Santiago city, 113 were confirmed induced abortions and 227 were spontaneous. Controls were 340 pregnant adolescents who decided to have the child. Questionnaires and interviews were applied at the hospital and out-patient clinic by trained members of the team research. The follow up was done through psychiatric interview and psychological screening instruments: Spielberg State and Trait Anxiety Inventory (Stai) and Alvarado Depression Inventory. The test detected greater anxiety from adolescents with both types of abortion and greater depression on induced abortion group. The psychiatric interview showed significant difference of pathology and higher frequency of symptoms in the induced abortion group. Among those with psychiatric pathologies, the more frequent were Adaptive Reactions and Depressive Episodes. There were a positive correlation between the finding of the test and psychiatric pathology.

**Key words:** Adolescents - Abortion - Mental Health.

---

(1) Proyecto N° 852 "Perfil de Salud Mental en Adolescentes que interrumpen su embarazo con un aborto inducido". OMS/HRP

## INTRODUCCION<sup>2</sup>

Dimensionar la situación del aborto en Chile, es una situación compleja por tratarse de un procedimiento ilegal en nuestro país. Analizar esta realidad en las adolescentes, se torna aún más difícil ya que no existe información nacional desagregada disponible para este grupo etéreo. Se estima que entre 200 y 250 mil mujeres abortan al año en Chile, de éstas un 20% serían adolescentes entre 10 y 19 años de edad (1).

En Estados Unidos, se estima que aproximadamente el 40.%5 de las adolescentes que se embarazan, escogen terminar con su embarazo y abortar (2).

Dada a la gran variedad de experiencias asociadas al aborto, es difícil generalizar desde las circunstancias de un aborto en particular a otro sin adecuadas evidencias que respuestas similares puedan ser encontradas en distintos contextos.

Los estudios postaborto realizados en Estados Unidos, sugieren que se debe considerar el contexto completo en el cual el aborto es realizado en relación a diversas circunstancias como son: el momento en que el embarazo se dió, si éste es deseado o no, si se cuenta con el apoyo familiar o de redes sociales, tipo y calidad de relación de pareja, y la experiencia del procedimiento en sí, entre otras (3,4,5).

Al explorar los efectos del aborto a nivel psicológico, se ha observado que en general no habrían secuelas a largo plazo (6). Los efectos psicológicos negativos se observarían cuando están relacionados con otro tipo de factores que debieran ser analizados, como la condición emocional previa de la adolescente, antecedentes psicopatológicos, estado civil, duda en relación a la toma de decisión de abortar, aprobación o rechazo social frente al aborto, nivel de educación, el tipo de relación de pareja, la duración y la calidad de la misma, apoyo familiar, actividad que se estaba desarrollando al momento del embarazo, entre otras variables (4,7,8,9).

Los efectos psicológicos observados incluyen emociones positivas como felicidad y alivio; los sentimientos negativos durante el primer trimestre postaborto fueron de culpa, vergüenza y temor a la desaprobación social; secundariamente se observaron sentimientos de recriminación, ansiedad, depresión, duda y rabia. Estas respuestas podrían ser entendidas como respuestas de adaptación propias al proceso de stress vivido, más que como respuestas psicopatológicas (4,10). Además de las variables descritas anteriormente, otras variables que influirían en la respuesta psicológica de la adolescente que decide abortar, serían la atribución de causalidad que realicen del evento y el significado que logren darle como estrategias de elaboración utilizadas para manejarlo (4).

Se torna difícil separar las reacciones frente al stress del embarazo mismo de lo que pudiera estar generando el proceso del aborto en sí. Esto hace que sea compleja la interpretación de muchos de los estudios que no cuentan con controles adecuadamente pareados al estudiar las secuelas del aborto. Un estudio que comparó a adolescentes que abortaron con un grupo que siguió con su embarazo, mostró que las adolescentes que abortaron no presentaron mayores niveles de stress o ansiedad que las del grupo que continuó su embarazo, y que dos años más tarde no mostraron tener mayores problemas psicológicos. Al realizar el seguimiento se constató que el grupo de aborto continuaba la escolaridad en mayor frecuencia que el grupo de embarazo, presentaba además menos deserción y retraso escolar, la ansiedad disminuyó notoriamente con el tiempo, lograron un mayor ingreso al mundo laboral y presentaron mejores niveles tanto de autoestima como de autocontrol

---

(2) Estadísticas de aborto en USA.

(5) El apoyo social percibido por la mujer durante todo este proceso se observa fuertemente asociado a una respuesta psicológica más favorable después del aborto.

(6) Demuestran que no se observan mayores secuelas psicológicas en cualquier momento en que se decida terminar el embarazo.

(8) Estudio cuyos resultados indican que el apoyo de la pareja fue el mejor predictor de presentar menores niveles de ansiedad en los casos de aborto.

(9) La mayor parte, el 93% de ellas refieren tener más de una razón para practicarse un aborto y en el caso de las adolescentes las razones más frecuentemente mencionadas estaba el no considerarse madura lo suficiente para criar un hijo y en el 19% de los casos el que sus padres deseaban que se practicaran el aborto.

(4,11).

Estos estudios realizados donde el aborto no está penalizado, sólo pueden servir de referencia, pero no pueden ser considerados como representativos de la realidad de los países donde se trata de un procedimiento ilegal. Las consecuencias a nivel psicológico y las repercusiones sobre salud mental de adolescentes que terminan su embarazo a través de un aborto provocado, siendo un procedimiento ilegal, debieran tener resultados distintos a los encontrados en la literatura disponible. Por esta razón es que se considera importante estudiar las repercusiones a nivel de salud mental, en nuestra cultura.

El objetivo de este estudio es describir algunas variables de Salud Mental de adolescentes cuyos embarazos terminan en un aborto y se encuentran hospitalizadas por una complicación del mismo, comparándolas con dos grupos controles: adolescentes que se encuentran hospitalizadas por un aborto espontáneo y adolescentes que se encuentran cursando un embarazo y están en controles regulares en consultorios de atención primaria.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Selección de casos y controles.**

Se ingresó al estudio la totalidad de adolescentes de 19 años y menos hospitalizadas con diagnóstico de aborto provocado, sospechoso o espontáneo, en los servicios de Ginecología y Obstetricia de tres hospitales base de Santiago: San José, Barros Luco y Sótero del Río, en un período de 12 meses. Fueron visitadas en dichos establecimientos, efectuando entrevista inicial y revisión de la ficha clínica. El total de casos fue de 340 adolescentes.

La clasificación de aborto en provocado, sospechoso o espontáneo se realizó en base a la información obtenida en la entrevista, tanto de la paciente o de un familiar, y a criterios clínicos.

Terminada la recolección de la muestra, se revisaron los casos de abortos espontáneos con margen de duda y posteriormente, en la fase de seguimiento, se agregó un análisis de tipo cualitativo. Con esta metodología, se realiza el análisis posterior utilizando sólo dos categorías: aborto provocado: 113 casos y aborto espontáneo: 227 casos. El grupo control se obtuvo pareando por edad cronológica y período de gestación a 340 adolescentes controladas por embarazo en el mismo período, en los consultorios de atención primaria coordinados con los hospitales antes mencionados (12).

**CUADRO No 1**  
**DISTRIBUCION DE CASOS Y CONTROLES**

Casos	Nº	%
Aborto provocado	49	14.4
Aborto sospechoso	64	18.8
Aborto espontáneo	227	64.8
Subtotal	340	100.0
Controles embarazo	340	100.0

### **Encuestas y entrevistas.**

Las entrevistas fueron realizadas por profesionales entrenadas, asistentes sociales, matronas y psicólogas, 24 horas después del legrado uterino; en algunos casos de abortos espontáneos se hicieron en menos tiempo dado que el alta es más precoz. Los controles fueron entrevistados al primer control prenatal en el consultorio. No hubo rechazos de esta primera entrevista.

La entrevista a la adolescente incluía un cuestionario de 97 preguntas, administrado previo consentimiento de la paciente. También se les solicitó autorización para efectuar entrevista a su familia y a su pareja. Fueron citadas además a una entrevista psiquiátrica una semana más tarde, realizada en el mismo centro hospitalario o en consultorios especializados para atención de adolescentes cercanos al hospital base, y a la que se pedía acudir con la pareja. Las familias, generalmente las madres, fueron entrevistadas cuando la adolescente acudía a la entrevista psiquiátrica o visitadas en su domicilio.

### **Estudió de seguimiento**

La evaluación de salud mental se hizo a través de instrumentos de screening o tamizaje psicológico, el test de Ansiedad de Spielberger y el test de Depresión de Alvarado, y entrevistas psiquiátricas. Los tests se incluyeron en las encuestas inicial y de seguimiento de 6 y 12 meses. Las entrevistas clínicas fueron realizadas por las psiquiatras que formaron parte del grupo investigados, tanto en la evaluación inicial como a los 6 y 12 meses, cuando fue posible.

El test de Depresión de Alvarado es un test estandarizado para adolescentes chilenos y consta de trece preguntas que dan cuenta de sintomatología depresiva. Se evalúa con punto de corte, pero en el caso de este estudio se ha evaluado a través de comparación entre grupos de medianas y promedios de puntaje. Esto se decidió en base a que la sintomatología que se mide se confunde con síntomas propios del proceso de embarazo y todos los puntajes son más altos que si se miden sin embarazo. Cada pregunta puede tener puntaje entre 0 y 2, de modo que el máximo teórico son 26 puntos.

El test de ansiedad “State and Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger” consta de 40 preguntas, las primeras 20 están dirigidas a detectar sintomatología ansiosa como reacción transitoria y las siguientes 20 buscan la presencia de sintomatología ansiosa como estado basal. En este documento se trabajará con los resultados globales de este screening. Cada pregunta tiene 4 alternativas de respuestas, asignándose puntajes entre 1 y 4; mayor puntaje corresponde a mayor presencia de síntomas. Se efectuó en cada encuesta, es decir, para cada adolescente la sumatoria del puntaje total alcanzado. El puntaje máximo teórico son 160 puntos. Para este test se aplica lo mismo que se menciona para el test de Depresión de Alvarado, por lo que también se mide en comparación entre grupos de medianas y promedios.

La ventaja de haber incluido estos tests es que se tiene la información para todo el universo en estudio, sin el sesgo que significa la concurrencia a entrevista psiquiátrica.

## **RESULTADOS**

La sintomatología ansiosa medida a través del STAI de Spielberger, muestra que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en estudio, mostrando claramente promedios y medianas de puntaje mayores para los grupos de aborto provocado en primer lugar y de aborto espontáneo en comparación con las embarazadas. En la muestra total se obtuvo 665 respuestas, con puntajes entre 46 y 151 puntos, el promedio fue 94.3 y la mediana 95.

La sintomatología depresiva medida para todo el grupo a través del Test de Alvarado muestra puntajes bastante cercanos entre los grupos, destacando sin embargo, que tanto la mediana como el promedio son más, altos en el grupo de aborto provocado, la diferencia es estadísticamente significativa. Se obtuvo 676 respuestas, con puntajes entre 0 y 26, que corresponden al mínimo y máximo teóricos; el promedio fue 10,6 y la mediana 10. (Tabla N°2).

### **TABLA N° 1**

#### **MEDIANAS Y PROMEDIOS SCREENING PSICOLOGICO TEST DE ALVARADO Y SPIELBERG SEGÚN DIAGNÓSTICO**

(PUNTOS)

TEST DE DEPRESION	DIAGNOSTICO OBSTETRICO						TOTAL	
	Aborto Provocado		Aborto Espontaneo		Embarazo		(A)	(S)
	(A)	(S)	(A)	(S)	(A)	(S)	(A)	(S)
PROMEDIO	104.1	11.7	100.7	10.1	86.8	10.6	94.3	10.6
MEDIANA	103.0	11.5	101.0	10.0	86.0	10.0	95.0	10.0

P< 0.03= Test de Spielberger (S)

P<0.00 = Test de Alvarado (A)

### Entrevista psiquiátrica.

De las 680 adolescentes que respondieron la encuesta inicial, 251 acudieron a entrevista clínica psiquiátrica, es decir el 36,9% de la muestra.

Las jóvenes embarazadas concurren en un 36,8% (125), aquellas que sufrieron aborto espontáneo en un 36,6% (83) y un 38,1% (43) de los casos de aborto provocado. No aparece diferencia estadísticamente significativa al comparar los tres grupos.

La muestra que concurre a evaluación psiquiátrica no está sesgada por la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva, ya que al comparar las medianas del test de Depresión de Alvarado y el STAI de Spielberger no se encontró diferencia significativa entre las adolescentes que concurren o no a la entrevista psiquiátrica, ya sea analizando la muestra globalmente o realizando dicha comparación en cada grupo obstétrico.

El 37,1% de la muestra reunía los criterios de un diagnóstico psiquiátrico, el 21,9% presentaba sintomatología psicopatológica que no cumplía todos los criterios diagnósticos y el 41,0% estaba libre de síntomas psicopatológicos (Tabla 3).

El análisis según diagnóstico obstétrico muestra diferencia significativa con un  $P < 0.000$ , mostrando presencia de patología psiquiátrica mayormente en aborto provocado y espontáneo en relación al grupo 1 de embarazadas. El grupo que presenta síntomas pero que no logran los criterios para diagnóstico es mayor también en el grupo de aborto provocado. Al contrario, el 64,0% de las adolescentes embarazadas no presentan síntomas ni diagnóstico psiquiátrico, situación que sólo ocurre en el 22,9% de los abortos espontáneos y en el 9,3% de los abortos provocados.

**TABLA N° 2**  
**PATOLOGIA PSIQUIATRICA INICIAL SEGUN DIAGNOSTICO OBSTETRICO**  
**(DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL)**

<b>Patología Psiquiátrica Inicial (n)</b>	<b>Aborto Provocado (43)</b>	<b>Aborto Espontáneo (83)</b>	<b>Embarazo (125)</b>	<b>TOTAL (251)</b>
<b>Con patología</b>	55.8	55.6	17.6	37.1
<b>Sin patología Con síntomas</b>	34.9	20.5	18.4	21.9
<b>Sin patología Sin síntomas</b>	9.3	22.9	64.0	14.0
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100

P < 0.000

Para las adolescentes que presentaron patología los diagnósticos psiquiátricos que se encontraron en el grupo total fueron fundamentalmente Reacciones de Adaptación y en menor porcentaje Episodios Depresivos, en conjunto un 34.7%. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes de las adolescentes del grupo de aborto provocado, fueron fundamentalmente los mismos que para la muestra total que acudió a la entrevista. Sin embargo se aprecia que son más frecuentes los Episodios Depresivos de mayor duración que las Reacciones de Adaptación. Lo contrario se observa en las jóvenes con aborto espontáneo donde predominan las Reacciones de Adaptación (Tabla 3).

**TABLA N°3**  
**DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO INICIAL SEGUN DIAGNOSTICO OBSTETRICO**

<b>Diagnóstico Psiquiátrico</b>	<b>DIAGNOSTICO OBSTETRICO</b>						<b>TOTAL</b>	
	<b>A. Provocado</b>		<b>A. Espontáneo</b>		<b>Embarazo</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Sin diagnóstico</b>	19	44.2	36	43.4	103	82.4	158	62.9
<b>T. Adaptación</b>	16	37.2	39	46.9	15	12.0	70	27.9
<b>E. Depresivo</b>	6	14.0	6	8.4	5	4.0	17	6.8
<b>Uso sustancias</b>	1	2.3	1	1.2	1	0.8	3	1.2
<b>R.M. leve</b>	1	2.3	1	1.2	1	0.8	3	1.2
<b>TOTAL</b>	43	100.0	83	101.1	125	100.0	251	100.0

P < 0.000

Se estudió la correlación que guarda el screening psicológico con la presencia de patología psiquiátrica y se observó que tanto el Test de Depresión de Alvarado como el STAI de Spielberger muestran diferencia estadísticamente significativa al comparar medianas y promedios de puntajes cuando hay patología psiquiátrica o no la hay (Tablas N° 4).

**TABLA N° 4**  
**MEDIANAS Y PROMEDIOS SCREENING PSICOLOGICO TEST DE ALVARADO Y**  
**DE SPIELBERGER SEGÚN PATOLOGIA PSIQUIATRICA**  
**(PUNTOS)**

TEST DE ANSIEDAD DE SPIELBERGER	PATOLOGIA PSIQUIATRICA					
	CON PATOLOGIA		CON SINTOMAT.		SIN SINTOMAT.	
	(A)	(S)	(A)	(S)	(A)	(S)
<b>PROMEDIO</b>	12.0	103.6	10.6	99.9	9.06	84.5
<b>MEDIANA</b>	12.0	104	10.0	99	9.0	84

P < 0.0001 Test de Spielberger (S)  
P < 0.01 Test de Alvarado (A)

Además se hizo el mismo análisis correlacionando ambos test para las adolescentes que presentaron o no patología psiquiátrica en la entrevista clínica, pero esta vez analizadas por diagnóstico obstétrico. En el test de Depresión de Alvarado se observó una diferencia muy significativa en las medianas de puntajes para el grupo de aborto provocado con un  $P < 0.005$ , en el grupo de embarazo  $P < 0.02$  y no se observó diferencias para el grupo de aborto espontáneo. El mismo tipo de análisis para el STAI de Spielberger muestra diferencia significativa sólo para el grupo de embarazo, es decir que en este grupo las medianas de puntaje de sintomatología ansiosa fueron significativamente mayores en las adolescentes que presentaron patología psiquiátrica (Tablas N° 5).

Es importante comentar que el grupo de aborto provocado muestra el mayor nivel de diferencia en los síntomas depresivos en el Screening psicológico y que el diagnóstico más frecuente para el grupo que concurrió a entrevista, era el de Episodio Depresivo.

**TABLA N° 5**  
**MEDIANAS TEST DE SPIELBERGER Y DE ALVARADO SEGUN PRESENCIA DE**  
**PATOLOGIA PSIQUIATRICA POR DIAGNOSTICO OBSTETRICO.**

	Aborto provocado		Aborto espontáneo		Embarazo	
	A	S	A	S	A	S
<b>Con patología</b>	15.0	112.0	9.0	100.0	14.0	100.0
<b>Con síntomas</b>	8.0	110.0	9.0	99.0	12.0	96.0
<b>Sin síntomas</b>	4.5	84.0	0.9	100.0	10.0	79.0
<b>P=</b>	0.005	0.12	0.98	0.96	0.02	0.001

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La prueba STAI de Spielberger que mide sintomatología ansiosa para el universo total en estudio, muestra un nivel significativamente mayor de ansiedad en los grupos de aborto, principalmente en el grupo de aborto provocado. Para este último, el Test de Alvarado pesquiza

sintomatología depresiva significativamente mayor que en los otros grupos.

La proporción de adolescentes que acudió a la entrevista psiquiátrica no mostró diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos. Sin embargo, llama la atención la mayor concurrencia a entrevista psiquiátrica de adolescentes con aborto provocado, a pesar de ser voluntaria y corriendo el riesgo de exponerse a eventuales sanciones legales, dada la legislación en Chile. Esto da cuenta de la necesidad percibida por ellas de atención en salud mental.

No se observan diferencias significativas en los puntajes de los “screenings” psicológicos utilizados entre las adolescentes que concurren a entrevista psiquiátrica versus las que no lo hacen, lo mismo ocurre al analizar por diagnóstico obstétrico. Esto muestra que no existe un sesgo en la sintomatología ansiosa o depresiva entre los grupos.

Dada la naturaleza del estudio, en que se entrevistaba a la adolescente dos veces, se realizó siempre diagnóstico sindromático y no se incluyó diagnóstico de personalidad ya que éste requiere de un estudio más profundo. Los diagnósticos que se detectan son en su mayoría respuestas de adaptación a la constelación de situaciones de stress psicosocial, al que se encuentran enfrentadas en ese momento y no dan cuenta necesariamente de la psicopatología previa.

El grupo que continuó el embarazo, fue el grupo con menos patología. Al momento del aborto, se encontró mayor patología psiquiátrica en ambos grupos de aborto. Al evaluar al grupo que presenta síntomas psicopatológicos pero que no reúnen los criterios para construir diagnóstico, se observa que el mayor porcentaje corresponde al grupo de aborto provocado. Es así como se observa que sólo uno de cada 10 adolescentes con aborto provocado no presenta patología ni síntomas psiquiátricos en contraste con seis de cada diez de las adolescentes embarazadas.

Se observó una correlación positiva entre los test de screening psicológicos y la evaluación psiquiátrica, mostrando que el grupo que presentó patología psiquiátrica también mostraba altos puntajes en ambos test al momento de la entrevista inicial en contraste con los menores puntajes de los grupos sin patología. Esto da cuenta de la utilidad de este tipo de instrumento de evaluación de salud mental, para este grupo de riesgo que es posible evaluar por el equipo de salud en el momento que se encuentra asequible, utilizándolos como un elemento a considerar para derivación a atención específica.

La patología psiquiátrica que predominó en la muestra total fue trastornos de adaptación. Sin embargo, se aprecia diferencias en el tipo de patología psiquiátrica que presentan, siendo los episodios depresivos más frecuentes en el grupo de aborto provocado. Un grupo importante de cuadros psiquiátricos en adolescentes con aborto provocado se deben a la naturaleza misma del aborto, pero en otros casos no es esto lo que origina el cuadro, sino otros factores como los relacionados con la toma de decisión, el vínculo afectivo con su pareja, las relaciones familiares, el estado de salud mental previo, los proyectos de vida entre otros.

Dados los hallazgos de este estudio se hace necesario recomendar que a las adolescentes que han sido hospitalizadas por un aborto, ya sea provocado o espontáneo, se les ofrezca atención oportuna y de fácil acceso a sus necesidades de salud mental. Esto, con la finalidad de atender tanto a los requerimientos de la conflictiva personal del momento como para prevenir repercusiones negativas a futuro en distintos ámbitos, en particular en lo que se refiere a salud sexual y reproductiva.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Sandoval, J.; Molina, R.; Siles, T.; Cumsille, F.; Martínez, L.; Molina, T.; Aborto inducido de adolescentes en comunidades de Santiago. Revista Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. Vol. 4 N° 3: 1997.



- 2.- Hoffert, S. and Hayes C. eds. (1987). *Risking the Future: Adolescent Sexuality, Pregnancy and childbearing*. Vol. II, National Academy of Sciences Press, Washington D.C.
- 3.- Adler, N., David, H., Major, B. et al. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, Vol. 248, 6 April: 41-44.
- 4.- Adler, N., David, H., Major, B. et al. (1992). Psychological factors in abortion. *American Psychologist*. October: 1194-1204.
- 5.- Greenglass, E. Therapeutic abortion and its psychological implications: the Canadian experience. (1975). *CMA Journal*. October, 18. Vol. 113: 754-757.
- 6.- Lazarus, A. Psychiatric sequelae of legalized elective first trimester abortion. (1985). *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Vol. 4: 141-145.
- 7.- Toledo-Dreves, V., Zabin, L. and Emerson, M. (1995). Duration of adolescent sexual relationships before and after conception. *Journal of Adolescent Health*; 17: 163-172
- 8.- Llewelyn, S. and Pitches, R. (1988). An investigation of anxiety following termination of pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*. 13: 468-471.
- 9.- Torres, A. and Darroch, J. Why do women have abortions?. (1988). *Family Planning Perspectives*. Vol. 30, No. 4, July/August: 169-176.
- 10.- Lapple, M. Abortion on Demand. Descriptive and Quantitative study of Psychological and Psychosocial Aspects. *Contraceptive, Fertility and Sexuality*. February 22(2): 1994.
- 11.- Zabin, L., Hirsch, M. and Emerson, M. (1989). When urban adolescents choose abortion: effects on education, psychological status and subsequent pregnancy. *Family Planning Perspectives*. Vol. 21, No. 6, November/December: 248-255.
- 12.- Toledo, V.; Molina, R.; González, E.; Martini, A.; Luengo, M<sup>a</sup> X.; Molina, T. Perfil Psicosocial de Adolescentes que interrumpen su embarazo con un aborto inducido. *Revista Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*. Vol 5 N°1: 1998.

