UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Facultad de Ciencias de la Salud

TESIS DOCTORAL

CRECIMIENTO RELACIONADO CON EL ESTRÉS EN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Autora: Paula Andrea Barraza Illanes
Director: Dr. Fernando Calvo Francés

Programa de Doctorado en Psicología de la Salud

Las Palmas de Gran Canaria

2015

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Departamento de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud

D. MAXIMINO DÍAZ HERNÁNDEZ, SECRETARIO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA,

CERTIFICA,

Que el Consejo de Doctores del Departamento en su sesión de fecha 7 de octubre de 2015, tomó el acuerdo de dar el consentimiento para su tramitación a la tesis doctoral titulada "Crecimiento relacionado con el estrés en la interrupción voluntaria del embarazo", presentada por la doctoranda Dª Paula Andrea Barraza Illanes y dirigida por el Doctor D. Fernando Calvo Francés.

Y para que así conste, y a efectos de lo previsto en el Artº 73.2 del Reglamento de Estudios de Doctorado de esta Universidad, firmo la presente en Las Palmas de Gran Canaria, a siete de octubre de dos mil quince.

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Departamento de Enfermería
Programa de Doctorado en Psicología de la Salud

Crecimiento relacionado con el estrés en la interrupción voluntaria del embarazo.

Tesis Doctoral presentada por Paula A. Barraza Illanes

Dirigida por el Dr. Fernando Calvo Francés

El Director

La Doctorando

Las Palmas de Gran Canaria, a 7 de octubre de 2015

Al tiempo, tela invisible que todo lo transporta,
que un día presentó, diáfana, la pregunta que abre este camino.

A la memoria que cimenta cada tramo,
con el consejo presente de quien viajó a mi lado sin retorno.

A la confianza que sustentan mis amigos,
con cuyo amor construyo los arcos de mi alma.

Al renacimiento de mi familia,
que continúa, transformada, a otro destino.

A todo aquel que participó de esta experiencia.
Nuestra capacidad de crecimiento sostiene mi fe.

AGRADECIMIENTOS.

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Fernando Calvo Francés por su tutela en este trabajo de tesis. No solo acogió con cariño mi solicitud y propuesta, sino que no limitó mis ideas y empeños. Todo lo contrario: supuso un aliento continuo. Logró acompañar este proceso mediante su disposición segura, sus propuestas acertadas y el refuerzo propicio. Gracias Fernando, por respetar mi visión, amparar mi ritmo y sostener mi voluntad.

Deseo asimismo agradecer a las clínicas participantes su apertura y colaboración en la realización de esta investigación. Gerencia y personal demostraron una implicación excepcional, haciendo de este proyecto una posibilidad factible.

De manera señalada me gustaría reconocer a Loly Arencibia, trabajadora social, Nereida García, enfermera, y Virginia Rodríguez, psicopedagoga, su inestimable cooperación en la recogida de datos. Estas tres profesionales, comprometidas con el ejercicio humano y responsable de su labor, constituyeron el nexo y apoyo efectivo en el primer contacto con las mujeres participantes. Gracias por el respaldo y el cuidado en esta iniciativa, aprecio verdaderamente el haber trabajado juntas.

Quisiera también mencionar el firme soporte que he encontrado en los compañeros del Departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria, del que formo parte en la actualidad. He recibido de ellos facilidades manifiestas, interés genuino, consejo sensato y frecuentes palabras de ánimo. Tal implicación es indicativa de su atención a la investigación y la docencia, y una demostración de sensibilidad y confianza que valoro de forma especial.

Finalmente deseo manifestar mi gratitud a las mujeres que accedieron a las clínicas participantes en el periodo de estudio, por considerar y, en muchos casos, aceptar, involucrarse en esta investigación. Su vivencia constituye el núcleo de este trabajo, y su contribución quizás posibilite una comprensión sustantiva y compensada de la integración de esta experiencia. Muchas gracias por consentir la entrada en su mundo íntimo y permitir con ello la consecución del trabajo que se presenta.

ÍNDICE DE CONTENIDO.

RESUMEN. 1

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

1. LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. 3

1.1. La perspectiva sociopolítica. 3
1.1.1. La interrupción voluntaria del embarazo en el mundo. 4
1.1.2. La interrupción voluntaria del embarazo en España. 6
1.1.3. La interrupción voluntaria del embarazo en Canarias. 8

1.2. El abordaje desde la Psicología de la Salud. 11
1.2.1. Enfoque de la pérdida. 12
1.2.2. Enfoque sociocultural. 15
1.2.3. Enfoque de los factores de riesgo. 16
1.2.4. Enfoque del estrés. 18

1.3. La interrupción voluntaria del embarazo como experiencia estresante. 20
1.3.1. El embarazo no esperado. 20
1.3.2. La decisión de interrumpir un embarazo. 22
1.3.2.1. El periodo preaborto. 23
1.3.2.2. El periodo posaborto. 25
1.3.3. Apoyo social. 27
1.3.4. Salud mental. 30
1.3.5. Consideración integral del impacto psicológico del aborto. 36

2. CRECIMIENTO RELACIONADO CON EL ESTRÉS. 38

2.1. El enfoque de la Psicología de la Salud. 38

2.2. Delimitación conceptual. 41
2.2.1. Definición. 41
2.2.2. Situacional o normativo. 44
2.2.3. Realidad o ilusión. 46
2.2.4. Resultado o proceso. 49

2.3. Planteamiento teórico. 50
2.3.1. La ruptura de las creencias básicas. 50
2.3.2. Modelo Transformativo. 53
2.3.3. Modelo de la Valoración del Organismo. 55

2.4. Crecimiento ante la experiencia estresante. 57
2.4.1. La ampliación del concepto de trauma. 58
2.4.2. La experiencia subjetiva de estrés. 60
2.4.3. El tiempo transcurrido desde el evento. 63

2.5. El estudio del crecimiento relacionado con el estrés. 64
2.5.1. Poblaciones de estudio. 65
2.5.2. Variables sociodemográficas. 68

2.5.3. Afrontamiento. 70
2.5.4. Procesamiento cognitivo. 72
2.5.4.1. Rumia intrusa y deliberada. 73
2.5.4.2. Búsqueda de sentido. 75
2.5.4.3. Centralidad del evento. 77
2.5.5. Apoyo social 79
2.5.6. Salud mental. 83
2.5.6.1. Alteraciones psicológicas. 83
2.5.6.2. Bienestar psicológico. 85
2.5.7. Diferencias culturales. 87

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

3. OBJETIVOS. 93

4. METODOLOGÍA. 94

4.1. Diseño. 94

4.2. Procedimiento. 95
4.2.1. Desarrollo del estudio. 95
4.2.2. Análisis de datos. 97

4.3. Participantes. 99

4.4. Instrumentos. 102
4.4.1. Variables solo en línea base (T0). 102
4.4.2. Variables en los tres momentos (T0, T1 y T2). 107
4.4.3. Variables en los dos seguimientos (T1 y T2). 117
4.4.4. Variables solo en el último seguimiento (T2). 118

5. RESULTADOS. 120

5.1. Variables solo en línea base (T0). 120
5.1.1. Historia de salud mental. 120
5.1.2. Percepción de cambio personal. 120
5.1.3. Estrés asociado al embarazo y a la decisión de interrumpirlo. 121
5.1.4. Apego al embarazo. 122
5.1.5. Estrés situacional. 122

5.2. Variables en los tres momentos (T0, T1 y T2). 123
5.2.1. Estrés concurrente. 123
5.2.2. Seguridad de la decisión. 124
5.2.3. Relación de pareja. 128
5.2.4. Apoyo social. 132
5.2.5. Crecimiento relacionado con el estrés. 133

5.3. Variables en los dos seguimientos (T1 y T2). 135
5.3.1. Síntomas físicos. 135
5.3.2. Frecuencia de pensamientos sobre el aborto. 136
5.3.3. Fantasías sobre otro curso de acción. 137
5.3.4. Valoración positiva y negativa de la experiencia. 141

5.4. Variables solo en último seguimiento (T2). 143
5.4.1. Centralidad del evento. 143
5.4.2. Valoración general de la experiencia. 144

5.5. Relación entre las variables principales. 150
5.5.1. Relación entre las variables en T0. 150
5.5.2. Relación entre las variables en T1. 159
5.5.3. Relación entre las variables en T2. 165
5.5.4. Análisis longitudinal: crecimiento relacionado con el estrés. 171

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. 173

6.1. Discusión. 173
6.1.1. Características de la mujer. 177
6.1.2. Características del embarazo y de la decisión. 180
6.1.3. La experiencia subjetiva de estrés. 183
6.1.4. Procesamiento cognitivo. 184
6.1.5. Procesamiento afectivo. 200
6.1.6. Procesamiento interpersonal. 203

6.2. Fortalezas. 209

6.3. Limitaciones y propuestas de mejora. 210
6.3.1. Participación. 210
6.3.2. Abandono. 212
6.3.3. Diseño de investigación. 213
6.3.4. Instrumentos de medida. 214

6.4. Perspectivas futuras. 216
6.4.1. Implicaciones para la investigación. 216
6.4.2. Implicaciones para la práctica clínica. 219
6.4.2.1. Toma de decisión. 220
6.4.2.2. Integración de la experiencia del aborto. 223

6.5. Conclusiones. 231

7. REFERENCIAS. 237

8. APÉNDICES. 267

A. Inscripción fichero titularidad privada. 267
B. Consentimiento informado. 268
C. Modelo de recogida de datos sociodemográficos. 269
D. Vínculos Interpersonales de Apoyo, VIDA-R (Alemán, 2013). 270
E. *Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi y Calhoun, 1996). 271

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Datos sociodemográficos aborto inducido comunidad autónoma de Canarias. 10
Tabla 2. Relación no exhaustiva de términos asociados a crecimiento. 42
Tabla 3. Poblaciones de estudio y puntuación crecimiento relacionado con el estrés. 66
Tabla 4. Comparación de puntuaciones en crecimiento relacionado con el estrés. 91
Tabla 5. Variables y momentos de medida. 94
Tabla 6. Descripción del perfil de mujeres que aceptó y rechazó participar. 101
Tabla 7. Comparación perfil sociodemográfico participantes a lo largo del estudio. 102
Tabla 8.Comparación propiedades psicométricas IDDA-EA. 106
Tabla 9. Categorías de la variable estrés concurrente. 108
Tabla 10. Comparación propiedades psicométricas VIDA-R. 111
Tabla 11. Descripción factores originales PTGI. 112
Tabla 12. Comparación propiedades psicométricas ajustadas PTGI. 114
Tabla 13. Extracción de componentes principales del PTGI. 115
Tabla 14. Matriz de componentes rotados mediante Varimax en el PTGI. 116
Tabla 15. Estrés concurrente informado por áreas e intensidad bastante o muy alta (%). 124
Tabla 16. Frecuencias seguridad de la decisión en todos los momentos. 125
Tabla 17. Contingencia seguridad decisión T0-T1. 126
Tabla 18. Contingencia seguridad decisión T1-T2. 126
Tabla 19. Contingencia seguridad decisión T0-T2. 127
Tabla 20. Frecuencias de la situación de pareja en todos los momentos. 129
Tabla 21. Contingencia situación de pareja T0-T1. 130
Tabla 22. Contingencia situación de pareja T1-T2. 131
Tabla 23. Contingencia situación de pareja T0-T2. 132
Tabla 24. Comparación puntuación crecimiento en todos los momentos de medida. 134
Tabla 25. Puntuación media crecimiento en áreas originales en todos los momentos. 135
Tabla 26. Contingencia pensamientos sobre el aborto inducido T1-T2. 137
Tabla 27. Contingencia fantasías sobre otro curso de acción T1-T2. 137
Tabla 28. Frecuencias categorías respuesta valoración positiva y negativa. 138
Tabla 29. Contingencia valoración positiva del aborto inducido T1-T2. 138
Tabla 30. Contingencia valoración negativa del aborto inducido T1-T2. 139
Tabla 31. Categorías de contenido relacionadas con el procesamiento cognitivo. 142
Tabla 32. Categorías de contenido relacionadas con el procesamiento afectivo. 143
Tabla 33. Categorías de contenido relacionadas con el procesamiento interpersonal. 144
Tabla 34. Categorías de contenido relacionadas con la salud mental. 145
Tabla 35. Categorías de contenido vinculadas al crecimiento relacionado con el estrés. 149

Tabla 36. Correlaciones de estrés del embarazo y decisión con otras variables de T0. 150
Tabla 37. Correlaciones de seguridad de la decisión con otras variables de T0. 152
Tabla 38. Correlaciones de apoyo social con otras variables en T0. 155
Tabla 39. Predictores de crecimiento relacionado con el estrés en T0. 158
Tabla 40. Correlaciones de seguridad de la decisión con otras variables en T1. 159
Tabla 41. Correlaciones de apoyo social con otras variables en T1. 161
Tabla 42. Correlaciones de valoración positiva/negativa con otras variables en T1. 162
Tabla 43. Predictores de crecimiento relacionado con el estrés en T1. 165
Tabla 44. Correlaciones de seguridad de la decisión con otras variables en T2. 166
Tabla 45. Correlaciones valoración positiva/negativa con otras variables en T2. 168
Tabla 46. Predictores longitudinales de crecimiento relacionado con el estrés. 172

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. España: Evolución tasas por 1000 mujeres 2004-2013. 6
Figura 2. España, comunidades autónomas: Tasas abortos por 1000 mujeres 2013. 8
Figura 3. Distribución por edad provincia de Las Palmas y total nacional. 9
Figura 4. Las creencias básicas. 51
Figura 5. Modelo Transformativo. 53
Figura 6. Modelo de la Valoración del Organismo. 56
Figura 7. Distribución de puntuaciones del inventario IDDA-EA. 107
Figura 8. Distribución de puntuaciones del inventario VIDA-R. 110
Figura 9. Distribución de puntuaciones del inventario PTGI. 114
Figura 10. Proporción respuestas percepción cambio personal (%). 120
Figura 11. Proporción respuestas estrés por embarazo inesperado (%). 121
Figura 12. Proporción respuestas estrés por decisión de interrupción (%). 121
Figura 13. Puntuación media en los pares del IDDA-EA. 122
Figura 14. Comparación estrés concurrente todos los tiempos (%). 123
Figura 15. Comparación seguridad decisión todos los momentos (%). 127
Figura 16. Comparación situación de pareja todos los momentos (%). 128
Figura 17. Comparación pensar en lo sucedido T1 y T2 (%). 136
Figura 18. Comparación valoración positiva y negativa T1 y T2 (%). 139
Figura 19. Proporción respuetas centralidad del evento (%). 140

RESUMEN.

La perspectiva de que los acontecimientos estresantes pueden constituir no solo una fuente de sufrimiento, sino también relacionarse con la percepción de cambios positivos, no es en rigor nueva. A lo largo de miles de años, la religión, la filosofía, la literatura y el arte, y más tarde los postulados existencialistas y humanistas, han contribuido a la consideración del potencial positivo de transformación del ser humano. Particularmente desde la última década del siglo pasado, el interés por la posibilidad de percibir crecimiento al integrar una experiencia altamente estresante o traumática ha aumentado notoriamente.

La propia evolución de la Psicología de la Salud ha posibilitado la expansión de este campo de estudio. Así, la tradicional visión patogénica asociada al estrés y al trauma, se ha ampliado progresivamente para dar cabida a la capacidad efectiva de adaptación del ser humano.

El desarrollo teórico y empírico desde este ángulo, intenta aproximarse a las condiciones y procesos implicados en la percepción de cambios positivos ante un evento estresante o traumático. Al amparo de varios modelos teóricos con planteamientos no necesariamente excluyentes, se ha abordado el estudio de la experiencia de crecimiento relacionado con el estrés en todas las edades, en numerosas culturas, y ante diversas situaciones altamente estresantes, como por ejemplo catástrofes naturales (p.ej. terremoto, tsunami), acciones del hombre (p.ej. abuso sexual, terrorismo), o enfermedades (p.ej. cáncer, cardiopatía).

Teoría e investigación han considerado especialmente contextos en los que la persona es víctima de un acontecimiento no escogido. En este sentido, hay bastante consenso en que el evento estresante *per se* no es responsable de los eventuales cambios positivos que se perciban, sino que es la experiencia individual la que determina la magnitud de crecimiento percibido. Las situaciones altamente estresantes tendrían el potencial de hacer que la persona se cuestione su lugar el mundo, el papel de las personas que la rodean, y aspectos de su propia identidad, propiciando la construcción de nuevos esquemas de comprensión, eventualmente más positivos, que integren la experiencia vivida.

Ahora bien, no se tiene constancia de la ocurrencia de procesos de crecimiento positivo en escenarios en los que la propia persona decide libremente atravesar una situación potencialmente estresante. Tal podría ser el caso de la interrupción voluntaria del embarazo.

También en el abordaje de la interrupción voluntaria del embarazo se detecta algo más de interés por atender a los aspectos positivos de la experiencia, al menos en naciones en las que el acceso al aborto electivo es despenalizado, por libre decisión y médicamente seguro. Décadas de inconsistencia metodológica, resultados controvertidos, debate político y confrontación moral, acompañan a los intentos de teóricos e investigadores por esclarecer la relación entre aborto

inducido y salud mental. El grueso de la información disponible atañe a la implicación de la interrupción voluntaria del embarazo con problemas psicológicos, pero recientemente convergen algunos intentos de presentar asimismo resultados psicológicos positivos en relación al aborto. No se tiene constancia, sin embargo, del estudio de la ocurrencia de crecimiento positivo tras la interrupción voluntaria del embarazo.

La inquietud por responder a estas preguntas motiva el presente trabajo de investigación. Con él se pretende abordar la posibilidad de que el crecimiento relacionado con el estrés sea un constructo de consideración en el contexto de la interrupción voluntaria del embarazo, entendida como una situación estresante escogida.

El trabajo se estructura en dos partes fundamentales. En la primera se presentan separadamente los enfoques y modelos teóricos que sustentan los dos campos de estudio psicológico, el de la interrupción voluntaria del embarazo y el del crecimiento relacionado con el estrés, integrando los planteamientos preponderantes en el marco más amplio de la teoría del estrés. Se examinan asimismo los debates principales que atañen a los dos campos de estudio y se exponen también los hallazgos más relevantes de la investigación disponible, atendiendo a los parámetros de mayor interés y confluencia entre ambos. Así, respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, se exploran aspectos relacionados con el carácter inesperado del embarazo y el proceso de toma de decisión, mientras que en el crecimiento relacionado con el estrés se atiende especialmente a diversas variables de procesamiento cognitivo. Se abordan también cuestiones comunes, como el apoyo social y la salud mental.

En la segunda parte del trabajo se plantea la investigación llevada a cabo. Tras la explicitación de los objetivos principales, se expone la metodología del estudio, que comprende un formato prospectivo, longitudinal y multicéntrico, llevado a cabo entre 2014 y 2015 en la provincia de Las Palmas. Se detallan asimismo las características del procedimiento y de las mujeres participantes, y se explica el diseño y propiedades de los instrumentos seleccionados. A continuación se especifican los resultados del estudio, en los que se presenta el comportamiento transversal y longitudinal de las distintas variables incluidas, en atención especial al crecimiento relacionado con el estrés. En último lugar, se ofrece una discusión razonada, que integra el marco teórico revisado y los hallazgos previos, con los resultados de este estudio. Cierran el trabajo la consideración de las fortalezas y limitaciones detectadas, una serie de propuestas fundamentadas para la investigación y práctica clínica futuras, junto a las principales conclusiones extraídas.

Con todo ello se espera poder contribuir al enriquecimiento de la comprensión del proceso de integración psicológica de la interrupción voluntaria del embarazo, al contemplar la percepción de crecimiento positivo como uno de los resultados posibles.

1. LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

1.1. La perspectiva sociopolítica.

La interrupción voluntaria del embarazo es quizás el tema de salud pública y social que despierta más sentimientos encontrados y genera mayores desacuerdos en muchas partes del mundo. El aborto inducido es objeto de visiones éticas conflictivas, es sensible a interpretaciones diversas, y se relaciona en política social con un amplio número de problemas.

El punto de partida es, sin embargo, un embarazo no planeado. Muchas mujeres que no quieren quedarse embarazadas no están empleando un anticonceptivo efectivo, no usan un método de forma correcta, o no usan ningún método. Los motivos pueden ser diversos, por ejemplo, un acceso inadecuado a servicios de contracepción, desconocimiento, miedo o desconfianza de los métodos disponibles, o desacuerdos con la pareja respecto a la posibilidad de tener hijos.

Ahora bien, a pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos e información sobre su uso adecuado, tales embarazos se producen de todos modos. En realidad, ningún método anticonceptivo es totalmente efectivo, y las estimaciones sobre su efectividad en situaciones ideales son más elevadas que las de su uso típico (World Health Organization [WHO], 2012). Además, cambios en las circunstancias vitales pueden resultar en que incluso un embarazo planeado deje de ser oportuno, como puede suceder, por ejemplo, en casos de separación o fallecimiento de la pareja.

En consecuencia, es previsible que en todas las sociedades persista cierto nivel de embarazos no planeados y, por ende, persistirá la necesidad de la interrupción voluntaria del embarazo. Globalmente, casi cuatro de cada diez embarazos no son planeados, y aproximadamente dos de cada diez finalizan mediante un aborto inducido (Wulf y Alan Guttmacher Institute, 1999).

Si bien no es el objeto del presente trabajo profundizar en ello, lo cierto es que la descripción de las condiciones sociopolíticas bajo las que contemplar la interrupción voluntaria del embarazo contribuye a enmarcar el conocimiento en el área. Una comprensión más ajustada de las implicaciones que tiene este procedimiento para la salud de la mujer en nuestro medio, pasa por conocer nuestra posición en el mundo, particularizar la política legislativa y especificar el perfil de la mujer que opta por una interrupción voluntaria del embarazo en su contexto.

1.1.1. La interrupción voluntaria del embarazo en el mundo.

De los distintos factores que permiten una mejor comprensión de la situación global, se abordará de manera resumida tres de los más representativos: la tendencia legislativa y cambios en política sanitaria, las recomendaciones formales sobre seguridad en los procedimientos y la evolución de las tasas mundiales conocidas.

El conocimiento de la realidad mundial no es aún completo, dado que la investigación en el área solo ha sido objetivamente posible a partir de los años 50, tras la despenalización de las leyes sobre el aborto inducido en algunas naciones. De forma más sistematizada, y con la participación de un mayor número de agentes cada vez, la investigación sobre el aborto en el mundo ha visto un importante incremento en el volumen y rigor de sus producciones especialmente desde los años setenta.

El interés prestado a este procedimiento por entidades como Naciones Unidas (United Nations [UN], 2010), o la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2007), dirige la atención no solo hacia las diferencias en legislación y política sanitaria de distintas naciones, sino también a los requisitos de seguridad y confiabilidad del procedimiento. De hecho, ha sido un intento por minimizar la morbilidad y mortalidad de los procedimientos clandestinos lo que ha motivado cambios legislativos en algunos países.

La Organización Mundial de la Salud revisa periódicamente las recomendaciones mundiales para la realización segura de abortos, especificando los procedimientos e indicaciones en función del tiempo de gestación y otros factores dependientes de la mujer (WHO, 2012). Se emplean dos grupos amplios de procedimientos, que incluyen métodos quirúrgicos y farmacológicos. Quirúrgicamente, el método de dilatación y aspiración se ha empleado de forma amplia y segura en el mundo, con altas tasas de efectividad y bajo riesgo relativo si se realiza adecuadamente. En cuanto a los métodos farmacológicos, la Organización Mundial de la Salud reconoce que la disponibilidad del aborto inducido se ha expandido gracias al uso de mifepristona oral y prostaglandina vaginal (p.ej. misoprostol). La combinación de estos dos medicamentos constituye una elección efectiva, recomendada particularmente hasta las doce semanas de gestación (WHO, 2012). Aunque la posibilidad de llevar a cabo interrupciones farmacológicas varía ampliamente de una región a otra, su difusión no parece influir en las tasas globales de abortos en el mundo.

El escenario mundial conocido permite hablar de una tasa global de 28 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años (Sedgh et al., 2012). Se observa un declive desde 1995 (tasa de 35/1000) hasta el año 2003 (tasa de 29/1000), fecha a partir de la cual se produce una estabilización en las tasas mundiales. Conviene señalar que este declive de un 19% entre los años 1995 y 2008 no obedece a cambios equiparables en la distribución de edad. La proporción de

mujeres entre 15 y 29 años, rango de edad en el que el aborto es más prevalente (Bankole, Singh, y Haas, 1999; WHO, 2007), declinó un 4% en estos años.

Dos cuestiones contribuyen a la explicación de esta evolución en las tasas mundiales expuestas: Por una parte, los cambios sociológicos en el comportamiento reproductivo (Thorp, Hartmann, y Shadigian, 2003) y, por otra parte, los cambios legislativos en ciertas regiones (UN, 2010).

En cuanto a los cambios sociológicos, en el grupo de edad de 15 a 44 años se ha producido variaciones en el perfil de las mujeres que abortan, como es el incremento de las mujeres con uno o más hijos en el momento de la interrupción del embarazo, o el aumento de la edad media a la que se solicitan los abortos (Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh, y Moore, 2005). Se trataría por tanto de una variación en la composición de la población. Existe además un deseo prevalente y en aumento de familias pequeñas, así como de controlar mejor el momento de los nacimientos (Singh, Darroch, Ashford, y Vlassoff, 2009). Estos cambios sociales, reflejados en las tasas de abortos, exigen la adaptación de las administraciones y la legislación en materia reproductiva.

A ello hay que añadir que en países donde las tasas de fertilidad se mantienen estables, la incidencia del aborto inducido se asocia inversamente al nivel de uso de contraceptivos (Marston y Cleland, 2003; Westoff, 2005, 2008). Tanto es así, que la tasa de aborto llega a correlacionar de forma positiva con las necesidades no satisfechas de contracepción (Westoff, 2008). De esta manera, en las naciones con leyes más liberales sobre el aborto se halla también una mejor satisfacción de las necesidades contraceptivas de su población, lo que conjuntamente podría contribuir a la explicación de la relación inversa entre legislación liberal e incidencia del aborto electivo (UN, 2010).

Respecto a los cambios legislativos, los países de mayor tradición liberal muestran cifras inferiores a la tasa mundial descrita, a pesar de ciertas diferencias en la regulación del acceso. Tal es el caso de Estados Unidos o Dinamarca a partir de 1973, anteriores a la legislación española en la materia. De hecho, en regiones con leyes liberales respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, la tasa de abortos es significativamente menor ($p < .050$) que en naciones con legislaciones más restrictivas (Sedgh et al., 2012). Es más, se observa que aquellas naciones en las que se despenaliza el aborto reflejan un incremento inmediato posterior en las tasas de aborto, que sin embargo típicamente declina a largo plazo.

Esta es la situación que refleja Europa occidental, con las tasas de aborto más bajas del mundo. Por ejemplo, en Suecia, donde la interrupción voluntaria del embarazo es legal desde 1975, la tasa es actualmente de 20.2 abortos por cada mil mujeres al año (The National Board of Health and Welfare, 2015); y en Noruega, donde se legalizó en 1978, la tasa es actualmente de 11.8 abortos por cada mil mujeres al año (Norwegian Institute of Public Health, 2015).

1.1.2. La interrupción voluntaria del embarazo en España.

En el caso español, la tasa parece haberse estabilizado en torno a 12 abortos por cada mil mujeres al año en la franja de edad de 15 a 44 años (Figura 1), después de varios años de incremento gradual (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2015). De hecho, en el último informe disponible la tasa se situó en 11.74 abortos por cada mil mujeres en 2013, una reducción del 3.3% respecto a 2012. Detrás de estas cifras se hallan también cambios legislativos y sociales que influyen no solo en la evolución de la prevalencia, sino también en la composición de la población.

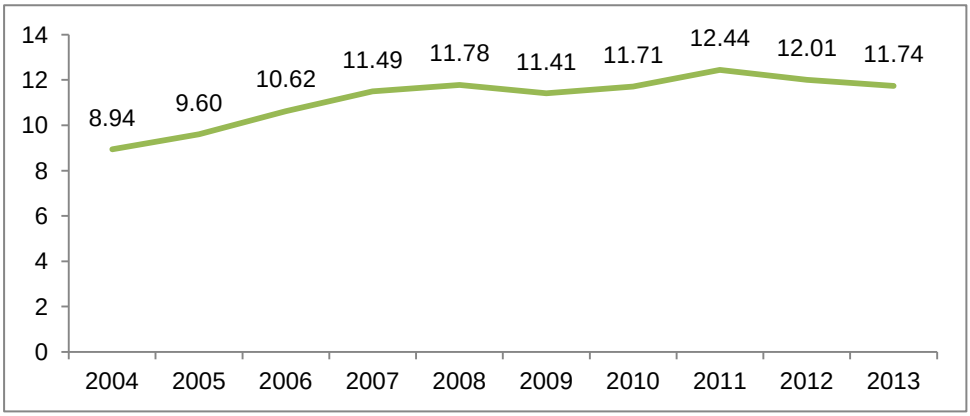


Figura 1. España: Evolución tasas por 1000 mujeres 2004-2013.
Nota. Elaboración propia sobre datos del MSSSI (2015).

Legalmente, la interrupción voluntaria del embarazo se regula en España por la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (LOSSRIVE 2/2010, de 3 de marzo), con los desarrollos legislativos que trajo aparejados. La ley, que entró en vigor el 5 de julio de 2010, tiene como objeto garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva establecidos por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003; Cottingham et al., 2010), así como regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo, y establecer las obligaciones que de ello emanan.

En síntesis, a partir de 2010 se despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en cualquier circunstancia hasta la semana 14, y hasta la semana 22 en caso de que exista grave riesgo para la vida o la salud de la mujer o del feto. El texto aclara asimismo ciertos requisitos de obligado cumplimiento al amparo de esta ley: la interrupción voluntaria del embarazo ha de practicarse por un médico especialista o bajo su dirección, ha de llevarse a cabo en un centro sanitario público o privado acreditado, ha de constar el consentimiento expreso y por escrito de la mujer o de su representante legal, y a tal efecto en el marco de las 14 semanas ha de informarse a la mujer de los derechos de apoyo a la maternidad, así como satisfacerse la exigencia del transcurso de un plazo de al menos tres días desde la información hasta la interrupción efectiva del embarazo.

El Congreso aprobó el 15 de abril de 2015 el proyecto de ley con la propuesta de modificar las condiciones de acceso de las menores de 16 y 17 años de edad, retirando el apartado cuarto del artículo 13 correspondiente en la Ley 2/2010, de 3 de marzo, e incluyendo un artículo en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente (LAP 41/2002, de 14 de noviembre). El artículo retirado indicaba que el consentimiento de las mujeres de 16 y 17 años era exclusivamente suyo, y que uno de sus representantes legales debía ser informado a no ser que se alegase que esto provocaba un peligro potencial, de conflicto, violencia o desamparo para la menor. Con la reforma, además de su manifestación de voluntad, las menores de edad o mujeres con capacidad modificada judicialmente precisan el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil (Grupo Parlamentario Popular, 2015). El Código Civil, lo que en este caso regula, es que un juez dictaminará si hay discrepancia o si la decisión de los representantes legales pone en peligro el interés superior del menor. Al no distinguir, el consentimiento parental concierne también a menores de 16 y 17 años emancipadas o casadas (Garea, 2015).

Esta modificación no afecta a la ley de plazos descrita, acorde con la existente en otros países de la Unión Europea. Esta ley de plazos vino a sustituir a la anterior ley de supuestos, en vigor desde 1985 (Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio), que despenalizaba la interrupción voluntaria del embarazo con el consentimiento expreso de la mujer en tres supuestos: criminológico (violación con hecho denunciado e interrupción dentro de las 12 primeras semanas de gestación), eugenésico (presunción de taras físicas o psíquicas en el feto, dentro de las 22 primeras semanas de gestación, y con dictamen de dos especialistas distintos de quien dirija el aborto), y terapéutico (riesgo grave para la salud física o psíquica de la embarazada, con dictamen de un médico especialista distinto de quien dirija el aborto).

Por tanto, desde el año 1985, y particularmente desde 1986, se dispone en el Ministerio de Sanidad español de datos concernientes a los abortos practicados en los términos contemplados en la legislación vigente. En la actualidad los datos provienen de centros notificadores de interrupción voluntaria del embarazo tanto públicos como privados, que en la última revisión publicada ascendían a 198 (MSSSI, 2015). Esta disponibilidad de información contribuye no solo a conocer la evolución de la tasa anual de abortos, sino que ofrece orientaciones sobre el perfil de mujeres que interrumpen un embarazo en España, permitiendo hacer un seguimiento de los cambios en su composición.

A este respecto, la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAI) ofrece datos que van en consonancia con los cambios sociales que apuntaban los estudios a nivel mundial. De hecho, y como viene ocurriendo históricamente, un 57% de las

mujeres que interrumpen su gestación se sitúa en la franja de edad de entre 18 y 30 años, y las mujeres de 16 y 17 años representan un 3.26% del total, lo que implica una disminución de casi un punto respecto a un estudio del año anterior (ACAI, 2014). La edad media de las mujeres que abortan se incrementa por tanto también en España, dando muestras asimismo de otros cambios sociales, como el deseo de que los nacimientos se produzcan en determinado momento (*timing*[1]) y bajo ciertas condiciones (afectivas, económicas y laborales).

La diferencia parece estar, por el momento, en los procedimientos empleados para la inducción del aborto. La tendencia en otros países en los que la interrupción voluntaria del embarazo está despenalizada, es hacia un incremento en la inducción farmacológica del aborto. En naciones como Francia, Finlandia, Reino Unido y Portugal, su uso supera ya el 50% de las interrupciones, mientras que en España, donde el medicamento está disponible desde 2009, la cifra más reciente apunta a un 26.96% de las interrupciones de embarazo con fármacos. Las desigualdades entre comunidades autónomas son importantes: Cataluña informa de un 61.49% de interrupciones con fármacos en 2013, mientras que Madrid, en el mismo periodo, recoge solo el 3.82% (MSSSI, 2015).

1.1.3. La interrupción voluntaria del embarazo en Canarias.

En Canarias la tasa disponible respecto a la interrupción voluntaria del embarazo es algo superior a la media calculada para el total español (Figura 2), resultando en 13.03 abortos por cada mil mujeres (MSSSI, 2015), y con algunas leves variaciones respecto a las cifras nacionales.

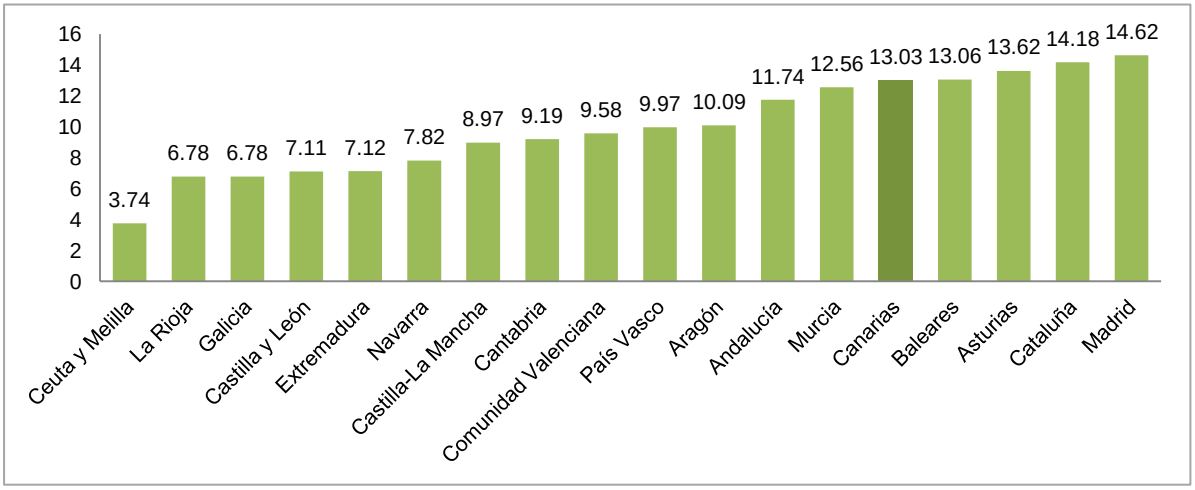


Figura 2. España, comunidades autónomas: Tasa abortos por 1000 mujeres 2013.
Nota. Adaptado de MSSSI (2015).

[1] *Timing*: término anglosajón que hace referencia al uso del tiempo, en este caso, a la elección del momento para los nacimientos.

De los 9 centros acreditados en Canarias (5 públicos y 4 privados), el método empleado en la mayor parte de los casos es el de dilatación y aspiración, representando el 96.46% del total de interrupciones realizadas (MSSSI, 2015). Canarias es una de las comunidades con la proporción más baja de interrupciones con fármacos, que según el último informe apenas supusieron el 1.43% del total (MSSSI, 2015).

Así como la tasa de abortos por mil mujeres en Canarias difiere modestamente de las cifras nacionales, otras cuestiones relacionadas con le interrupción voluntaria del embarazo también presentan algunas variaciones. La edad de las mujeres que se someten a una interrupción voluntaria del embarazo son algo distintas en la provincia de Las Palmas que en el resto de España, pero manteniendo una distribución similar (Figura 3). Los tramos que abarcan de 20 a 29 años de edad tienen en Las Palmas porcentajes superiores comparados con la referencia nacional, aunque el resto de tramos muestren cifras similares o levemente inferiores para esta provincia.

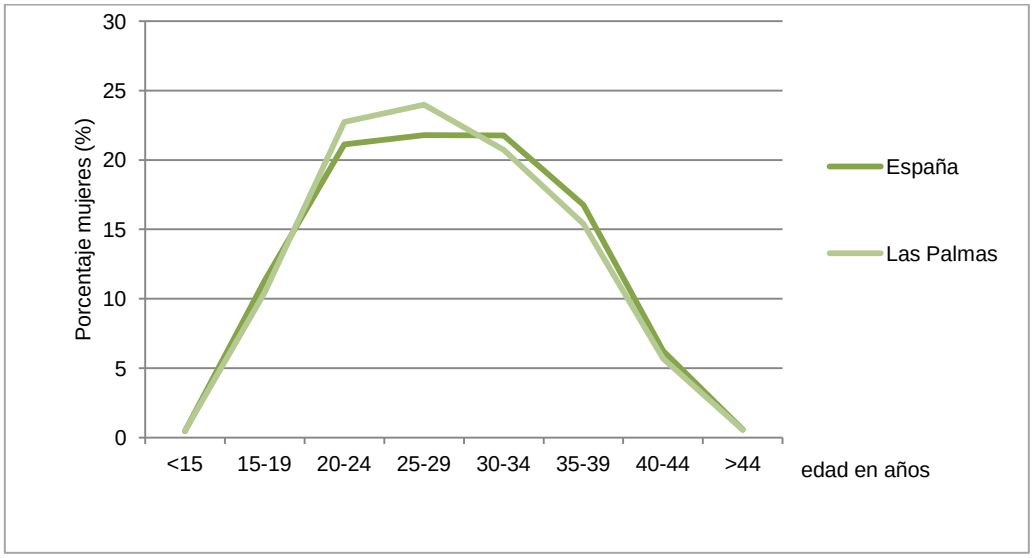


Figura 3. Distribución por edad provincia de Las Palmas y total nacional.
Nota. Elaboración propia sobre datos de MSSSI (2015).

Otros datos sociodemográficos de interés se muestran resumidos en la Tabla 1, lo que puede contribuir a conocer mejor el perfil de la mujer que opta por una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en la Comunidad Canaria.

Aunque pueda reflejar variaciones moderadas en distribución de la población respecto a las cifras nacionales, la tasa de la Comunidad Canaria se mantiene, tal y como indica la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014), en las tasas más bajas de aborto inducido en el mundo. Los datos disponibles ofrecen un panorama acorde con otros países cuyos avances en materia legislativa y política sanitaria permiten un acceso despenalizado, por

libre decisión y médicamente seguro a la interrupción voluntaria del embarazo. Esta situación facilita contemplar como aplicables en nuestro medio los conocimientos y avances que se han realizado en el ámbito de la Psicología de la Salud con mujeres que interrumpen voluntariamente un embarazo, tanto en el abordaje teórico desde los distintos modelos de comprensión de la relación entre el aborto inducido y salud mental, como en el estudio de parámetros de ocurrencia del embarazo no esperado, el proceso de toma de decisión, el apoyo social percibido y los correlatos con eventuales alteraciones psicológicas.

Tabla 1
Datos sociodemográficos aborto inducido comunidad autónoma de Canarias.

Categoría	Canarias total 2013 *N* = 5954 %
Convivencia	
Sola	7.46
Con su propia familia	59.45
Con familia de origen	22.15
Con familia recompuesta	9.25
Otras personas	1.68
Hijos	
Sin hijos	42.26
Uno o más hijos	57.74
IVE	
No IVE previa	58.63
Una o más IVE previas	41.37
Situación laboral	
Trabaja	46.52
Desempleo	33.05
Estudia	13.45
Cuidado del hogar	3.02
Pensionista	0.30
Otros	3.64
Estudios finalizados	
Sin estudios	0.18
Primaria	17.75
Secundaria	31.94
Bachillerato/CF medio	34.06
Universidad/CF superior	15.10
Otros	0.96
Lugar de nacimiento	
España	78.45
Extranjero	21.55
Europa	6.03
África	2.13
América	11.15
Asia	2.17
Oceanía	0.02

Nota. Elaboración propia sobre datos de MSSSI (2015).

1.2. El abordaje desde la Psicología de la Salud.

En aquellos países en los que la interrupción voluntaria del embarazo está despenalizada y, por tanto, puede ser practicada e investigada abiertamente, la relación entre el aborto y la salud de la mujer ha recibido importante atención. Tras una primera etapa más médica, en la que la investigación se interesó por las complicaciones tempranas, la mortalidad materna inmediata y la optimización de las técnicas abortivas (Edström, 1975), el interés ha ido gradualmente desplazándose hacia las implicaciones potenciales a largo plazo (Thorp et al., 2003).

Hay que reconocer, sin embargo, que esta atención subsecuente no estuvo conducida inicialmente por hipótesis específicas, sino más bien por puntos de vista en conflicto, como el estatus moral del embrión o feto, y el deseo de limitar o de expandir el acceso al aborto (Thorp et al., 2003). A raíz de los cambios sociológicos en el comportamiento reproductivo, la presión política ha motivado que algunos gobiernos propongan comisiones especiales con la tarea de informar sobre las implicaciones a largo plazo del aborto inducido sobre la salud (Adler et al., 1992; American Psychological Association, 2008; Koop, 1989a, 1989b).

Pronto quedó establecido que, dadas las condiciones políticas y sanitarias adecuadas, las secuelas físicas del aborto no diferían de las que pueden hallarse en las mujeres que continúan con el embarazo, o en aquellas que nunca han estado embarazadas (Koop, 1989a, 1989b). Quedaba por tanto el debate de las implicaciones para la salud mental. A pesar de las sólidas recomendaciones para investigar el tema de forma adecuada, y la relevancia que tiene la necesidad de las mujeres de tomar decisiones bien informadas al ejecutar su autonomía, los datos actuales siguen siendo escasos, dispersos, metodológicamente imperfectos, y las conclusiones están a menudo entrelazadas con las agendas políticas de sus autores y editoriales (Thorp et al., 2003).

Efectivamente, los hallazgos en este campo de estudio han sido tanto inconsistentes como controvertidos. Así, hallamos estudios que informan de efectos adversos asociados con el aborto (p.ej. Broen, Moum, Bödtker, y Ekeberg, 2005; Fergusson, Horwood, y Ridder, 2006; Pedersen, 2007, 2008; Reardon y Cougle, 2002), y otros que indican ausencia de relación (p.ej. Major et al., 2000; Schmiege y Russo, 2005; Steinberg y Russo, 2008; Taft y Watson, 2008). La investigación en esta área ha afrontado diversas complicaciones que han impedido extraer conclusiones claras sobre si la exposición al aborto inducido se relaciona o no, y de qué forma, con el aumento o descenso en el riesgo de problemas de salud mental en mujeres con embarazos no planeados.

Además de problemas metodológicos de diseño de investigación que se comentarán oportunamente, los resultados obtenidos hasta el momento sobre los efectos del aborto en la salud mental han sido enjuiciados paralelamente por defensores provida y proelección. Esta situación ha hecho que la muchas veces discreta evidencia de la investigación haya sido utilizada para sostener

opiniones intensas sobre los daños o beneficios asociados al aborto (Adler et al. 1992; Astbury-Ward, 2008; Fergusson, 2008; Fergusson, Horwood, y Boden, 2008). Ha habido una desafortunada tendencia en la literatura sobre este tema a hacer coincidir los hallazgos de los estudios con las suposiciones y visiones ideológicas de sus autores acerca de la conveniencia del aborto (Astbury-Ward, 2008; Canadian Medical Association Journal, 2003; Fergusson, 2008).

Esta combinación de evidencia limitada, controversia y opiniones enfrentadas ha hecho que la investigación sobre los efectos del aborto en la salud mental sea un área contenciosa, y que haya habido amplia variación en las visiones científicas de la materia (Adler et al., 1990; Cohen, 2006; Reardon y Cougle, 2002; Reardon et al., 2003).

En lo que atañe a la Psicología de la Salud (Rodríguez-Marín, 1998), el significado de la relación entre salud mental e interrupción voluntaria del embarazo variará en función del modelo teórico y procedimiento metodológico desde el que se interpreten los resultados. Para conocer el abordaje diferencial que los distintos autores realizan sobre la cuestión, se partirá de los cuatro enfoques descritos a continuación, que interpretan esa relación como una pérdida traumática, un producto sociocultural, asociada a determinados factores de riesgo personales y sistémicos, o como un acontecimiento potencialmente estresante.

1.2.1. Enfoque de la pérdida.

Algunos autores postulan que el aborto inducido comporta para las mujeres sentimientos de depresión, duelo, culpa, remordimiento y sensación de pérdida. Consecuentemente, la interrupción voluntaria del embarazo supondría una amenaza para la salud mental de la mujer. Desde esta perspectiva, el impacto negativo en la salud mental de las mujeres estaría especialmente relacionado con dos cuestiones, por una parte con conflictos interpersonales, morales y religiosos relacionados con la decisión (Reardon, 2003), y por otra parte con las dificultades para encontrar apoyo emocional que contribuya a recuperarse de la pérdida (Coleman, 2004).

El marco conceptual para la visión del aborto inducido como una experiencia de pérdida con facultad traumática se apoya en el argumento de que implica muerte humana, la destrucción intencional del propio hijo no nato, la elusión de la responsabilidad parental, la violación del instinto protector y la sección del apego materno al hijo no nato (Coleman, Reardon, Strahan, y Cougle, 2005; Speckhard y Rue, 1992). Desde este enfoque se ha propuesto asimismo la posibilidad de un síndrome posaborto (PAS en las siglas en inglés), planteado como una forma específica de trastorno por estrés postraumático (Speckhard y Rue, 1992).

Sin embargo, tal posibilidad no ha sido reconocida por la comunidad científica y académica, y no forma parte las nomenclaturas al uso en salud mental, como la CIE-10 o el DSM-V. Tampoco ha habido apoyo empírico sólido para la adquisición de una entidad propia (Robinson, Stotland, Russo, Lang, y Occhiogrosso, 2009), por lo que aceptar su autonomía en base a las características diferenciales propuestas, implicaría contemplar también la posibilidad de caracterizar un eventual síndrome posaccidente de tráfico, postornado, o posdiagnóstico de cáncer. Ciertamente, algunas personas que afrontan acontecimientos significativos desarrollan síntomas específicos asociados al tipo de evento, así como otros síntomas compatibles con el diagnóstico clínico o subclínico del trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, la coherencia dicta que por el momento en estos casos se realice el diagnóstico de esa entidad a quién la padezca, sin atención específica al tipo de evento que pueda relacionarse con los síntomas.

Por tanto, el planteamiento de la interrupción voluntaria del embarazo como una vivencia de pérdida no ha logrado hallar consenso teórico. Todo parece indicar que, si bien las respuestas psicológicas pueden ser abrumadoras para algunas mujeres (Koop, 1989a, 1989b), no se logra sustentar la conceptualización de la interrupción voluntaria del embarazo como una experiencia traumática *per se* (Steinberg y Finer, 2010), o con tan elevado potencial para producir respuestas alteradas ante el trauma.

La evidencia empírica tampoco ha apoyado de forma sólida al enfoque de la pérdida, a pesar de los esfuerzos de investigadores concordantes por respaldar empíricamente sus postulados. Así, desde esta perspectiva se han proporcionado datos sobre las implicaciones de la decisión (Coleman y Nelson, 1998), el impacto negativo de la experiencia en la pareja (Coleman, 2007), y una elevada prevalencia de trastornos psicológicos (p.ej. Coleman, Coyle, Shuping, y Rue, 2009; Cougle, Reardon, y Coleman, 2005).

En contraste, investigadores procedentes de otros posicionamientos han objetado no solo este marco teórico de estudio, sino también las aportaciones de las investigaciones procedentes del área. Así, se ha insistido en la influencia de cuestiones metodológicas en la magnitud de algunas cifras publicadas desde este enfoque. Por ejemplo, el uso de población clínica para la realización de estudios (Speckhard y Rue, 1992), el empleo de grupos de comparación inadecuados, el control inapropiado de la historia de abortos y salud mental asociada, y la no consideración de explicaciones alternativas (Charles, Polis, Sridhara, y Blum, 2008; Major et al., 2009; Robinson et al., 2009; Steinberg y Russo, 2009).

Estas cuestiones han influido asimismo en la imposibilidad de replicación de sus hallazgos (p.ej. Reardon y Cougle, 2002 *versus* Russo y Schmiege, 2005), particularmente en lo referente a la prevalencia de problemas psicológicos relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo. Ejemplo reciente de ello es el resultado presentado por Coleman et al. (2009) sobre la Encuesta

Nacional de Comorbilidad (*National Comorbidity Survey*), una investigación epidemiológica diseñada para estudiar la prevalencia y correlatos de trastornos mentales bajo criterios DSM III-R. Coleman et al. (2009), quienes explican haber realizado su análisis controlando diversos factores personales, situacionales y demográficos, exponen como conclusión que las mujeres que se someten a un aborto inducido tienen mayor riesgo que las mujeres sin historia previa de aborto, de desarrollar varios problemas de salud mental, incluyendo ansiedad (ataques de pánico, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno por estrés postraumático), estado de ánimo (trastorno bipolar, depresión mayor), y abuso de sustancias. Por su parte, Steinberg y Finer (2010) se propusieron incrementar el rigor en el análisis de los mismos datos de esta misma encuesta nacional, y devuelven una imagen distinta: la diferencia entre ambos grupos solo resultó significativa para el abuso de sustancias (aún así menor que la presentada por Coleman et al., 2009), siendo mayor en las mujeres con historia de aborto inducido, que en mujeres sin historia previa de aborto, sin que lograsen replicar las diferencias en otros parámetros de salud mental.

Adicionalmente, parece ser que los sentimientos de duelo propuestos no se asocian primordialmente a la experiencia de la IVE. En estudios retrospectivos rigurosos, como el de Williams (2001), no se ha hallado diferencias significativas en las puntuaciones de dos grupos de mujeres, con y sin historia de aborto inducido, en ninguna de las subescalas del inventario de experiencias en duelo. Tampoco se encuentran diferencias en estudios prospectivos, como por ejemplo el llevado a cabo por Broen, Moum, Bödtker, y Ekeberg (2004, 2005, 2006). Este equipo siguió a dos grupos de mujeres noruegas desde el día diez hasta cinco años después de un aborto inducido o un aborto espontáneo, sin hallar diferencias significativas en ansiedad, depresión o bienestar subjetivo en ningún momento de medida entre ambos grupos. Aunque las mujeres con interrupción voluntaria del embarazo informaron de niveles algo mayores de culpa, vergüenza, alivio y evitación, fueron las de aborto espontáneo las que reflejaron mayor presencia de sentimientos de duelo y pérdida. No obstante, estas diferencias solo fueron importantes a corto plazo, porque habían desaparecido pasados cinco años.

No conviene eludir que los postulados e investigación desde el enfoque de la pérdida se han relacionado repetidamente con propuestas para reducir el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Plantean que, dada su relación con perjuicios para la salud mental, al disminuir la disponibilidad del aborto electivo decrecerá también su impacto psicológico negativo. Como expone la Asociación Psicológica Americana (American Psychological Association, 2008), quien por otra parte cataloga de falaz la interpretación de esta relación, una medida semejante cambiaría el perfil de salud mental de las mujeres que llevan sus embarazos a término. Incluiría a quienes anteriormente interrumpían un embarazo no planeado y que ahora estarían legalmente obligadas a continuar, por lo que habría que añadir a esa variación el hecho de que estas mujeres no quieren o no se sienten preparadas para criar ese hijo.

1.2.2. Enfoque sociocultural.

El enfoque sociocultural aboga por atender a la influencia del contexto social amplio, particularmente el exo- y macrosistema ecológicos (Bronfenbrenner, 1979). Desde una perspectiva sociocultural, algunas prácticas y mensajes sociales afrentan a quienes se desvían de las expectativas normativas, como las mujeres que tienen abortos electivos (Major y Gramzow, 1999). Por una parte, no se puede obviar que tener hijos y ser madre sigue estando valorado socialmente, y la feminidad se asocia con fuerza a la maternidad, cuidados y bondad en muchos contextos culturales. Por otra parte, es preciso considerar la controversia en torno a la interrupción voluntaria del embarazo, teniendo en cuenta tanto su vinculación con cuestiones existenciales sobe la vida y la muerte, como las diferencias confesionales en las actitudes sociales hacia el aborto (Bolzendahl y Brooks, 2005). Todo ello influye en que, a pesar de que el aborto no es un acto fuera de lo común ni ilegal en nuestro medio, algunas mujeres sientan que hay expectativas de otros y de la sociedad en general sobre cómo deberían sentirse después de un aborto inducido (Kero, Högberg, y Lalos, 2004).

En la relación entre salud mental e interrupción voluntaria del embarazo, el enfoque sociocultural pone su foco de atención particular en el alcance del estigma social. Una de las direcciones en las que opera el estigma, es que puede afectar adversamente al funcionamiento social, psicológico y biológico. Estudios experimentales han establecido que la estigmatización puede influir cogniciones, emociones y comportamientos negativos (Major y O'Brian, 2005). La estigmatización incrementa de esta forma la vulnerabilidad a las alteraciones psicológicas posteriores, en mayor medida si además la mujer ha interiorizado las creencias y estereotipos sociales negativos acerca de su grupo.

Otra dirección de influencia del estigma social es el tabú generado sobre los posibles efectos positivos de la interrupción voluntaria del embarazo. Muchas mujeres muestran reservas a manifestar abiertamente un impacto eventualmente positivo del aborto electivo en sus vidas, dada la presunción de que resultará chocante y ofensivo informar de bienestar tras la renuncia a la maternidad y la interrupción voluntaria de un embarazo (Kero et al., 2004). Sin embargo, hay que considerar que estos eventos vitales son a menudo la primera experiencia reproductiva de la mujer (Kero et al., 2001; 2004), por lo que también son fases de desarrollo importantes para preparar para un embarazo y maternidad pospuestos.

Hacer que los sentimientos relacionados con el aborto inducido permanezcan ocultos y en privado, implica el riesgo de que una parte importante de la salud reproductiva de la mujer y de sus condiciones de vida sea invisible, e imposible de analizar en su problemática o superación (Kero et al., 2004). En este sentido, la apertura en lo que a embarazos no planeados y aborto inducido se refiere es crucial. Desde el punto de vista sociocultural, se hace necesario reconocer

como válida la experiencia individual ante la IVE, facilitando que las mujeres se sientan libres de expresar sus pensamientos y sentimientos acerca de su aborto, sin importar si son positivos o negativos (Major et al., 2009).

Este enfoque supone tanto un trasfondo como un fundamento para la promoción de transformaciones socioculturales en las expectativas normativas del aborto electivo y su afrontamiento, ya que los mensajes sociales que inducen a las mujeres a evaluar el aborto de forma más positiva o benigna podrían conducir a respuestas emocionales mejores (Trybulski, 2006). Considerando que los comportamientos o atributos socialmente estigmatizados varían cultural y temporalmente, las acciones normativas pueden estigmatizarse (p.ej. fumar), y las estigmatizadas perder esa valoración (p.ej. divorcio). Cuando cambia la visión de la sociedad sobre un comportamiento, cambian también la valoración y respuestas de quienes se comportan así. El contexto sociocultural puede de esta forma moldear la evaluación de una mujer sobre el aborto no solo en el momento de decidirlo, sino incluso mucho tiempo después del mismo (American Psychological Association, 2008).

1.2.3. Enfoque de los factores de riesgo.

El enfoque de los factores de riesgo propone considerar aspectos que forman parte de la realidad de las mujeres que tienen un embarazo no planeado, como son aquellas características o atributos individuales, de su grupo o ambiente, que aumentan el riesgo de que una mujer presente repercusiones negativas en salud mental tras someterse a un aborto. El argumento principal es que considerar el estado emocional posterior a la IVE como relacionado únicamente con el aborto podría llevar a interpretaciones espurias, si no se tienen en cuenta estos otros aspectos, personales (p.ej. problemas de comportamiento, características de personalidad) y contextuales (p.ej. exposición a circunstancias vitales adversas, como pobreza o violencia). Por tanto, desde esta perspectiva se atiende especialmente a factores que son previos a la interrupción voluntaria del embarazo (American Psychological Association, 2008)

El estudio de la relación entre salud mental e interrupción voluntaria del embarazo desde este enfoque comporta cierta particularidades, conceptuales y metodológicas. Desde el punto de vista conceptual, los modelos del riesgo explican el desajuste basándose en aspectos tanto cualitativos como cuantitativos del riesgo. Cualitativamente, ciertas características del factor de riesgo influirían en el alcance sobre la salud mental, como por ejemplo su estabilidad temporal, o su impacto particular en una mujer dada. Cuantitativamente, la probabilidad de que una mujer presente un mayor impacto negativo en su salud mental tras un aborto inducido se vería incrementada en determinadas circunstancias. Tal sería el caso de la concentración de un elevado

número de factores de riesgo, o de la combinación de factores de riesgo situados en diferentes niveles ecológicos. Los factores de riesgo tienen un efecto acumulativo y tienden a reforzarse entre sí, por lo que conforman ambientes de riesgo múltiples, en los que sus efectos se amplifican a medida que se acumulan los factores (Osofsky y Thompson, 2000).

Desde el punto de vista metodológico, el enfoque de los factores de riesgo requiere de un abordaje específico. El objetivo desde esta perspectiva está más relacionado con comprobar si las mujeres que se someten a un aborto inducido tienen un riesgo incrementado de problemas de salud mental subsecuentes al aborto, que con comprender los factores contextuales y mecanismos psicológicos inmediatos de afrontamiento del aborto. De esta forma, puesto que se busca conocer los factores distales relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo, la metodología basada en encuestas poblacionales es más propia de este tipo de enfoques (Steinberg y Finer, 2010).

Una de las aportaciones desde este marco es la constatación de que el embarazo no planeado y el aborto inducido correlacionan con condiciones contextuales y personales preexistentes en la vida de la mujer (American Psychological Association, 2008). Entre los factores contextuales, algunos incrementan el riesgo de un embarazo no planeado y de aborto inducido, como el nivel económico bajo (Jones, Darroch, y Henshaw, 2002), el maltrato y abuso sexual en la infancia (Coker, 2007), así como la violencia en la pareja y la violación (Dietz et al., 1999).

La perspectiva del riesgo muestra también que una mayor exposición a estas circunstancias adversas no solo se observa en mujeres con embarazo no planeado y aborto inducido, sino que estos factores sistémicos también se asocian con un riesgo incrementado de problemas de salud mental en el resto de la población. Todo ello obliga a reconsiderar la correlación positiva hallada en algunos estudios entre salud mental e interrupción voluntaria del embarazo.

Algunos factores de riesgo de naturaleza personal son asimismo compartidos por la población con embarazos no planeados y aborto electivo (American Psychological Association, 2008). Tal es el caso de algunos comportamientos como el abuso de sustancias (Martino, Collins, Ellickson, y Klein, 2006), y el inicio temprano de las relaciones sexuales (Rosenbaum y Kandel, 1990). También se ha hallado relación con algunas características de personalidad, como las puntuaciones elevadas en “falta de convencionalidad” (Martino et al., 2006), alta impulsividad y estilo de afrontamiento de evitación de emociones negativas (Cooper, Wood, Orcutt, y Albino, 2003). Como sucede al analizar los factores contextuales, también la presencia de estas características de personalidad y del comportamiento se relaciona con un mayor riesgo de problemas de salud mental en el resto de la población, es decir, independientemente de la historia reproductiva.

Desgraciadamente, el enfoque de los factores de riesgo ofrece una visión sesgada hacia el polo negativo de influencia, ya que históricamente ha dejado fuera de sus objetivos el estudio de los factores de protección. Y ello pese a que desde hace más de cuarenta años los modelos de riesgo y protección se relacionan con el enfoque preventivo en distintos ámbitos de salud física y psicológica. A pesar de este inexplicable exilio, es posible encontrar algunos resultados al respecto en la literatura científica. Ejemplo de ello es el hallazgo de que las mujeres con mayor resiliencia (y también alta autoestima, locus de control interno y optimismo) se sienten más capaces de afrontar la IVE, y la ven como más benigna incluso antes del procedimiento (Cozzarelli, 1993). Sus evaluaciones más positivas se asocian con formas más adaptativas de afrontamiento en el mes siguiente a la interrupción voluntaria del embarazo (más aceptación y menos evitación), lo que a su vez se relaciona con decremento de alteraciones psicológicas (síntomas de ansiedad y depresión), e incremento de bienestar positivo a lo largo del tiempo.

En definitiva, el enfoque de los factores de riesgo plantea que la salud mental y los problemas de comportamiento que se observan tras el aborto serían un resultado adicional de las condiciones y características que preceden o coexisten con el embarazo no intencionado y el aborto. Desde esta perspectiva, la explicación sobre las diferencias halladas entre mujeres en lo tocante a salud mental y aborto requiere tener en cuenta, por un lado, la evidencia de que ciertos factores personales y contextuales se relacionan con la ocurrencia de embarazos no planeados y con la IVE y, por otro lado, la relación que esos mismos factores han mostrado tener con efectos negativos sobre la salud mental sin atender a la historia reproductiva y resultados (American Psychological Association, 2008). Los estudios provenientes de esta área plantean, finalmente, que los factores de riesgo para un mal ajuste tras un aborto son en general los mismos que predicen un mal ajuste futuro en general.

1.2.4. Enfoque del estrés.

Contemplar la interrupción voluntaria del embarazo como un evento potencialmente estresante deriva de las teorías psicológicas del estrés y el afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984). Desde esta perspectiva, la experiencia psicológica de una mujer sobre la interrupción voluntaria del embarazo estará mediada por su evaluación del embarazo y del aborto, el significado para su vida, la habilidad percibida para afrontar esos acontecimientos, y la forma en la que integra las emociones subsecuentes al aborto. Estas se ven moldeadas por las condiciones del ambiente de la mujer (p.ej. recursos materiales, presencia o ausencia de apoyo), así como por características de la mujer misma (p.ej. su personalidad, actitudes y valores). La conceptualización de la relación entre IVE y ajuste psicológico desde el enfoque del estrés conlleva, por tanto, asumir ciertos argumentos.

En primer lugar, en tanto que suceso vital estresante, se entiende el embarazo no planeado y la interrupción voluntaria del embarazo como experiencias discretas, objetivas y observables (Sandín, 2008) que alteran el funcionamiento usual de la mujer, provocando en esta cierta necesidad de reajuste. Desde este punto de vista, la interrupción voluntaria del embarazo resultaría en respuestas de desajuste en caso de que la mujer careciera, o no pudiese activar o acceder, a los recursos personales y contextuales necesarios para afrontar lo que signifique e implique el aborto para ella.

En segundo lugar, la magnitud del reto y la necesidad de ajuste que suponen el embarazo no planeado y el aborto inducido, variarán en función de la valoración subjetiva de estrés (Lazarus y Folkman, 1984). Todo ello comporta que, aunque un embarazo no planeado y un aborto inducido puedan ser un reto y conlleven dificultades para una mujer individual, estos acontecimientos no conduzcan necesaria o inevitablemente a experiencias psicológicas negativas. En este sentido, el enfoque del estrés atiende también a la variabilidad individual en las respuestas de afrontamiento de las mujeres ante ese mismo acontecimiento.

En tercer lugar, el enfoque del estrés supone la consideración de la interrupción voluntaria del embarazo como una experiencia en el rango de otros acontecimientos vitales (Adler et al., 1990, 1992; American Psychological Association, 2008), por lo que la reacción de las mujeres ante esta experiencia tendrá ciertas similitudes con el afrontamiento de otras situaciones difíciles de la vida. Ciertos factores individuales, interpersonales y contextuales implicados en la forma en que la mujer evalúa y reacciona al aborto inducido, lo estarán también en otros eventos vitales potencialmente estresantes, incluyendo las alternativas al aborto electivo, como son la maternidad no deseada o dar un hijo en adopción (American Psychological Association, 2008). Ello implica que aquellas mujeres que manifiesten un impacto psicológico negativo ante la IVE serán también menos capaces de afrontar otros eventos vitales estresantes (Steinberg y Finer, 2010).

En cuarto y último lugar, la ocurrencia simultánea de otros eventos vitales que contribuyan al requerimiento de cambio y reajuste en el funcionamiento de la mujer, pueden incrementar el potencial estresante del embarazo no esperado y de la interrupción voluntaria del embarazo. Los resultados hasta el momento han sido contradictorios. En algunos estudios no se ha hallado diferencias entre las puntuaciones en medidas de ansiedad de mujeres que al afrontar la experiencia del aborto habían experimentado otras experiencias estresantes en el pasado (van Emmerik, Kamphuis, y Emmelkamp, 2008). En otras investigaciones se relaciona la tasa de trastorno por estrés postraumático con la ocurrencia de experiencias estresantes no relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo (Lundell et al., 2013b).

El abordaje metodológico desde esta perspectiva emplea diseños tanto transversales como longitudinales (retrospectivos y prospectivos), recurre a grupos de comparación que comparten la

expresión de alguna variable de interés, y enfatiza las circunstancias inmediatas y contextuales que rodean al aborto electivo (p.ej., Cozzarelli, Major, Karrasch, y Fuegen, 2000; Major y Gramzow, 1999; Major et al., 2000).

Dadas las características presentadas, el enfoque del estrés constituye el acercamiento más adecuado para la contextualización teórica y planteamiento metodológico que se pretende en este trabajo. Por ello, de los enfoques descritos, se asumirá esta perspectiva del estrés para explorar los elementos que intervienen en la integración de la experiencia de la IVE, y que se desarrollarán en la próxima sección.

1.3. Interrupción voluntaria del embarazo como experiencia estresante.

Contemplar la interrupción voluntaria del embarazo como un suceso vital estresante implica asumir el modelo teórico del estrés ya descrito en la conceptualización del aborto inducido, entendiendo que como marco teórico influirá en la interpretación de los resultados que se obtengan (Charles et al., 2008).

Los siguientes apartados presentan los hallazgos más relevantes desde esta perspectiva, tanto en las circunstancias inmediatas como en el contexto de la mujer ante la IVE. Por ello, se revisarán las características del embarazo (no planeado, no esperado), toma de decisión, emociones asociadas y apoyo social, para comprender mejor las implicaciones en el ajuste psicológico.

1.3.1. El embarazo no esperado.

La peculiaridad de la experiencia de la IVE es que, de forma casi indisoluble, sucede en el contexto de otro evento estresante, un embarazo no esperado (*unexpected*), no intencionado (*unintended*), o no planeado (*unplanned*). El inicio de esta experiencia es, precisamente, la ocurrencia de un embarazo de ciertas características. Se trata de embarazos inesperados que, bien ocurren a destiempo, ya que bien serían deseados antes o después en la vida, bien serían rechazados en ese momento y en el futuro (Henshaw, 1998; Torres y Forrest, 1988). Verdaderamente, la mayoría de los abortos inducidos son embarazos de este tipo (American Psychological Association, 2008), como refleja el hecho de que en España el 89.93% de las interrupciones voluntarias de embarazo se realicen a petición de la mujer (MSSSI, 2015).

Esta peculiaridad hace que sea difícil separar las experiencias psicológicas asociadas al aborto inducido, de otros aspectos de un embarazo inesperado (Adler et al., 1990, 1992; Toledo et al., 1999). Por ello, la perspectiva del estrés plantea que el aborto inducido puede ser tanto una forma

de resolver el estrés asociado a un embarazo no planeado, como una fuente de estrés adicional en sí mismo. Datos provenientes fuentes metodológicas distintas explican diferencialmente el nivel de estrés asociado al conocimiento de un embarazo no esperado y el afrontamiento de la interrupción voluntaria del embarazo: el escalamiento de los sucesos vitales y el estudio de las variaciones en las reacciones emocionales asociadas a cada experiencia.

En primer lugar, y en consonancia con el enfoque de escalamiento de los sucesos vitales, tanto el embarazo no planeado como el aborto inducido se consideran acontecimientos vitales estresantes. En la adaptación española que González de Rivera y Morera (1983) realizaron de la *Social Readjustment Rating Scale* de Holmes y Rahe (1967), tenemos no solo modificaciones que permiten su aplicación en el medio cultural español, sino que además se da la circunstancia de que la adaptación se realizó en Canarias. En su Escala de Sucesos Vitales, los autores describen que, medido en índices de sucesos vitales (rango 0 a 100), un embarazo no planeado supone 65 unidades, y el aborto provocado 51 (ocupando los lugares 20 y 37 respectivamente, de una lista de 61 sucesos). Ambos acontecimientos suponen mayor impacto que otros acontecimientos, como por ejemplo, rupturas (puesto 41) o divorcios (puesto 40); pero detrás de otros acontecimientos tradicionalmente entendidos como altamente estresantes como la muerte del cónyuge o de un familiar cercano (puestos 1 y 7, respectivamente), y también de un aborto no deseado (puesto 9).

Merece la pena comentar que ambos eventos son valorados de menor impacto que en la escala original (Holmes y Rahe, 1967; citado en González de Rivera y Morera, 1983), donde el embarazo no esperado se estima un 7% más estresante, y el aborto inducido un 19% mayor que en la adaptación española. Los propios autores manifiestan que es difícil interpretar el índice asignado al aborto provocado, entendiendo que culturalmente su ocurrencia en España es menos frecuente que otros acontecimientos y posee además connotaciones sociales negativas (González de Rivera y Morera, 1983).

En todo caso, es preciso contemplar que en el momento de desarrollar tanto la escala original como la adaptación española, la pregunta sobre el aborto provocado estaría asociada a aspectos legales restrictivos. La despenalización del aborto en España se produjo en 1985 (Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio), y en Estados Unidos, aunque en algunos estados se hacían excepciones en caso de violación, peligro para la madre e incesto, la despenalización no llegó hasta Roe contra Wade, en 1973 (American Psychological Association, 2008). Solo la obtención de datos actualizados respecto al impacto en población española permitiría una interpretación más ajustada a nuestra realidad.

En segundo lugar, y atendiendo al impacto subjetivo que producen lo inesperado del embarazo y la experiencia última del aborto inducido, algunos estudios ofrecen datos interesantes analizando

el grado de alteración emocional (*distress*[2]) asociado. Desde esta perspectiva, existe amplio acuerdo en que confrontar el problema del embarazo inesperado es un evento altamente estresante (Allanson, 2007). Más del 40% de las mujeres que eventualmente atraviesan una experiencia de aborto, experimentan algún grado de shock cuando saben que están embarazadas (Rowlands, 2008). Las mujeres describen sensaciones de suspensión de la normalidad, pérdida de control, aislamiento e impotencia. Algunas mujeres tienen la impresión de haber sido irresponsables, expresando sentimientos de vergüenza, estupidez y culpa (Rowlands, 2008). Otras reacciones son ira e incredulidad, especialmente para aquellas que están embarazadas por primera vez (Harden y Ogden, 1999). De hecho, si bien es cierto que la mujer, a nivel racional, sabe que la posibilidad de un embarazo existe por pequeña que sea, no piensa, a nivel de experiencia, que le pueda pasar a ella (Epstein, 2003).

Aunque se reconoce que las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés son comunes ante un embarazo no planeado (Rowlands, 2008), se ha hallado que es la reacción de la mujer al aborto inducido la que incrementa el riesgo de ocurrencia de problemas de salud mental, más que la experiencia del embarazo inesperado. Fergusson, Horwood, y Boden (2009) hallaron un riesgo incrementado de desarrollar problemas de salud mental en aquellas mujeres que informaban de más emociones negativas y alteración emocional asociada a la experiencia del aborto. De hecho, las mujeres con un embarazo no planeado que se someten a una interrupción voluntaria del embarazo y que no experimentan alteraciones psicológicas, no tienen ese riesgo incrementado de problemas de salud mental (Fergusson et al., 2009).

A pesar de los resultados no siempre congruentes, ambas perspectivas se consideran complementarias, entendiendo que el embarazo no esperado y el aborto inducido son efectivamente eventos vitales potencialmente estresantes, cuyo impacto estará moldeado por la evaluación de la mujer y sus recursos de afrontamiento, influyendo de esta forma en su reacción psicológica (Major et al., 2009).

1.3.2. La decisión de interrumpir un embarazo.

Como parte de este evento estresante, la toma de decisión cobra gran importancia, habiendo bastante consenso en que confrontar la decisión de continuar o interrumpir un embarazo se asocia a niveles altos de estrés (Allanson, 2007). Asimismo, las dificultades en el proceso de decisión constituyen uno de los factores de riesgo para la ocurrencia de respuestas negativas tras un aborto

[2] Se define *distress* como la experiencia emocional desagradable y multifactorial, de naturaleza psicológica (cognición, comportamiento, emoción), social o espiritual que acompaña a los estados de estrés, y que puede interferir con la habilidad efectiva de afrontamiento. Se considera la manifestación de *distress* en un *continuum*, desde sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y temor, hasta depresión, ansiedad, aislamiento social, y crisis existencial.

inducido (Adler et al., 1990, 1992). A continuación se revisan las características del proceso de decisión más frecuentemente relacionadas con el afrontamiento de la experiencia, antes y después de la IVE. En el periodo preaborto se consideran la valoración de los motivos para interrumpir un embarazo y la ambivalencia emocional e inconsistencia cognitiva en la estimación de las opciones; y tras la IVE se contemplan el grado de conformidad con la decisión tomada, las emociones asociadas y el manejo de la inconsistencia cognitiva, particularmente de las fantasías sobre otro curso de acción.

1.3.2.1. El periodo preaborto.

En tanto que proceso, tradicionalmente se ha considerado la toma de decisiones sobre la interrupción voluntaria del embarazo en base a un modelo de cinco estadios (Bracken y Kasl, 1975; citados en Rowlands, 2008). En este modelo, tras el conocimiento del embarazo se produciría una formulación de las opciones y el balance de las mismas, la selección de la opción del aborto inducido, el compromiso con el resultado escogido y la adherencia a esa decisión.

Formulaciones más recientes plantean la existencia de procesos de reflexión previos al conocimiento positivo de un embarazo, ya que de forma repetida se había hallado que más de la mitad de las mujeres que saben que están embarazadas deciden abortar casi de inmediato (Rowlands, 2008). Esta tesis encuentra mayor sustento cuando se comprueba que también más de la mitad de mujeres (en algunos estudios hasta el 80%) están seguras de la decisión que tomarán antes de conocer el resultado de un test de embarazo (Cohan, Dunkel-Schetter, y Lydon, 1993; Kero y Lalos, 2000). Ello no permite sin embargo colegir que se trate de una decisión sencilla, ya que también más de la mitad de las mujeres reconocen que es difícil o muy difícil tomar una decisión (Törnbom, Ingelhammar, Lilja, Svanberg, y Möller, 1999).

Dado que el embarazo no esperado como evento vital incluye la presencia de dos tendencias de respuesta incompatibles, continuar o interrumpir el embarazo, las mujeres afrontan el proceso de decisión con cierto grado de ambivalencia emocional y de inconsistencia cognitiva.

En cuanto a la ambivalencia emocional, se ha constatado la existencia de emociones simultáneas conflictivas en el proceso de toma de decisión, de forma que aproximadamente un tercio de las mujeres que optan por interrumpir el embarazo refiere sentimientos ambivalentes, y también los señala un cuarto de las mujeres que optan por continuar con el embarazo, con y sin historia de aborto inducido (Törnbom et al., 1999). Esta ambivalencia emocional está presente incluso en la anticipación de afrontamiento que realizan las mujeres, puesto que todas las decisiones implican en alguna medida predicciones sobre sentimientos futuros (March, 1978). Del grupo de emociones que el equipo de Foster, Gould, y Kimport (2012) presentó a sus participantes como anticipación

de afecto posaborto, el 86% de las mujeres escogió al menos una positiva (aliviada, segura o feliz), mientras que solo el 41% escogió al menos una negativa.

La inconsistencia desde el punto de vista cognitivo estaría relacionada con la concurrencia tanto de razones para interrumpir el embarazo, como de motivos para continuar con él (Allanson y Astbury, 1995; Allanson, 2007; Astbury y Allanson, 2009). La realización de predicciones sobre el futuro es un mecanismo fuertemente asociado a la toma de decisiones, y se ha propuesto que contribuye al restablecimiento del equilibrio psicológico (Bârliba y Dafinoiu, 2015; Epstude y Roese, 2008). Estos intentos incluyen procesos de fantasía, congruentes e incongruentes con la elección de la IVE.

La mayor parte de las mujeres alberga fantasías congruentes con el aborto inducido, de forma que se encuentran fantasías positivas sobre la terminación del embarazo, y que tienen que ver con escenarios positivos asociados a ya no estar embarazada, la interrupción yendo bien y de forma segura, la vuelta a la normalidad de su cuerpo (p.ej. finalización del cansancio y las náuseas), o el alivio que sentirían si el aborto se produjese de forma natural (Allanson y Astbury, 1995). También se consideran congruentes las fantasías negativas sobre desapego maternal o aversión al embarazo (Allanson y Astbury, 1996), que se han hallado asimismo en mujeres que siguen adelante con un embarazo no planeado, aunque con otra connotación (Törnbom et al., 1999).

Al mismo tiempo, en más de un tercio de las mujeres surgen fantasías incongruentes con el aborto inducido, como sentimientos de apego maternal, imágenes sobre cómo sería el niño, fantasías sobre qué clase de madre podría ser, o cómo se podría organizar (Allanson y Astbury, 1995).

A pesar de la presencia de un rango diverso de fantasías en el periodo de toma de decisiones, una amplia mayoría de las mujeres considera que debería tomar su decisión basándose únicamente en cuestiones prácticas (Allanson y Astbury, 1996), lo que concuerda con las investigaciones que reflejan la revisión que realizan las mujeres sobre sus motivos para interrumpir un embarazo ante la toma de decisión (Finer et al., 2005).

Algunas de las razones a favor y en contra de la opción del aborto inducido pueden suponer un conflicto de orden moral (Coleman, 2007; Rue, Coleman, Rue, y Reardon, 2004), pese al cual, o más bien, con el cual, mujeres éticamente opuestas al aborto escogen interrumpir el embarazo (Allanson y Astbury, 1995; Kero y Lalos, 2000). A la luz del debate público sobre la moralidad del aborto, es notable que muchas mujeres reflejen un examen concienzudo de los aspectos morales en su decisión, tanto si consideran la interrupción del embarazo como un pecado, como si razonan que la transgresión son los embarazos indiscriminados sin tener en cuenta el peso moral del compromiso con sus familias, ellas mismas, y los niños que podrían tener en el futuro (Finer et al., 2005). Lo cierto es que las razones por las que finalmente una mujer opta por un aborto

inducido están mucho más relacionadas con su situación vital que con principios religiosos, morales o abstractos (Patterson, Hill, y Maloy, 1995).

La decisión típicamente está motivada por razones diversas e interrelacionadas, y muchas veces se trata de dimensiones múltiples de situaciones de vida complicadas (Astbury-Ward, 2008; Finer et al., 2005). Las razones que con mayor frecuencia citan las mujeres para interrumpir un embarazo incluyen la preocupación por no poder proteger económicamente la atención a ese nuevo nacido, además de la inestabilidad financiera que provocará sobre los hijos que ya se tienen; la consideración de no estar con la pareja adecuada, tener problemas en su relación o no tener pareja; la percepción de no sentirse preparada para afrontar el cuidado de un primer hijo, o para volver a empezar cuando los hijos habidos ya son mayores; el convencimiento de no poder garantizar el cuidado de un nuevo hijo además de la atención de otros hijos, niños pequeños, de sus mayores o personas dependientes, atender un empleo y cuidar de su hogar; o la voluntad de culminar proyectos académicos y profesionales, y alcanzar estabilidad en otras áreas de su vida antes de comprometerse con la maternidad. (American Psychological Association, 2008; Bankole et al., 1998; Finer et al., 2005; Santelli, Speizer, Avery, y Kendall, 2006; Sihvo et al., 2003). Se estima que menos del 1% informa de coerción como razón principal de la interrupción del embarazo (Finer et al., 2005), pero dado lo delicado de la evaluación, se carece de datos más precisos al respecto.

La valoración de motivos que lleva a la decisión de interrumpir un embarazo parece reflejar la responsabilidad de las mujeres por el bienestar del no nacido y de las personas que forman parte del contexto de la mujer, incluida ella misma. De hecho, la mayor parte de las mujeres, independientemente de su edad, raza, ingresos, relación de pareja, educación y partos, alude a su preocupación por la responsabilidad sobre otras personas como un factor en su decisión para abortar (un 74% de las mujeres en Finer et al., 2005). La determinación final de interrumpir un embarazo no es exactamente adoptar una alternativa deseada, sino más bien optar por una elección que se relaciona con mantener cierta estabilidad en la consecución de otros compromisos existentes. En todo caso, es de esperar que las razones para optar por un aborto inducido hayan sobrepasado cualquier razón opuesta para continuar con el embarazo (Allanson, 2007).

1.3.2.2. El periodo posaborto.

La literatura refleja repetidamente que una proporción importante de mujeres expresa sentirse satisfecha con su decisión (Broen et al., 2004), y valora que se trató de la decisión adecuada para ella y sus circunstancias, con cifras que según los estudios oscilan entre el 79% (Major et al., 2000) y el 89% de las mujeres (Fergusson et al., 2009). Aquellas mujeres que manifiestan menor

seguridad de la decisión tomada declaran mayor preocupación de tipo espiritual acerca del aborto, reflejan historia de depresión o revelan haber sido presionadas de algún modo para optar por el aborto (Foster et al., 2012).

El proceso de toma de decisión, con la consideración de las opciones y motivos, así como la noción de que las personas toman las decisiones de modo que puedan minimizar la posibilidad de arrepentimiento (Schwarz, 2000), no garantiza la estabilidad posdecisión. Se ha hallado que con el paso del tiempo, si bien la mayor parte de las mujeres sigue satisfecha con el hecho de haber abortado, se produce cierta disminución de la conformidad con la decisión (Major et al., 2000). Algunas mujeres se plantean la posibilidad de otro curso de acción (Zeelenberg, van Dijk, Manstead, y van der Pligt, 2000), aunque la mayoría admite que volvería a tomar la misma decisión dadas las mismas circunstancias (Major et al., 2000).

Ciertamente, las decisiones no son actos meramente racionales, y emociones ambivalentes, recuerdos, temores, etc., influyen en la interpretación de las decisiones y sus resultados (Pfister y Böhm, 2008). La ambivalencia emocional en el periodo posaborto es, de hecho, un resultado muy frecuente. Aunque las cifras varían en los distintos estudios, especialmente por motivos metodológicos, se ha hallado que las mujeres informan de tasas relativamente elevadas de reacciones positivas y negativas a la interrupción voluntaria del embarazo (Broen et al., 2004; Fergusson et al., 2009; Kero y Lalos, 2000; Kero et al., 2004; Major et al., 1990; Major et al., 2000; Pope, Adler, y Tschann, 2001; Söderberg, Janzon, y Sjöberg, 1998; Törnbom et al., 1999). Estos hallazgos sugieren que la ambivalencia afectiva podría ser una respuesta normal ante la IVE, y en estudios prospectivos los sentimientos ambivalentes ni se relacionan con el arrepentimiento de la decisión ni con la experiencia de alteraciones psicológicas tipo *distress* (Kero y Lalos, 2000).

Por ejemplo, Kero et al. (2004) hallaron que la mayor parte de las respuestas aportaban una mezcla de emociones positivas y negativas referidas a la experiencia de la interrupción del embarazo. Más del 80% de las mujeres mencionaban al menos una emoción negativa, mientras que más de dos tercios informaban de al menos una positiva, además la proporción de mujeres que inicialmente solo informaba de sentimientos positivos se incrementó del 16% al 47% al cabo de un año, y la que solo informaba de sentimientos negativos se redujo del 30% al 3%. Ahora bien, aquellas que informaban tener ambos, positivos y negativos, se mantuvieron prácticamente igual en la medida inicial y al año, un 54% y un 50% respectivamente (Kero et al., 2004). Fergusson et al. (2009), por su parte, registraron un 85% de mujeres asociando al menos una emoción negativa en el periodo posaborto, y el 34.6% cinco o más. Asimismo, el 86% de las mujeres manifestó al menos una emoción positiva, con el 29.8% seleccionando las tres disponibles.

Así como la disonancia cognitiva respecto a la decisión se encuentra presente en el periodo preaborto, se ha hallado también presente en el periodo posaborto. Las fantasías sobre el curso de acción no escogido son una fuente de disonancia cognitiva, puesto que implican una cognición simultánea e incompatible con su realidad. Muchas mujeres refieren pensamientos e imágenes más o menos voluntarias sobre su vida de haber decidido continuar con el embarazo, y nuevamente estas fantasías pueden ser congruentes o incongruentes con la elección de la IVE. Algunas mujeres fabulan sobre el aspecto del niño que pudo haber sido, e incluso hay quienes piensan en el aborto como en el hijo que nunca tuvieron, a veces muchos años después (Hess, 2004). En algunos estudios la proporción es elevada, de manera que hasta el 73% de las mujeres que ha optado por la interrupción voluntaria del embarazo, informa de haber pensado cómo habría sido el niño (Coleman y Nelson, 1998).

Del mismo modo que en el periodo preaborto el recurso al razonamiento y búsqueda de motivos de índole práctica contribuyen a la decisión final, es posible especular que las razones que han formado parte de la decisión de abortar reaparecerán en el periodo posaborto de forma voluntaria, ya sea para reafirmar la adherencia a la decisión tomada en esa mayoría de mujeres con fantasías congruentes con la misma, o para compensar la disonancia y eventual malestar asociado en la proporción de mujeres con fantasías incongruentes con la decisión tomada.

En la toma de decisión que lleva a optar por la interrupción de un embarazo, ya sea en la revisión de motivos, en el manejo de la ambivalencia emocional y de la disonancia cognitiva, o en el alcance de las fantasías, la mujer rara vez está sola. Como se revisará a continuación, en la integración de la experiencia de la IVE tiene gran relevancia el componente de interacción social, tanto en el hecho de compartir su situación con personas significativas, como en la percepción de apoyo social en el conjunto del proceso.

1.3.3. Apoyo social.

El apoyo social constituye un elemento clave en la prevención, afrontamiento y recuperación del aborto inducido como experiencia estresante. La relevancia del apoyo social en la integración de la IVE se sustenta en diversos hallazgos que se comentarán en esta sección, como la tendencia a compartir la situación con otras personas, la relación entre apoyo social y afrontamiento, la relevancia de la calidad y disponibilidad del apoyo, y el particular papel de la relación de pareja.

Rowlands (2008) describe en su revisión sobre la toma de decisiones en el aborto inducido, que la mayor parte de las mujeres, cuando sospecha que está embarazada, se lo comenta a alguien. Involucrar a la pareja u otros significativos es algo muy frecuente, como demuestra el que llegado el momento de abortar, las mujeres hayan hablado de su embarazo con un promedio de 5.6

personas, entre las que en primer lugar están las amigas y los profesionales, y en segundo lugar las parejas y las madres.

Las discusiones informales que se generan tienen también influencia en la toma de decisión, observándose cambios significativos a medida que la mujer comparte su situación con otras personas. En el estudio de Törnbom et al. (1999), la decisión de abortar estaba presente el 72% de las mujeres antes de comunicárselo a nadie, tras hablarlo con alguien la proporción ascendió al 86% de las mujeres y, compartiéndolo una segunda vez, hasta el 89%. Así, el tipo y calidad de apoyo que recibe la mujer en su medio social tiene el potencial de influir en la adaptación que realiza a esta experiencia.

La posibilidad de que la mujer disfrute de un apoyo social adecuado, entendido como la provisión de recursos (emocionales, instrumentales, informacionales o valorativos) a partir de su interacción con las demás personas o fuentes de apoyo (Tardy, 1985), va a contribuir a la integración de la experiencia de varias formas. Permitirá que se aminore la percepción de amenaza de la situación potencialmente estresante que supone tanto el embarazo no planeado como el aborto inducido, que se incremente la competencia en el afrontamiento al conjunto de la situación, y que las eventuales consecuencias negativas de la interrupción voluntaria del embarazo sean menos o de menor impacto.

Prueba de esta relación es la mejora en la capacidad de afrontamiento referida en mujeres con más apoyo social percibido respecto a su decisión, incluso antes de realizarse el procedimiento (Major et al., 1990). También a largo plazo (recuperación), aquellas mujeres con menor apoyo social para su decisión han mostrado mayor riesgo de experimentar emociones negativas hasta dos años después de la interrupción voluntaria del embarazo (Cozzarelli, Sumer, y Major, 1998; Major, Zubek, Cooper, Cozzarelli, y Richards, 1997).

Ha quedado largamente establecido que, desde el punto de vista psicológico, la experiencia subjetiva de sentirse apoyado tiene mayor relevancia que otras características de la red social como por ejemplo el tamaño, entendido como el número de personas objetivamente disponibles en la red. Como sugieren Schaefer, Coyne y Lazarus (1981), el apoyo percibido se relaciona positivamente con el estado de ánimo (y la salud), mientras que la red social puede no relacionarse en absoluto o hacerlo de forma negativa, por las demandas, limitaciones y desacuerdos en ocasiones relacionados con los grupos sociales.

Definitivamente, es la percepción subjetiva del apoyo que tiene la mujer ante esta experiencia la que predice de forma directa el bienestar informado en el periodo posaborto (Major et al., 1997). En esta línea, la estructura de la red social y su contenido o función son áreas distintas de la concepción del apoyo social (Alemán, 2013). Así, la percepción subjetiva de apoyo social va a

depender no tanto de la cantidad de personas que conformen la red, como de la calidad y relevancia de la relación con algunas de esas personas, así como de su disponibilidad física, emocional y, en el caso del aborto inducido, también moral.

Por ejemplo, para la población inmigrante de primera generación, la construcción de una nueva red social en el país de acogida es una tarea no siempre fácil. Si las relaciones relevantes de mayor calidad de apoyo de estas mujeres se encontrasen en el país de origen, su disponibilidad física se encontraría restringida.

Asimismo, las personas que constituyan una fuente de apoyo relevante para la mujer pueden no estar emocionalmente disponibles, por ejemplo, si se encuentran afrontando otros acontecimientos potencialmente estresantes, como podría ser el cuidado de un familiar gravemente enfermo o la muerte reciente de un ser querido.

Finalmente, en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo es preciso además considerar el deseo de bastantes mujeres de conservar el embarazo y el aborto fuera del conocimiento de personas que en otras circunstancias suponen una fuente relevante de apoyo para ellas, debido a presunciones sobre la disponibilidad moral de esas personas. Tal es el caso de las mujeres que temen una reacción de rechazo u oposición a su decisión. Se ha comprobado que no encontrar apoyo en la propia decisión y recibir consejo contrario a la misma, por ejemplo, para continuar con el embarazo, se asocia con mayores niveles de alteración emocional tipo *distress* y con descensos en el afecto positivo a lo largo del tiempo (Allanson, 2007).

Hasta el 45% de las mujeres (Major y Gramzow, 1999) manifiesta su deseo de conservar su situación en secreto de algunos familiares o amigos, por distintos motivos (p.ej. disponibilidad física, emocional o moral). Lamentablemente, el ciclo vicioso del silencio y la condena social que aún rodean la interrupción voluntaria del embarazo influyen en el aislamiento no deseado de muchas mujeres. A lo largo del tiempo el secreto se asocia a mayores niveles de alteración emocional, más síntomas de ansiedad y depresión, incrementos en supresión de pensamiento y descensos en la apertura emocional (Major y Gramzow, 1999).

En la valoración del apoyo social de la mujer en la interrupción voluntaria del embarazo merece especial mención la relación de pareja, ya que puede constituir tanto una forma de amortiguar el impacto del estrés asociado al embarazo no planeado y a la toma de decisión sobre el aborto, como una fuente de estrés adicional en sí misma.

Para algunas mujeres el embarazo no planeado sucede en ausencia de una relación de pareja estable. En estos casos, se ha hallado que los niveles de estrés asociados a la decisión son menores que en aquellas mujeres con relaciones de pareja estables (Allanson, 2007), y es más frecuente que en estas circunstancias el aborto se realice sin que la pareja sexual tenga conocimiento de la

ocurrencia del embarazo. Además, una proporción importante de mujeres con y sin pareja no informa de su decisión a la otra parte (p.ej. un 16.24% en Lauzon, Roger-Achim, Achim, y Boyer, 2000).

Para otras mujeres, la noticia del embarazo ocurre en el marco de una relación de pareja estable pero insatisfactoria. En el periodo anterior al aborto se ha hallado que las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés correlacionan con el miedo por el efecto negativo en la relación de pareja, así como con encontrarse en una relación percibida como insatisfactoria (Lauzon et al., 2000). Sin embargo, se carece de datos relativos a las rupturas en el periodo de conocimiento del embarazo y de toma de decisión. Adicionalmente, en el periodo posterior al aborto los resultados no han sido concluyentes. Algunos autores refieren un riesgo incrementado de ruptura tras un aborto inducido (Freeman, 1978; Lauzon et al., 2000; Rue et al., 2004), mientras que otros no encuentran que influya de manera intensa o negativa sobre la relación de pareja (van Emmerik et al., 2008).

Sin duda, conocer la calidad de la relación de pareja en el momento de producirse el embarazo, la decisión y el aborto es una variable necesaria para valorar el impacto en el afrontamiento durante el periodo posterior. Asimismo, será necesario ampliar el espectro de cursos posibles de influencia del aborto en la pareja, desde las rupturas de pareja, hasta la percepción de estabilidad, deterioro o mejora (Rue et al., 2004) en las parejas que continúan juntas.

También con respecto a la pareja, vuelve a ser la percepción de apoyo adecuado la que más claramente contribuye a predecir mejoras en el bienestar de la mujer, incluso aunque no implique una disminución de la alteración emocional que supone el afrontamiento de la experiencia (Major et al., 1997).

El apoyo social, por tanto, supone un factor de gran relevancia en el afrontamiento del aborto como experiencia estresante, de modo que su ausencia (Cozzarelli et al., 1998) o inconveniencia (Allanson, 2007) pueden influir negativamente en el ajuste en cualquier punto del proceso. Por el contrario, la percepción de disponibilidad y apoyo adecuado tiene repercusiones favorables tanto en el afrontamiento (Major et al., 1990) como en medidas de bienestar y autoestima para la mujer (Major et al., 1997; Major et al., 2000).

1.3.4. Salud mental.

La investigación en este campo ha estado fuertemente orientada a la determinación de la existencia, y eventualmente magnitud, del impacto negativo del aborto inducido en la salud mental de la mujer. Es decir, más que al estudio del bienestar de la mujer, en los últimos 30 años

se ha investigado profusamente la posibilidad y parámetros de la asociación entre la interrupción voluntaria del embarazo y enfermedad mental.

Como ya se comentó, los resultados han visto comprometida su interpretación por la agenda política o moral de sus autores, y al mismo tiempo han visto amenazada su validez por una serie de problemas metodológicos más o menos graves que incluyen la comprobación inadecuada de la exposición al aborto, la evaluación limitada de las secuelas (negativas) sobre la salud mental, y el fallo en el control de variables de confusión (Fergusson, 2008; Fergusson et al., 2006, 2008; Major, 2003; Morris y Orr, 2007). Estas amenazas a la validez son generalizadas y probablemente no exista ningún estudio capaz de superar todas ellas (Fergusson, 2008), ya que aunque su diseño fuese teóricamente posible, su implementación podría ser inviable en términos económicos o éticos.

Esto es así, en primer lugar, por la alta variabilidad individual de la experiencia, que haría conveniente la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos (Astbury-Ward, 2008). Además, se recomienda diseñar estudios prospectivos, e incluir grupos de comparación formados por mujeres que no hayan abortado nunca (no expuestas), o por mujeres que decidan proseguir con un embarazo no planeado (American Psychological Association, 2008).

En segundo lugar, existen ciertas particularidades de la población de estudio que dificultan su acceso y seguimiento. Con frecuencia, las mujeres se muestran reacias a participar en estudios relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo, existiendo una proporción importante de mujeres que no acepta participar de ningún modo, y que oscila entre el 15% y el 20% en los mejores casos (Major et al., 2000; van Emmerik et al., 2008), y supone más del 50% en otras investigaciones (Broen et al, 2004; Finer et al., 2005). Además, es habitual encontrar una elevada tasa de abandono en estudios prospectivos que oscila entre el 30% y el 50% respecto a la muestra inicial, a pesar del uso de compensación económica (Kero et al., 2004; Lauzon et al., 2000; Lundell et al., 2013b; Lydon, Dunkel-Schetter, Cohan, y Pierce, 1996; Major y Gramzow, 1999; Major et al., 2000; Pope et al., 2001).

En general, puede decirse que los estudios con metodología más débil tienden a hallar más secuelas negativas en salud mental en mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo. Por el contrario, los de mayor rigor metodológico tienden a ofrecer resultados neutrales, sugiriendo que hay poca o ninguna diferencia en términos de impacto negativo sobre la salud mental entre mujeres que abortan y grupos de comparación adecuados (Charles et al., 2008).

En consistencia con la primera gran revisión de la American Psychological Association sobre el aborto inducido (Adler et al., 1990) que analizó los estudios disponibles desde la legalización del procedimiento en Estados Unidos en 1973 hasta 1989, la más reciente revisión en salud mental y

aborto (American Psychological Association, 2008) indica que entre las mujeres adultas que tienen un embarazo no planeado, el riesgo relativo de problemas de salud mental no es mayor si tienen una primera interrupción voluntaria del embarazo en el primer trimestre, que si continúan con el embarazo. La evidencia relacionada con los riesgos relativos para la salud mental asociada a múltiples abortos es más equívoca, sugiriendo un mayor peso de la concurrencia de otros factores de riesgo (Hemmerling, Siedentopf, y Kentenich, 2005).

El que en los estudios más rigurosos la prevalencia de problemas de salud mental en el contexto del aborto inducido no difiera significativamente de la las tasas normativas para población general (American Psychological Association, 2008), no excluye lógicamente que hay una proporción de mujeres, en una cifra que oscila entre un 5% y un 10%, que experimenta secuelas psicológicas negativas (Avalos, 1999; Fergusson et al., 2009; Gilchrist, Hannaford, Frank, y Kay, 1995). Como se revisará a continuación con mayor detalle, estas secuelas incluyen depresión, ansiedad, abuso de sustancias y comportamiento autolesivo.

Son muchos los estudios que han estudiado la relación entre interrupción voluntaria del embarazo y depresión (Broen et al., 2005; Cougle, Reardon, y Coleman, 2003; Fergusson et al., 2006; Major et al., 2000; Pedersen, 2008; Reardon y Cougle, 2002; Schmiege y Russo, 2005; Taft y Watson, 2008). Los resultados varían en función de la metodología, y los estudios transversales de grupo único ofrecen un panorama parcial. En investigaciones con grupos de comparación, no se ha podido hallar diferencias significativas entre mujeres con un embarazo no planeado que optan por la continuación del embarazo y aquellas que deciden interrumpirlo (Schmiege y Russo, 2005). Ahora bien, los resultados provenientes de estudios longitudinales esclarecen que el riesgo de padecer ciertos trastornos psicológicos, incluida la depresión, está discretamente incrementado en la población de mujeres que opta por una interrupción voluntaria del embarazo cuando se controla la historia de salud mental preexistente como factor de riesgo previo al embarazo (Fergusson et al., 2006; Pedersen, 2007).

Ejemplo de ello es el estudio longitudinal de Fergusson et al. (2008), quienes siguieron durante 30 años y desde su nacimiento, a una cohorte de niñas neozelandesas. A partir de los 15 años recogieron historia reproductiva, medidas de trastornos mentales según clasificación DSM-IV y controlaron factores de confusión sobre la familia y la infancia, incluido el abuso infantil. Interpretan que el aborto podría estar asociado con un incremento discreto en el riesgo de trastornos mentales (depresión, ideación suicida, dependencia de drogas ilícitas), siendo que quienes siguieron con su embarazo, tanto planeado como inesperado, no tuvieron incremento en la tasa general de problemas de salud mental, en comparación con quienes no habían tenido hijos. Asimismo, sus resultados indicaron un incremento modesto pero detectable de riesgo sobre la salud mental para las mujeres que han tenido un aborto inducido, en comparación con las que

nunca estuvieron embarazadas. Los investigadores concluyen que cualquier asociación entre embarazo no planeado, aborto inducido y problemas de salud mental es de pequeña a moderada, con riesgos relativos ajustados de 1.1 a 1.8. La estimación del riesgo atribuible a la población sugiere que la exposición a un embarazo no planeado terminado por aborto electivo cuenta para menos del 5% de los problemas de salud mental experimentados por las mujeres de esta cohorte (Fergusson et al., 2009).

El estudio de los trastornos de ansiedad eventualmente relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo ha recibido gran interés (Broen et al., 2004; Cougle et al., 2005; Fergusson et al., 2006; Steinberg y Russo, 2008). Lo cierto es que se ha estudiado particularmente la posibilidad de su asociación con el trastorno por estrés postraumático, diagnóstico contemplado dentro de los trastornos de ansiedad por la Asociación Americana de Psiquiatría hasta el año 2013. Sin embargo, para abordar su prevalencia en el periodo posaborto es preciso matizar algunas cuestiones metodológicas, como por ejemplo el tipo de diseño o los instrumentos de medida.

En primer lugar, y respecto al tipo de diseño, se ha calculado la prevalencia de trastorno por estrés postraumático en los primeros meses tras el aborto electivo, ya que estudios con otros eventos traumáticos han indicado que en este periodo se producen la mayor parte de los síntomas (Blanchard et al., 1996; Silver, Holman, McIntosh, Poulin, y Gil-Rivas, 2002). Precisamente por eso, es posible que en el periodo inmediato posaborto las mujeres experimenten síntomas más intensos y compatibles con este diagnóstico, lo que arrojaría cifras superiores en los estudios transversales. Los diseños prospectivos que miden repetidamente la sintomatología de interés, pueden ayudar a entender mejor su intensidad y prevalencia (van Emmerik et al., 2008).

En segundo lugar, y respecto a los instrumentos de medida, se ha empleado muy frecuentemente la Escala del Impacto del Estresor (*Impact of Event Scale* -IES-, instrumento original de Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979; última versión adaptada en España debida a Báguena et al., 2001). Instrumentos como este, empleados habitualmente para detectar la presencia de trastorno por estrés postraumático, pueden estar reflejando respuestas no únicamente relacionadas con la existencia del trastorno, sino con características propias de este evento. Por ejemplo, como sugieren Broen et al. (2004), las respuestas de evitación en el periodo posaborto podrían no reflejar únicamente la supresión y represión asociada al trastorno por estrés postraumático, sino también un marcador del estigma social y del secreto asociados tanto con haber estado embarazada como con haber tenido un aborto.

Con estas cuestiones metodológicas presentes, en un estudio riguroso reciente del equipo de Lundell et al. (2013b) se describe que el diagnóstico de TEPT no es frecuente entre las mujeres que se someten a un aborto. De hecho, la cifra final en su estudio (7%) es la misma que la de las mujeres suecas en general. Ahora bien, si se contempla también el diagnóstico subclínico, la cifra

asciende a un 23%. En el seguimiento realizado a los seis meses confirman que la tasa de trastorno por estrés postraumático es baja tras un aborto inducido. También a largo plazo describen el perfil para quienes desarrollan el trastorno: mujeres jóvenes, en su primer aborto inducido, principalmente estudiantes o mujeres que no trabajan, de menor nivel educativo, y que además refieren la ocurrencia de alguna experiencia traumática no relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo (Lundell et al., 2013a).

En lo que atañe a los trastornos relacionados con sustancias son varios los estudios que han encontrado relación con la IVE (Cougle et al., 2005; Fergusson et al., 2006; Pedersen, 2007, 2008; Steinberg y Finer, 2010; Steinberg y Russo, 2008). Quizás uno de los resultados más interesantes sea que se ha hallado mayor probabilidad de abuso de sustancias en mujeres con historia de aborto inducido que en mujeres con aborto espontáneo. Dingle, Alati, Clavarino, Najman, y Williams (2008), estudiaron a 1223 mujeres australianas de una cohorte nacida entre 1981 y 1984 para examinar si haber tenido un aborto inducido o espontáneo se asociaba con subsecuentes trastornos mentales o de abuso de sustancias. Hallaron que las mujeres jóvenes con interrupción de embarazo tenían hasta tres veces más posibilidades de tener algún tipo de trastorno relacionado con consumo de alcohol y drogas ilícitas (excluyendo cannabis), siendo la probabilidad mayor para el grupo de mujeres con aborto inducido que para el grupo con aborto espontáneo.

En el estudio de la conexión entre aborto inducido y comportamiento autolesivo, algunos estudios han hallado que efectivamente guardan relación (Fergusson et al., 2006), aunque los resultados no han sido concluyentes. Vale la pena comentar el estudio de Gilchrist et al. (1995), con población británica, quienes realizaron una comparación entre varios grupos de mujeres: las que interrumpieron voluntariamente su embarazo, las que continuaron, las que solicitaron una interrupción y se les denegó, y las que solicitaron interrupción y cambiaron de opinión antes de someterse al procedimiento. Con un gran control de la historia y antecedentes médicos, psiquiátricos y obstétricos, hallaron que no había diferencias significativas en los grupos de comparación en mujeres con historia psiquiátrica equivalente. Las tasas de comportamiento autolesivo no difirieron en función del resultado del embarazo en las mujeres con historia de episodios autolesivos. Entre las mujeres sin historia psiquiátrica previa, la autolesión fue más elevada entre aquellas que deseaban interrumpir su embarazo y les fue denegado.

Finalmente, resulta llamativo que pocas investigaciones hayan atendido a la posibilidad de desarrollar trastornos adaptativos en relación al aborto inducido, diagnóstico ya contemplado bajo el conjunto de trastornos relacionados con el estrés y trauma en las principales clasificaciones diagnósticas al uso, CIE-10 (WHO, 1993) y DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Como entidad diagnóstica, supone un estado de alteración emocional subjetivo que interfiere con el desarrollo habitual de distintas áreas de funcionamiento de la persona, y que tiene como

característica esencial el ocurrir como respuesta psicológica a uno o varios acontecimientos estresantes identificables no necesariamente de gravedad extraordinaria o de tipo catastrófico. De esta forma, el evento estresante puede haber afectado a la integridad de la red de apoyo de la persona, a su seguridad y valores, o puede constituir una transición o crisis vital importante (WHO, 1993).

Este tipo de trastornos tiene una prevalencia notoria en poblaciones especiales que han sufrido un acontecimiento estresante, oscilando entre un 5% y un 20% en población general, y hasta un 50% en población hospitalaria, siendo que las mujeres son diagnosticadas dos veces más a menudo que los hombres (American Psychiatric Association, 2000). Además de la vulnerabilidad individual, es un trastorno que exige tener en cuenta el contexto y factores culturales que pueden influir en la presentación e intensidad de los síntomas. En aquellos estudios en los que la posibilidad de esta entidad diagnóstica es tenida en cuenta, es frecuente hallar una mayor prevalencia de trastornos adaptativos a corto plazo en asociación a la interrupción voluntaria del embarazo, en comparación con otras afecciones psicológicas (Toledo et al., 1999), pero ha sido una posibilidad escasamente estudiada.

Una interpretación plausible de los resultados expuestos es que la posibilidad de experimentar trastornos clínicamente significativos en el contexto de la interrupción voluntaria del embarazo se encuentra influida por varios factores, como características del embarazo en cuestión, apoyo social reducido para la decisión, percepción de estigma, necesidad de secreto, factores personales como baja autoestima, uso de estrategias de afrontamiento de evitación y negación, e historia previa de problemas de salud mental (American Psychological Association, 2008). De estos factores, la salud mental previa emerge como el factor más potente a la hora de predecir la salud mental en el periodo posaborto. Se ha considerado si la salud mental previa de las mujeres que optan por una interrupción voluntaria del embarazo puede ser *a priori* peor que la de las mujeres que llevan a término sus embarazos (Steinberg y Finer, 2010).

En este sentido, el equipo danés de Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Lidegaard, y Mortensen (2011), realizó un riguroso estudio prospectivo, empleando criterios diagnósticos CIE-10 (WHO, 1993) en un contexto de acceso libre al aborto inducido, sin mediar informes ni autorizaciones. Siguieron a un grupo de mujeres en su primer embarazo y sin historia de trastorno mental, en la naturaleza y número de los contactos con servicios de salud mental antes y después del parto o del aborto inducido de primer trimestre.

En lo que respecta a la naturaleza de las consultas psiquiátricas tras el aborto, hallaron que estaban relacionadas principalmente con trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, o somatomorfos (categorías F40-F49 de la CIE-10).

En lo que concierne al número de contactos, hallaron que las mujeres del grupo con aborto inducido habían realizado más contactos antes del aborto, y en algunos intervalos posaborto las consultas se incrementaban en comparación con el periodo anterior, pero sin un incremento consistente en el riesgo a lo largo del tiempo. No pasó lo mismo con las mujeres que dieron a luz, en las que las consultas sí se incrementaron de forma consistente por los mismos motivos además de por la aparición de trastornos afectivos. Concluyen que la apariencia de mayor morbilidad psiquiátrica del grupo con aborto podría ser un fenómeno de selección y no una asociación causal, ya que las diferencias con el grupo a término se encontraban ya antes de la IVE.

El conjunto de resultados disponibles sugiere que no está justificado considerar la interrupción voluntaria del embarazo como la causa de problemas de salud mental. La mejor evidencia disponible permite plantear que el aborto inducido ni tiene grandes y devastadores efectos sobre la salud mental de las mujeres, ni puede afirmarse de que no tenga ningún efecto. Dependiendo de determinados factores, para algunas mujeres va a suponer un suceso vital altamente estresante, que las situará en una posición de riesgo incrementado aunque modesto de problemas comunes en salud mental (Fergusson et al., 2008), mientras que para otras no lo será. Quizás resulte más procedente centrar la atención en los factores estructurales, psicológicos y contextuales previos y actuales que llevan a un embarazo no planeado, al aborto inducido y a otros problemas de salud mental (Steinberg y Finer, 2010), y que influyen en la variabilidad individual de la experiencia del aborto electivo.

1.3.5. Consideración integral del impacto psicológico del aborto.

Si atendemos a la variabilidad individual ante la experiencia de la IVE, es preciso asumir que cualquier conocimiento de las reacciones a acontecimientos estresantes debe contemplar el mayor espectro de respuestas posible, abarcando tanto las reacciones psicológicas negativas como las positivas. Sin embargo, hay mucha más investigación acerca de los efectos potencialmente negativos que el aborto puede traer a las mujeres, que acerca de sus efectos potencialmente positivos (Astbury-Ward, 2008).

Aquellas reacciones que normalmente conllevan malestar o sufrimiento se interpretan como consecuencias negativas en la mayor parte de estudios sobre el aborto. La propensión a la interpretación negativa hace que estas reacciones corran el riesgo de ser vistas como algo problemático y amenazante (Kero et al., 2004). Sin embargo, vale la pena contemplar las llamadas reacciones negativas como parte del conjunto, consideradas en un contexto más amplio que dé cabida a la totalidad de reacciones psicológicas. La investigación muestra que, de hecho, forman parte de la adaptación efectiva de la mujer junto a las reacciones llamadas positivas.

En atención a los resultados de estudios internacionales sobre las secuelas del aborto, hay un fuerte consenso sobre la baja incidencia de respuestas negativas severas, y sobre el alivio como el sentimiento dominante en el corto plazo inmediato posterior, a pesar de las diferencias metodológicas (Adler et al., 1990; American Psychological Association, 2008; Broen et al., 2005; Dagg, 1991; Freeman, 1978; Kero et al., 2004; Kero y Lalos, 2000; Major et al., 2000). La literatura tiende a sugerir que las mujeres que refieren emociones más positivas, tales como alivio, satisfacción y sensación de vuelta a la normalidad, no experimentan alteraciones psicológicas por el aborto (Goodwin y Ogden, 2007).

Desde este punto de vista, tanto las respuestas de felicidad y alivio, como la culpa, vergüenza o temor, así como la tristeza, la rabia o la angustia, acompañan la integración de la experiencia del aborto en la historia de vida de la mujer. Por tanto, pueden ser entendidas como respuestas de adaptación propias al proceso de estrés vivido, más que como respuestas psicopatológicas (Adler et al., 1992; Toledo et al., 1999).

En aquellos estudios que contemplan la valoración de aspectos positivos se ha encontrado que un buen número de mujeres relaciona la experiencia del aborto inducido con una serie de mejoras en distintas áreas de su vida. Kero et al. (2004) recogen que estas mejoras incluyen, por ejemplo, el área reproductiva, con un mayor control de su práctica contraceptiva y toma de conciencia de la propia fertilidad. En el área interpersonal, las mujeres informan de mejoras en la relación de pareja y apreciación de haberse vuelto más tolerantes hacia otros. En el área intrapersonal, perciben cambios relacionados con una mayor madurez y mayor responsabilidad. Las mujeres dicen desarrollar un autoconocimiento más profundo, así como el fortalecimiento de la autoestima y de la identidad. Finalmente, muchas mujeres expresan la toma de conciencia de una fortaleza interior que desconocían antes de enfrentarse al embarazo no deseado, la toma de decisión y la vivencia del periodo posaborto.

En suma, las reacciones negativas y positivas forman parte del conjunto de reacciones ante la interrupción voluntaria del embarazo como acontecimiento estresante. Se hace necesario, por tanto, contemplar de forma amplia las posibles respuestas y procesos implicados en la integración de la experiencia en la historia de vida de las mujeres que deciden abortar, incluida la perspectiva de percibir un cambio personal positivo. En la siguiente sección se abordará en mayor detalle en qué consiste este proceso de cambio o crecimiento relacionado con la vivencia de una situación estresante, analizando el contexto teórico y la evidencia empírica que indican en qué condiciones tiene lugar.

2. CRECIMIENTO RELACIONADO CON EL ESTRÉS.

El crecimiento relacionado con el estrés, como resultado del proceso de integración de experiencias estresantes, supone una perspectiva atractiva hasta ahora inexplorada ante la interrupción voluntaria del embarazo.

La arquitectura teórica y sustento empírico de este constructo abogan por una concepción humanista y constructivista del ser humano. En consonancia, dirigen el foco de atención hacia aspectos más positivos, pero sin obviar el sufrimiento que los eventos estresantes pueden comportar para una persona. Estos aspectos están relacionados con el afrontamiento efectivo, el compartir social, la reconstrucción de significado, la búsqueda de sentido, el bienestar psicológico y, en suma, la capacidad transformativa del ser humano.

En los próximos apartados se expondrá la delimitación conceptual y explicación teórica de este constructo, así como la evidencia disponible en distintas condiciones de estudio. Para ello, en primer lugar, se examinará cómo la propia evolución de la Psicología de la Salud ha posibilitado la expansión de este campo de estudio. Como se verá a continuación, ha sido relevante que la Psicología de la Salud haya extendido gradualmente su foco de atención de los efectos patogénicos del estrés, a la capacidad efectiva de afrontamiento y reconstrucción del ser humano.

2.1. El enfoque de la Psicología de la Salud.

La perspectiva de un resultado positivo en respuesta a un evento estresante es particularmente intrigante en el contexto de una visión patogénica del trauma ya bien establecida (Dekel, Mandl, y Solomon, 2011).

A favor de la visión patogénica, un amplio abanico de problemas físicos y psicológicos ha sido repetidamente documentados en respuesta al estrés intenso y al trauma (p.ej. Breslau, Davis, Andreski, y Peterson, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, y Hughes, 1995). Además, hay amplia evidencia de que el diagnóstico más prevalente estaría en el grupo de trastornos relacionados con el estrés y trauma, particularmente el TEPT. Dados los costes sanitarios asociados con las reacciones severas, no es sorprendente que la investigación sobre los trastornos relacionados con el estrés y el trauma haya crecido tanto (Jin, Xu, Liu, y Liu, 2014).

Sin embargo, la disfunción no puede explicarse completamente sin una comprensión más profunda de la salud y sus parámetros. Se ha hecho necesario que investigadores y teóricos avancen desde concepciones simplistas sobre salud y patología, hacia visiones más amplias sobre

los costes y beneficios relacionados con las distintas disposiciones individuales y mecanismos de adaptación (Bonanno, 2004). Este avance comprende la posibilidad de experimentar crecimiento personal tras un evento traumático (Bonanno, Galea, Bucciarelli, y Vlahov, 2006), y en su origen estuvo también vinculada al estudio de personas que habían experimentado problemas psicológicos significativos o que habían buscado tratamiento (Bonanno, 2004).

Podría considerarse que después de haberse ocupado de los más inminentes problemas psicológicos, asistamos actualmente en Psicología de la Salud a un creciente interés y estudio de los estados positivos y el bienestar (Vázquez, 2006). Sin embargo, no hay que perder de vista que la comprensión general de que el sufrimiento puede ser fuente posible de cambio positivo tiene miles de años. Por ejemplo, algunas de las ideas tempranas y escritos de los antiguos hebreos, griegos y primeros cristianos, así como enseñanzas del hinduismo, el budismo y el islam contienen elementos del poder potencialmente transformativo del sufrimiento (Joseph y Butler, 2010; Tedeschi y Calhoun, 1995). Además de estos planteamientos antropológicos y religiosos, el trabajo de novelistas, poetas y dramaturgos ha incluido a lo largo de la historia el intento de comprender el sentido del sufrimiento humano.

La tradición existencialista en filosofía da cuenta, particularmente a partir del siglo XIX (para una revisión véase Prini, 1989), de elementos claramente relacionados con el potencial positivo de transformación del ser humano. Así, hallamos referencias a la subjetividad de la experiencia humana (Kirkegaard), la facultad de elección (Heiddeger) y libertad del hombre como alma consciente, así como de su responsabilidad de renovarse (Sartre) y capacidad de reconstruir lo vivido en el futuro (Ortega y Gasset).

El vínculo con los postulados existencialistas y humanistas de la psicología en el siglo XX ha sido de gran calado, influyendo en la visión de clínicos e investigadores sobre la forma en que las crisis vitales relevantes ofrecen posibilidades para un cambio personal positivo (Tedeschi y Calhoun, 2004). Frankl (1946) planteaba la búsqueda de sentido tras sus experiencias en Theresienstadt y Auschwitz como un proceso de aprendizaje; Caplan (1964), abogaba procesos por los que los individuos que se enfrentan a crisis vitales mayores pueden ser ayudados a superarlas de forma efectiva y, en consecuencia, a desarrollarse psicológicamente como resultado de lo que han experimentado; Maslow (1954), en su propósito de estudiar personas saludables, apuntaba que las confrontaciones con la tragedia eran a menudo precursoras de autorrealización; y Yalom (1980) sugería que la terapia podía ayudar a los clientes a encontrar formas de emplear la angustia en su propio beneficio.

Sin embargo, no fue hasta los años 80, y sobre todo en los 90, cuando emergió el interés académico sistemático orientado específicamente a la posibilidad de percibir crecimiento al integrar una experiencia altamente estresante o traumática (Joseph y Butler, 2010; Tedeschi y

Calhoun, 2004). La investigación reciente indica que son reacciones comunes ante acontecimientos potencialmente traumáticos, tanto un patrón relativamente estable de funcionamiento saludable (Bonanno, 2005), como la generación de emociones positivas y experiencias de crecimiento.

Esta ampliación del foco de atención en el marco actual de la Psicología de la Salud, supone ir desde un modelo de déficit, riesgo o vulnerabilidad, hacia la consideración de la posibilidad de la persona de dar sentido en el conjunto de su existencia, a las experiencias que van formando parte de su vida (Fernández-Ríos y Comes, 2009). Ahora bien, es preciso que la psicología contribuya a realzar la capacidad afrontamiento e integración de los individuos sin caer en la "tiranía de lo positivo" (Fernández-Ríos y Comes, 2009). La llamada psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) no constituye una alternativa original ni promulga nada nuevo (Fernández-Ríos y Comes, 2009), es decir, no es ni un paradigma, ni un modelo en sí misma (Avia, 2006).

Es desde un punto de vista integrador desde el que vale la pena contemplar las aportaciones de esta llamada psicología positiva, y reconocer el mérito que tiene su orientación teórico-práctica, la fundamentación en la psicología humanista, y el énfasis en la aplicación preventiva en su difusión de la necesidad de atender a los aspectos psicológicos positivos (Fernández-Ríos y Comes, 2009). El objetivo es por supuesto dar cabida de forma consistente al impulso explicativo positivo y constructivo del ser humano, pero esta consideración de los aspectos positivos no puede obviar la existencia de aspectos psicológicos tradicionalmente denominados negativos, que son sin duda funcionales y en potencia positivamente útiles.

De hecho, no sólo es posible afirmar que los afectos positivos y negativos en relación a los eventos traumáticos coexisten en la misma persona, sino que lógicamente las personas que afrontan eventos altamente negativos van a experimentar consecuencias negativas. Los individuos que informan de experiencias de crecimiento en relación al trauma, pueden continuar experimentando alteraciones psicológicas a lo largo del tiempo. En algunas personas el malestar psicológico constituye el disparador hacia el proceso del crecimiento posestrés (Joseph, Linley, Shevlin, Goodfellow, y Butler, 2006), y en otras es la persistencia del malestar la que se relaciona con la construcción de nuevos significados (Calhoun y Tedeschi, 1999).

La coexistencia de experiencias de crecimiento y malestar es solo uno de los muchos interrogantes que plantea el estudio del crecimiento relacionado con el estrés. Dadas las implicaciones clínicas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Joseph, 2004; Tedeschi y Calhoun, 2004), particularmente en materia preventiva, se hace necesario sumar a la evidencia de que las personas que afrontan crisis vitales mayores experimentan cambios significativos percibidos como positivos, el conocimiento de los procesos por los que este fenómeno tiene lugar.

2.2. Delimitación conceptual.

El abordaje de este campo de estudio en desarrollo, requiere delimitar el concepto de crecimiento personal que se propone. Además de aspectos definitorios que se plantearán inmediatamente, se abordarán también tres de los debates que afectan al concepto. El primero de ellos atañe a si la ocurrencia de crecimiento se produce exclusivamente ante situaciones estresantes, o si es posible que se perciba también ante cambios madurativos o normativos. El segundo de ellos contempla la posibilidad de que la percepción de crecimiento tenga tanto un componente real de afrontamiento y reinterpretación positiva, como un componente ilusorio más relacionado con la evitación. El tercero y último presenta la percepción de crecimiento, bien como un proceso constructivo, bien como el resultado valorativo de la experiencia.

2.2.1. Definición.

Dado que centrarse únicamente en las secuelas negativas del trauma y la adversidad puede conducir a una visión sesgada de las reacciones postraumáticas, cualquier conocimiento comprehensivo de las reacciones a la crisis y la adversidad debe tener en cuenta no solo los cambios negativos, sino también el potencial positivo de cambio (Linley y Joseph, 2004). En este potencial, la posibilidad de que las personas manifiesten experiencias de crecimiento hace referencia al cambio positivo experimentado como resultado del proceso de lucha que la persona emprende a partir de la vivencia de un suceso altamente estresante (Calhoun y Tedeschi, 1999).

Por ello, y para presentar las cuestiones fundamentales que acotan conceptualmente la percepción de crecimiento ante situaciones altamente estresantes, se abordará a continuación la diferenciación con el concepto próximo de resiliencia, la justificación conceptual del término y los elementos principales que integran el concepto de crecimiento.

La primera aclaración que cabe realizar es la disociación entre el concepto de crecimiento y el de resiliencia. Esta aclaración es necesaria ya que, por una parte, se han asimilado como equivalentes en la literatura (Tedeschi, Calhoun, y Cann, 2007) y, por otra parte, se ha debatido si el crecimiento es una forma de resiliencia o es superior a la resiliencia (R. J. Johnson et al., 2007; Lepore y Revenson, 2006; Tedeschi et al., 2007; Westphal y Bonanno, 2007).

La definición compatible con la resiliencia es la capacidad de mantener un funcionamiento relativamente estable en parámetros de salud física y mental, a pesar de la relación con un medio insano, sea este agudo o crónico. De esta forma, la resiliencia haría referencia a un conjunto amplio de características personales en interacción con el medio, que facilitan un desenvolvimiento normalizado a pesar del trauma. El concepto de crecimiento, por su parte,

conlleva una valoración de cambio positivo en diversos aspectos, como la perspectiva de la vida, las relaciones interpersonales y la percepción de sí mismo (Aldwin, 1994; Leung et al., 2010; Tedeschi, Park, y Calhoun, 1998).

Se ha hallado una relación inversa entre resiliencia y crecimiento (Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz, y Solomon, 2009; Tedeschi y Calhoun, 2004; Westphal y Bonanno, 2007), de manera que el crecimiento sucedería si el trauma ha sido lo suficientemente intenso como para llevar a la persona a la construcción de un significado positivo del evento negativo. La resiliencia haría a una persona menos proclive a percibir amenaza para sí misma o para su visión del mundo, dado que sería más capaz de mitigar el impacto del evento y estaría menos orientada a comprometerse en comportamientos de búsqueda de sentido (Bonanno, Wortman, y Nesse, 2004). Por ello, se ha argumentado que las personas con elevada resiliencia tendrían poca necesidad, o darían poca oportunidad, a la experiencia de crecimiento (Schuettler y Boals, 2011; Westphal y Bonanno, 2007).

Seguidamente, es necesario advertir que los teóricos e investigadores de esta área de estudio difieren en la forma de presentar teóricamente el concepto de crecimiento, como ponen de manifiesto las distintas revisiones (Affleck y Tennen, 1996; Calhoun y Tedeschi, 1998; Linley y Joseph, 2004; McMillen, 1999; Meyerson, Grant, Smith-Carter, y Kilmer, 2011; Park, 1998; Rajandram, Jenewein, McGrath, y Zwahlen, 2011; Ramos y Leal, 2013) y metaanálisis realizados (Helgeson, Reynolds, y Tomich, 2006; Prati y Pietrantoni, 2009; Shakespeare-Finch y Lurie-Beck, 2014; Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi, y Demakis, 2010). Por ello, se ha generado un buen número de términos más o menos relacionados que pretenden hacer referencia al mismo concepto (Joseph et al., 2006; Tedeschi y Calhoun, 2004). En la Tabla 2 puede hallarse una relación representativa de la terminología generada en al respecto.

Tabla 2.
Relación no exhaustiva de términos asociados a crecimiento.

Denominación original	Traducción tentativa	Autoría
Positive psychological changes	Cambios psicológicos positivos	Yalom y Lieberman (1991)
Perceived benefits	Beneficios percibidos	McMillen, Zuravin, y Rideout (1995)
Thriving	Prosperar	O'Leary e Ickovics (1995)
Stress-related growth	Crecimiento relacionado con el estrés	Park, Cohen, y Murch (1996)
Posttraumatic growth	Crecimiento postraumático	Tedeschi y Calhoun (1996)
Flourishing	Florecimiento	Ryff y Singer (1998)
Discovery of meaning	Descubrimiento de significado	Bower, Kemeny, Taylor, y Fahey (1998)
Positive affect	Afecto positivo	Folkman y Moskowitz (2000)
Adversarial growth	Crecimiento ante la adversidad	Joseph y Linley (2005) Linley y Joseph (2004)

Nota. Elaboración propia sobre Joseph et al. (2006) y Tedeschi y Calhoun (2004).

No es objeto del presente trabajo ahondar en las diferencias epistemológicas tras las diferencias semánticas, pero sí se hace necesario aclarar por qué se ha optado por el término crecimiento relacionado con el estrés en este trabajo.

En primer lugar, el término crecimiento se considera pertinente por varios motivos. Básicamente, invoca de forma explícita la metáfora biológica asociada a la tradición humanista en psicología (Joseph y Butler, 2010). Además, subraya que la persona tiene un desarrollo más allá de su nivel de funcionamiento previo (Vázquez, Castilla, y Hervás, 2009). Al mismo tiempo, refleja la resolución de la tensión producida entre el sistema de creencias previo y la integración de la nueva información en un nuevo sistema de creencias sobre sí mismo, los demás y la filosofía de la vida (Tedeschi y Calhoun, 2004).

En segundo lugar, y aún reconociendo que el término crecimiento postraumático es quizás el de uso más extendido en la literatura internacional, se estima que el término trauma en nuestro medio connota tanto un hecho extremo, como un daño duradero e intenso. Como se abordará más adelante, el proceso de crecimiento puede ocurrir no solo en relación a acontecimientos altamente estresantes, sino también por experiencias personales significativas negativas e incluso positivas. Además, como se explicará oportunamente, el nivel de crecimiento y el nivel de daño (alteración psicológica) guardan probablemente una relación curvilínea, de manera que resultaría inexacto asociar el crecimiento a esta connotación intensa y duradera del término trauma.

En tercer lugar, los ya descritos modelos explicativos del duelo sobre la relación entre interrupción voluntaria del embarazo y salud mental, abogan por una interpretación del aborto inducido como experiencia traumática. Emplear el término trauma en el contexto de crecimiento y cambio positivo que se presenta, implicaría por tanto una contradicción en el posicionamiento del presente trabajo respecto a la IVE.

Por todo ello se considera más adecuado seguir la propuesta terminológica de crecimiento relacionado con el estrés introducida por Park et al. (1996). Adicionalmente, el planteamiento de Park se integra explícitamente en el marco más amplio de la teoría transaccional del estrés, enfatizando la naturaleza dinámica de la respuesta ante los acontecimientos estresantes (Park y Folkman, 1997). La elección del término, por tanto, responde también al marco teórico de referencia en este trabajo.

Finalmente, respecto a los elementos principales que integran el concepto de crecimiento, existe bastante consenso en la aceptación de la formulación de Tedeschi y Calhoun (1996). Según su planteamiento, el crecimiento relacionado con el estrés (CRE) contempla la ocurrencia de cambios positivos en tres áreas principales: cambios en la percepción de uno mismo, cambios en las relaciones personales y cambios en la filosofía de la vida.

De esta manera, las personas que afrontan situaciones vitales que confrontan su sistema de creencias, integran información nueva sobre la imagen que tienen de sí mismas, percibiéndose con mayor fortaleza y confianza en sí mismas que antes. Estos cambios afectan no solo a la autoevaluación de competencia ante las dificultades, sino también a la generalización en el abordaje futuro de otros retos.

Asimismo, se producen cambios en la relación con los demás. La percepción de la propia vulnerabilidad se relaciona con un incremento del aprecio por las relaciones significativas, de la apertura, aceptación y uso de los apoyos sociales previos, y de la sensibilidad hacia otras personas que sufren, dirigiendo más energía a la mejora de sus relaciones con los demás.

Finalmente, los individuos informan de cambios en su filosofía de la vida, que se reflejan en la búsqueda de sentido de la experiencia vivida, cambios en las prioridades y perspectiva de la propia vida y, en ocasiones, cambios en aspectos espirituales y religiosos.

2.2.2. Situacional o normativo.

Se ha debatido, tanto teórica como empíricamente, si el crecimiento percibido por las personas está asociado únicamente a situaciones altamente estresantes o traumáticas, o si es posible hallar experiencias de crecimiento en relación a cambios normativos o madurativos.

Efectivamente, las personas informan de crecimiento percibido ante multitud de situaciones potencialmente traumáticas, tanto naturales como humanas. Al respecto cabe señalar que los informes de crecimiento ante acontecimientos de tipo natural son con frecuencia más elevados que ante situaciones relacionadas con la acción el hombre (Saccinto et al., 2013).

Entre las naturales, se han realizado estudios en el contexto de terremotos (p.ej. Jin et al., 2014; García, Jaramillo, Martínez, Valenzuela, y Cova, 2013; Xu y Liao, 2011; Vázquez, Cervellón, Pérez-Sales, Vidales, y Gaborit, 2005), y otras situaciones de emergencia (p.ej. Polatinsky y Esprey, 2000; Saccinto, Prati, Pietrantoni, y Pérez-Testor, 2013).

Entre las situaciones por acción humana, se encuentran investigaciones sobre abuso sexual infantil (p.ej. McMillen et al., 1995), violación y otras agresiones sexuales (p.ej. Frazier, Conlon, y Glaser, 2001; Frazier, Tashiro, Berman, Steger, y Long, 2004), guerra y combate (p.ej. Fontana y Rosenheck, 1998), terrorismo (p.ej. Butler et al., 2005; Vázquez, Pérez-Sales y Hervás, 2008), y violencia colectiva (p.ej. Arnoso et al., 2011). Asimismo, se ha registrado crecimiento percibido en relación con otros sucesos vitales estresantes, como ser víctima (p.ej. Zoellner, Rabe, Karl, y Maercker, 2008), o perpetrador de un accidente de tráfico (p.ej. Merec, Waszkowska, y Wezyk, 2012).

De manera particular en Psicología de la Salud, se han realizado numerosos estudios vinculados a enfermedad oncológica (p.ej. Arpawong, Oland, Milam, Ruccione, y Meeske, 2013; Connerty y Knott, 2013; Jansen, Hoffmeister, Chang-Claude, Brenner, y Arndt, 2011; Scrignaro, Barni, y Magrin, 2011), y especialmente a cáncer de mama (p.ej. Carver y Antoni, 2004; Cordova, Cunningham, Carlson, y Andrynowski, 2001; Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox, y Grana, 2004; Mystakidou, Tsilika, Parpa, Kyriakopoulos, et al., 2008; Sears, 2003; Vázquez y Castilla, 2007), entendiendo la enfermedad oncológica como una situación estresante de tipo crónico (Scrignaro et al., 2011). Asimismo, se ha estudiado ampliamente enfermedad cardiaca (p.ej. Affleck, Tennen, Croog, y Levine, 1987; Garnefski, Kraaij, Schroevers, y Somsen, 2008; Leung et al., 2010), infección por VIH (Updegraff, Taylor, Kemeny, y Wyatt, 2002), y otros tipos de enfermedad médica (Maercker y Langner, 2001) o crónica (Abraído-Lanza, Guier, y Colón, 1998).

Sin embargo, hay que considerar que también es posible hallar experiencias de crecimiento significativas ante crisis vitales normativas como por ejemplo la muerte de un ser querido, y de hecho son múltiples los estudios que documentan percepción de crecimiento en el duelo (p.ej. Büchi et al., 2009; Polatinsky y Esprey, 2000; Taku, Calhoun, Cann, y Tedeschi, 2008). En la misma línea es posible plantear que, bajo determinadas circunstancias, otros acontecimientos normativos en el marco de procesos madurativos puedan asociarse a informes de cambio positivo. Se entiende que los procesos de desarrollo implican combinaciones complejas de experiencias vitales y, por tanto, el crecimiento personal que estamos definiendo como crecimiento relacionado con el estrés, puede registrarse también durante el desarrollo normal de la persona (Anderson y López-Báez, 2011).

La investigación que documenta crecimiento en ausencia de un evento estresante identificado se ha nutrido de los datos provenientes de grupos de control sin trauma que se han incluido en algunos diseños metodológicos (p.ej. Alisic, van der Schoot, van Ginkel, y Kleber, 2008; Anderson y López-Báez, 2008, 2011; Cordova et al., 2001; Taku, Kilmer, Cann, Tedeschi, y Calhoun, 2012; Tedeschi y Calhoun, 1996).

Parece ser que las experiencias de crecimiento serían mayores en los grupos de personas que afrontan una situación altamente estresante, en comparación con los grupos sin evento identificado, tanto en adultos (Calhoun y Tedeschi, 2006; Taku et al., 2012) como en niños (Alisic et al., 2008). Hay que reconocer, sin embargo, que ha habido datos contradictorios al respecto (Tedeschi y Calhoun, 1996; Smith y Cook, 2004).

Estos resultados sugieren que el proceso de CRE difiere de los patrones de ajuste normativos o esperados, y se ha propuesto que el componente afectivo asociado a las distintas experiencias podría ser el elemento diferenciador entre los procesos de crecimiento normativo y situacional

(Tedeschi y Calhoun, 2004). En cualquier caso, es preciso realizar más estudios longitudinales y prospectivos que controlen el crecimiento madurativo (Meyerson et al., 2011).

Sin embargo, considerar que la experiencia de crecimiento estaría únicamente asociada a las demandas psicosociales causantes primarias del estrés resultaría reduccionista desde el punto de vista procesual del estrés (Sandín, 2008). Sin duda la evaluación cognitiva y el afrontamiento, así como las características personales y sociales, van a estar implicadas en la respuesta de estrés inicial y en su repercusión en la salud física y psicológica de la persona. Se trata, por tanto, de una ecuación personal que deja a un lado el debate situacional/normativo, al considerar la relevancia de la experiencia individual en la percepción de crecimiento relacionado con el estrés.

Prueba de ello es la constatación de experiencias de crecimiento asociadas a la ocurrencia de eventos positivos (Aldwin y Levenson, 2004). Se ha hallado un importante impacto de los eventos positivos en la percepción de crecimiento y en la relación con las creencias básicas de la persona. Por ejemplo, y respecto a las creencias sociales, los eventos positivos parecen reforzar más las creencias básicas de lo que los negativos las cuestionan. La mayor frecuencia de hechos positivos provoca que las creencias sociales se vean más frecuentemente reforzadas que neutralizadas por los hechos negativos que, además de ser menos frecuentes, tienen menos capacidad para socavarlas (Bilbao, Páez, da Costa, y Martínez-Zelaya, 2013).

Ahora bien, se trate de acontecimientos potencialmente traumáticos, de sucesos vitales estresantes, de acontecimientos normativos, o de hechos de impacto positivo, la experiencia individual es la que determinará finalmente la proporción de crecimiento percibido.

2.2.3. Realidad o ilusión.

El cuestionamiento del constructo de CRE parte de una doble vertiente. Por un lado, se ha cuestionado la validez de las medidas de crecimiento, sujetas en un primer momento a entrevistas y, más tarde, a autoinformes. Por otro lado, se ha planteado la posibilidad de intervención de sesgos que influyan en la interpretación personal de experiencia, y que estén indicando una percepción ilusoria de crecimiento, y no un crecimiento real.

Las primeras críticas a la validez del CRE plantearon que la percepción de crecimiento podía estar influida por la deseabilidad social o por algún tipo de sesgo positivo de autovaloración. Sin embargo, no se ha encontrado ninguna relación entre medidas de deseabilidad social y CRE. Estudios de validez con uso de juicios externos de pares y otros indicadores (Shakespeare-Finch y Barrington, 2012; Smith y Cook, 2004; Weiss, 2002) añaden que no hay pruebas de que las

personas que informan de CRE puedan estimarse mejores que los demás, o subestimen las fortalezas de los demás (Calhoun y Tedeschi, 2004).

El que la valoración de crecimiento de las personas pueda implicar alguna forma de pensamiento ilusorio es un campo de estudio que comparte desarrollo teórico y hallazgos empíricos (Aldwin y Levenson, 2004; Campbell, Brunell, y Foster, 2004; R. J. Johnson et al., 2007; Levine et al., 2009; Maercker y Zoellner, 2004; Nolen-Hoeksema y Davis, 2004; Park, 2004; Stanton y Low, 2004; Wortman, 2004).

El CRE se ha asociado a indicadores de afrontamiento de negación así como de evitación e intrusión, sugiriendo que en parte se trata de reevaluaciones positivistas o de juicios sesgados que seleccionan y atienden selectivamente a unos aspectos en detrimento de otros (Páez et al., 2011). Posiblemente el crecimiento percibido implicaría la devaluación del propio pasado, para poder valorar que hay una mejoría en el presente. En este sentido, podría considerarse que las percepciones de cambio positivo son en parte ilusorias (Davis y McKearney, 2003; Zoellener y Maercker, 2006).

Este es el planteamiento que proponen Maercker y Zoellner (2004) con el modelo de la cara de Jano[3]: la posibilidad de que junto al componente constructivo del CRE autopercibido, coexista un componente ilusorio. El primero representa el proceso de crecimiento en relación a cambios significativos en los esquemas cognitivos personales y ajuste positivo al trauma (Tedeschi y Calhoun, 2004). El segundo refleja más bien ilusiones positivas distorsionadas (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, y Gruenewald, 2000), que tendrían la función de proteger a la persona tanto de las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés, como de la realización de cambios profundos en las creencias básicas, contribuyendo por tanto a mantener cierto equilibrio (Affleck y Tennen, 1996).

Así, para algunas personas, el CRE se mantiene o incrementa a lo largo del tiempo, facilitando una percepción de crecimiento más real, mientras que para otras personas el CRE se debilita con el tiempo, refiriendo un crecimiento de tipo ilusorio (Calhoun y Tedeschi, 2004). Diversos estudios apoyan este planteamiento teórico, tratando de explicar los procesos por los que ambos componentes del CRE se relacionan entre sí y qué influencia pueden tener en el ajuste psicológico del individuo.

En esta línea, es posible hablar de un efecto deletéreo para el ajuste del componente ilusorio del CRE si se asocia con estrategias cognitivas de evitación, como serían los esfuerzos deliberados para no pensar en el acontecimiento y en sus implicaciones. Dado que el lado ilusorio del CRE

[3] El dios romano Jano tenía dos caras mirando hacia ambos lados de su perfil. Se le consideraba dios de las puertas, simbolizando los principios y finales, el pasado y el futuro.

puede correlacionar con la autoconsolidación, e incluso con la negación tanto a corto como a largo plazo, la percepción de CRE podría volverse una estrategia cognitiva de evitación por sí misma (Scrignaro et al., 2011). Por el contrario, si la percepción ilusoria del CRE coexiste con pensamientos deliberados sobre el acontecimiento y sus implicaciones, y no excluye un esfuerzo activo de afrontamiento, puede servir como estrategia de afrontamiento paliativa a corto plazo, por lo que el componente ilusorio tendría un valor adaptativo para afrontar la adversidad (Westphal y Bonanno, 2007).

Scrignaro et al. (2011), por ejemplo, hallaron que mientras que en una primera medida de CRE había una relación con estrategias de afrontamiento de evitación (autodistracción y uso del humor), sin que en la segunda medida esta relación estuviera presente, el afrontamiento centrado en el problema se relacionó con CRE en ambas medidas. En el afrontamiento satisfactorio del trauma se ha hallado que el componente constructivo del CRE se mantiene estable o crece a lo largo del tiempo y el componente ilusorio decrece (Ramos y Leal, 2013; Wagner, Forstmeier, y Maerkcker, 2007).

Esto otorgaría al componente ilusorio del CRE un papel protector del equilibrio de las personas. Cabría esperar que aquellos individuos que manifiesten mayores síntomas de estrés, reflejen también este componente ilusorio en el esfuerzo por amortiguar el impacto negativo de la experiencia (Zoellner y Maercker, 2006). Desde este punto de vista sería posible explicar mejor algunos resultados repetidos en la relación entre CRE y trastornos relacionados con el estrés y el trauma, atendiendo tanto al procesamiento cognitivo como al emocional en todo su espectro, emociones positivas incluidas (Fredrickson, Tugade, Waugh, y Larkin, 2003).

Por ejemplo, Zoellner et al. (2008) hallaron que las personas con baja sintomatología de trastorno por estrés postraumático pero indicadores de gran optimismo, referían menor CRE. Sin embargo, en aquellas personas con elevada sintomatología de trastorno por estrés postraumático, el elevado optimismo se relacionó con puntuaciones altas en CRE. La relación entre la severidad de la sintomatología relacionada con el estrés y variables de procesamiento daría lugar a los componentes constructivo e ilusorio de la experiencia de crecimiento en distintos momentos del proceso.

Muy probablemente, el constructo del CRE sea multidimensional, con un componente real y otro ilusorio, siendo predicho tanto por procesos de afrontamiento adaptativos como no adaptativos, es decir, tanto por la reinterpretación positiva como por la evitación (Armeli, Gunthert, y Cohen, 2001; Maercker y Herrle, 2003; Widows, Jacobsen, Booth-Jones, y Fields, 2005; Zoellner et al., 2008).

2.2.4. Resultado o proceso.

La interpretación de la naturaleza del fenómeno del CRE puede hacerse desde dos perspectivas (Zoellner y Maercker, 2006): bien como un resultado percibido tras la puesta en marcha de una serie de estrategias de afrontamiento de la experiencia estresante (Schaefer y Moos, 1992, 1998; Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004), bien como un proceso de dotación de sentido a la experiencia, a través de la integración del significado que supone para la persona (Park, 1998; Park y Folkman, 1997).

Considerar el CRE como resultado se relaciona intuitivamente con la percepción misma de las personas, quienes informan de su ocurrencia como resultado del afrontamiento de la experiencia estresante. Shaefer y Moos (1992) en su modelo de crisis vitales y crecimiento personal, plantean el modelo clásico en el que factores ambientales, personales y relacionados con el acontecimiento afectan a la valoración y afrontamiento de las situaciones estresantes. Estos factores modulan la experiencia y sus consecuencias, entre las que se encontraría la posibilidad de CRE como resultado. Tedeschi y Calhoun (1996, 2004) en su modelo revisado de crecimiento postraumático, que se expondrá con mayor detalle más adelante, conceptúan el CRE como una variable de resultado, ya que aunque entienden que el crecimiento es consecuencia de un proceso, la valoración de crecimiento es el resultado del mismo.

El otro planteamiento contempla la posibilidad de que el crecimiento sea el propio proceso y esfuerzo de dotar de significado a la experiencia estresante para integrarla adaptativamente. Tras una primera fase de asimilación de la realidad perceptiva, la persona se adentra en la interpretación de esa realidad, tratando de hallar sentido a lo vivido. Como indica Park (1998), cuando una situación altamente estresante lleva a las personas a percibir crecimiento es porque en el esfuerzo de reducir la discrepancia se han producido cambios en el significado situacional (p.ej. hacer cambios en su vida que prevengan futuras ocurrencias) o global (p.ej. identificar los posibles beneficios) de esa experiencia. La percepción de CRE sería uno de los caminos hacia la dotación de significado, pudiendo también llegarse mediante atribuciones o reatribuciones (asignación de causas más benignas o menos discrepantes a la situación traumática), o mediante la re-evaluación positiva de lo vivido.

Lamentablemente, la presentación de las dos posiciones respecto a la naturaleza del crecimiento postraumático ha opuesto artificialmente ambas posturas (Vázquez et al., 2009), cuando lo cierto es que el desarrollo teórico y el estudio empírico del CRE conjuga las más de las veces ambas explicaciones sobre su naturaleza, como proceso y como resultado (Affleck y Tennen, 1996; Calhoun y Tedeschi, 2004; Maercker y Zoellner, 2004).

2.3. Planteamiento teórico.

Debido a la ausencia de modelos causales estándar, la interpretación de los resultados en los distintos estudios es heterogénea (Vázquez, Pérez-Sales, y Ochoa, 2014). Ahora bien, los modelos actuales sobre CRE, de ámbitos teóricos diversos, mantienen que tanto la intensidad de la respuesta traumática como la posibilidad de CRE son en cierta medida una consecuencia del grado de ruptura de las creencias básicas y el proceso de su reconstrucción (Park, 2010).

Por ello, antes de la presentación de los dos modelos teóricos preponderantes en la actualidad, el Modelo Transformativo (Tedeschi y Calhoun, 2004) y el Modelo de la Valoración del Organismo (Joseph y Linley, 2005), se presenta la teoría de la ruptura de las creencias[4] básicas (*shattered assumptions*) de Janoff-Bulman (1992). Esta teoría se desarrolló antes del establecimiento del campo, y ha proporcionado la arquitectura teórica fundamental para las teorías principales respecto al CRE.

2.3.1. La ruptura de las creencias básicas.

El planteamiento teórico de Janoff-Bulman (1992) parte de la suposición de que las personas desarrollan a lo largo de su experiencia vital una serie de creencias implícitas asociadas a necesidades universales. Estas creencias participan de las posibilidades de adaptación y bienestar de las personas, al favorecer el establecimiento de representaciones cognitivas estables sobre el mundo, los demás, y uno mismo.

Precisamente, los esquemas conceptuales básicos permiten afrontar eficientemente la realidad porque se mantienen firmes a pesar de la adversidad y de las evidencias en contra (Epstein, 1994; Janoff-Bulman, 1989, 1992). Esto sucede particularmente respecto a eventos infrecuentes, pero también en personas con más experiencias positivas que negativas, o que perciben como controlables los acontecimientos negativos (Brewer, Weinstein, Cuite, y Herrington, 2004; Weinstein, 1980).

La autora propone tres grandes grupos de creencias (Janoff-Bulman, 1992): La naturaleza significativa y con sentido del mundo, la benevolencia del mundo y de los otros, y la valía de uno mismo y del yo digno de respeto. Estas creencias básicas sobre el mundo, sobre los otros, y sobre uno mismo (Figura 4) guían las acciones, ayudan a comprender las causas y razones de lo que sucede, y pueden proporcionar un sentido general de propósito (Tedeschi y Calhoun, 2004).

[4] Janoff-Bulman denomina a estos esquemas básicos *assumptions*, es decir, asunciones o suposiciones. Sin embargo, se ha optado por la traducción de "creencias", más común en la literatura científica en castellano.

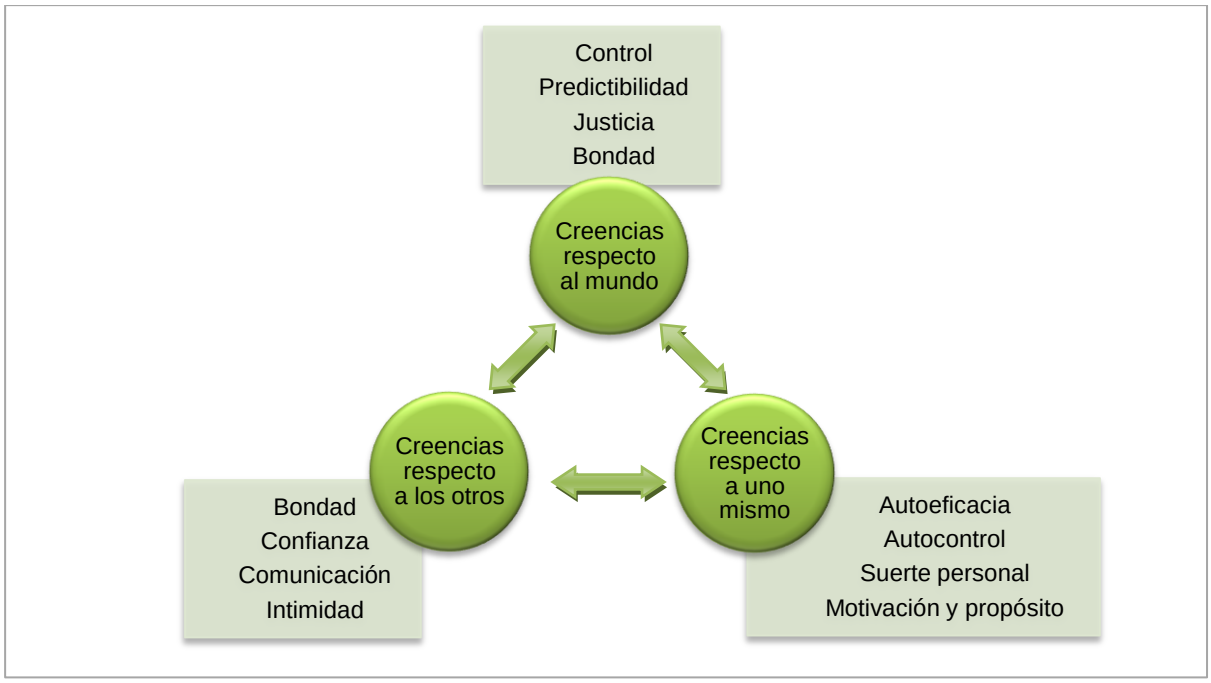


Figura 4. Las creencias básicas.
Nota. Elaboración propia sobre Arnoso et al. (2011), Janoff-Bulman (1992), y Pérez-Sales (2004).

- El primer conjunto de suposiciones permite asumir el mundo como controlable, en el que hay cierto orden y predictibilidad en lo que acontece. Un mundo que además opera de manera justa, dando a cada quien lo que en justicia le corresponde.
- El grupo de suposiciones sobre la benevolencia sustenta la visión positiva del mundo en general y de los hechos que en él ocurren en particular, contribuyendo a la predicción positiva del propio futuro. Al mismo tiempo este grupo de suposiciones mantiene una postura favorable hacia la relación con el mundo social, sobre la bondad, confianza, intimidad y comunicación con los otros.
- Finalmente, las asunciones sobre uno mismo comprenden creencias positivas sobre sí mismo (autoestima), sobre la autoeficacia y el autocontrol y sobre la suerte personal (Janoff-Bulman, 1992), además de la motivación y propósito personal.

A pesar de la tendencia a la estabilidad, las creencias básicas no son inmunes a la realidad. Los acontecimientos altamente estresantes que movilicen afectivamente a la persona, tendrían el potencial de propiciar cambios en ella (Arnoso et al., 2011). Las experiencias altamente estresantes pueden suponer una crisis para algunas personas, pero el modo y grado en que la persona resulte afectada dependerá no tanto del tipo de situación estresante y de las circunstancias que la rodearon, como de su historia personal (sistema de creencias previo), y de qué esquemas cognitivos centrales en su identidad (Pérez-Sales, 2004) se vean cuestionados tras el evento.

En este sentido, el acontecimiento será traumático para un individuo concreto, si le supone la ruptura de su mundo de suposiciones, obligándole a cambiar algunas de esas creencias. Hay diferencias de grado en la magnitud y dirección del cambio percibido, de manera que se encuentra tanto un impacto negativo asociado a una percepción de mayor vulnerabilidad, como cambios positivos relacionados con la reconstrucción positiva de las creencias básicas.

En cuanto al primer grupo, algunas personas extraen una visión más negativa del mundo y de su propia seguridad, con lo que el desengaño y la percepción de la propia vulnerabilidad formarían parte del proceso iniciado tras el evento estresante (Janoff-Bulman, 2004). Se ha hallado que las personas que informan de impacto negativo de una experiencia estresante, modulan las creencias en un sentido menos positivo, pero rara vez totalmente negativo (Arnoso et al., 2011). Quienes experimentan sucesos altamente estresantes, en comparación con personas que no los han vivido, pueden tener una visión menos benevolente del mundo y mayor desconfianza hacia los demás, así como desarrollar una imagen menos positiva de sí mismos, con menor confianza en el sentido y propósito del mundo.

En el segundo grupo, más de la mitad de las personas (Helgeson et al., 2006; Prati y Pietrantoni, 2009) emprende una reconstrucción positiva de su propia imagen, de sus relaciones con los otros y de su comprensión el mundo, proceso que está asociado a la ocurrencia de CRE. La alteración de las creencias básicas de la persona las expone a reconstrucción, lo que posibilita la percepción de CRE (Calhoun y Tedeschi, 2004). No obstante, el CRE no se centra tanto en la reconstrucción de una visión ordenada, justa, controlable, con sentido y benevolente en general del mundo, sino que se orienta a valorar los aspectos positivos de las reacciones de uno mismo y de los otros, así como a desarrollar una flexibilización y adaptación de las creencias filosóficas generales (Bilbao et al., 2013).

Ahora bien, la posibilidad de experimentar un crecimiento positivo no ocurre como resultado directo de la situación estresante, sino de la lucha con la nueva realidad que emerge tras la situación (Vázquez et al., 2009). La situación ha de suponer un evento "sísmico" para la persona (Calhoun y Tedeschi, 1998), que amenace las estructuras esquemáticas que han guiado la comprensión, la toma de decisiones y la dotación de significado hasta ese momento (Tedeschi y Calhoun, 2004). La crisis psicológica queda así definida en relación al grado en el que los componentes fundamentales del mundo de suposiciones se ven desafiados, cuando la propia seguridad, identidad y comprensión del futuro se ven amenazadas (Janoff-Bulman, 1992).

2.3.2. Modelo Transformativo.

El Modelo Transformativo, como modelo conceptual del CRE, es debido a sucesivos trabajos de Tedeschi y Calhoun (Calhoun y Tedeschi, 2001; Tedeschi y Calhoun, 1996; 2004; 2011). Los autores explican el CRE dentro de un mecanismo de autorregulación (Figura 5) conectado a la tendencia innata de protegerse al alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés causado por condiciones adversas (Ramos y Leal, 2013).

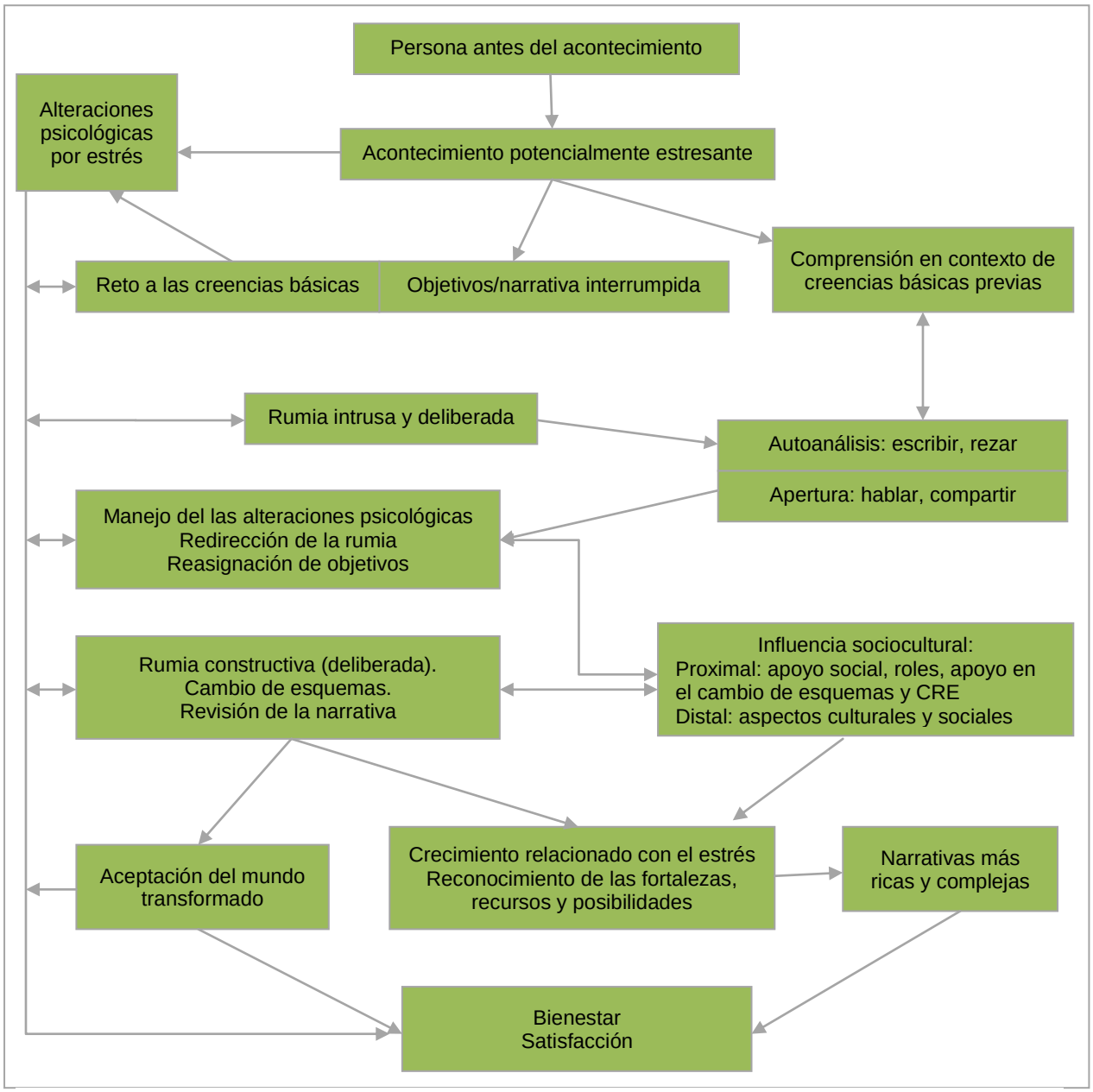


Figura 5. Modelo Transformativo.
Nota. Adaptado de Tedeschi y Calhoun (2011) y Hefferon (2013).

El planteamiento general es que el acontecimiento potencialmente estresante reta las creencias y proyectos previos de la persona, provocando al mismo tiempo alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés. La puesta en marcha de mecanismos de rumia[5], autoanálisis y apertura, junto a la influencia proximal y distal de factores sociales, contribuye a la aceptación de un mundo personal transformado, en el que la persona reconoce ciertas fortalezas, recursos y posibilidades en el marco de un nuevo esquema narrativo (Tedeschi y Calhoun, 2011).

Según este modelo, los cambios positivos ocurren en una o más de las cinco áreas de estudio clásico del CRE. Estas cinco áreas o dominios teóricos, son los que contempla la herramienta de mayor difusión para la valoración del CRE, el *Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi y Calhoun, 1996):

- Mayor sensación de fortaleza personal. La persona descubre mayor capacidad para lidiar con retos y dificultades futuras, e incluso cambiar cuestiones que considere necesario cambiar. Asimismo, reconoce claramente una diferencia entre su *self* previo y el *self* posterior fortalecido (Lindstrom, Cann, Calhoun, y Tedeschi, 2013). Sin embargo, esta sensación de mayor fortaleza va acompañada por una comprensión clara del impacto negativo del acontecimiento estresante en la propia vida, así como por la percepción de mayor vulnerabilidad (Tedeschi y Calhoun, 2004).
- Relaciones más cálidas e íntimas con los demás. En el periodo tras la crisis, la persona intenta comprender la situación, y trata de manejar el estrés y la pérdida que le supone. En este estado, busca apoyo y ayuda de las personas significativas de su vida (Tedeschi y Calhoun, 1996), con las que comparte estas experiencias personales negativas. La persona percibe una mayor conexión emocional con algunas de estas personas, así como un incremento en la cercanía e intimidad compartida en sus relaciones interpersonales (Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004). Subsecuentemente, comienza a aceptar mejor la ayuda proveniente de otros, y hace tanto un mejor uso de su red social existente, como una inversión en nuevas relaciones (Calhoun y Tedeschi, 2001). De hecho, se reflexiona acerca de las relaciones, por lo que algunas se volverán significativas y otras se debilitarán e incluso se romperán (Tedeschi y Calhoun, 2004).
- Nuevas posibilidades. Tras lucha con la adversidad, la persona descubre nuevas opciones en varias áreas de su vida (Lindstrom et al., 2013). La creación de un nuevo camino en la vida se relaciona con la percepción de una nueva filosofía de vida que cambia las suposiciones y creencias básicas previas, así como el aprecio de nuevas posibilidades y oportunidades que no existían o no eran salientes antes del evento (Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004).

[5] Tradicionalmente se ha traducido a nuestra lengua el término inglés *rumination* por "rumiación", que no es una entrada aceptada en castellano. En este trabajo se ha optado por emplear rumia, que designa la consideración lenta y la reflexión con madurez de algo.

- Incremento en el aprecio por la vida y sensación de cambio en las prioridades. Con la reconstrucción cognitiva debida al afrontamiento del trauma, la persona adquiere una sensación de vulnerabilidad individual y comprende que no puede predecir o controlar determinados acontecimientos (Calhoun y Tedeschi, 2001). Al reconocer la inestabilidad de la vida, la persona cambia el grado de importancia otorgado a ciertos eventos, comenzando a prestar atención a aspectos que anteriormente consideraba insignificantes (Tedeschi y Calhoun, 2004). Como resultado se produce un cambio en las prioridades vitales y un mayor aprecio de la vida (Lindstrom et al., 2013).
- Desarrollo espiritual. Como resultado de la confrontación con estas condiciones estresantes, la experiencia de la persona se abre a preguntas espirituales y en ocasiones religiosas (Lindstrom et al., 2013), constituyendo un mecanismo de afrontamiento en sí mismo (Calhoun y Tedeschi, 2001). Por supuesto, el cambio percibido depende también del compromiso previo con cuestiones espirituales y religiosas, así como de la atribución causal del evento, como por ejemplo, si la persona tiene sensación de seguridad y amparo en su fe, o por el contrario sus sentimientos son de ira e injusticia hacia el poder religioso (Pargament, Desai, y McConnell, 2006).

2.3.3. Modelo de la Valoración del Organismo.

El Modelo de la Valoración del Organismo (*Organismic Valuing Model*) propuesto por Joseph y Linley (2005), parte de una concepción del ser humano como un organismo activo, orientado al crecimiento, inclinado naturalmente a integrar sus experiencias psicológicas en un sentido unificado de sí mismo, y a formar parte de estructuras y grupos sociales mayores (Ryan, 1995). Esta tendencia innata es lo que se describe como el proceso de valoración del organismo (Scrignaro et al., 2011).

El planteamiento del modelo tiene dos claras implicaciones teóricas. En primer lugar, conecta con la psicología humanista, en la que el CRE es visto como indicativo de procesos cognitivos naturales y normales, con el potencial de generar cambio positivo (Joseph y Butler, 2010). El modelo relaciona la ocurrencia de CRE con aspectos evolutivos y de desarrollo del individuo, de manera que entienden que la asimilación y acomodación de la información relacionada con el evento estresante forma parte de una tendencia natural. El punto de inicio es la lucha por el significado, como se recoge en la teoría de Janoff-Bulman (1992), pero se asume que en el proceso la persona percibe tanto consecuencias negativas como positivas del evento estresante.

Debido precisamente a que estos autores consideran más adecuado valorar los aspectos positivos y negativos de la experiencia, han desarrollado un instrumento a tal efecto (Joseph et al., 1993). El Cuestionario de Cambios en el Resultado (*Changes in Outlook Questionnaire*), tiene el objetivo

de abarcar ambas valoraciones: la posibilidad de otorgar un significado negativo o positivo a la experiencia.

En segundo lugar, este modelo otorga particular importancia al contexto social de apoyo (Joseph, Williams, y Yule, 1995). El contexto social facilita la satisfacción de importantes necesidades psicológicas básicas como la competencia, el compromiso y la conexión en la relación (Ryan y Deci, 2000). La teoría de la valoración del organismo sugiere explícitamente que el tipo de apoyo social más beneficioso para la experiencia del CRE es el entorno que favorece la autonomía (Scrignaro et al., 2011). Puede verse una representación gráfica del modelo en la Figura 6.

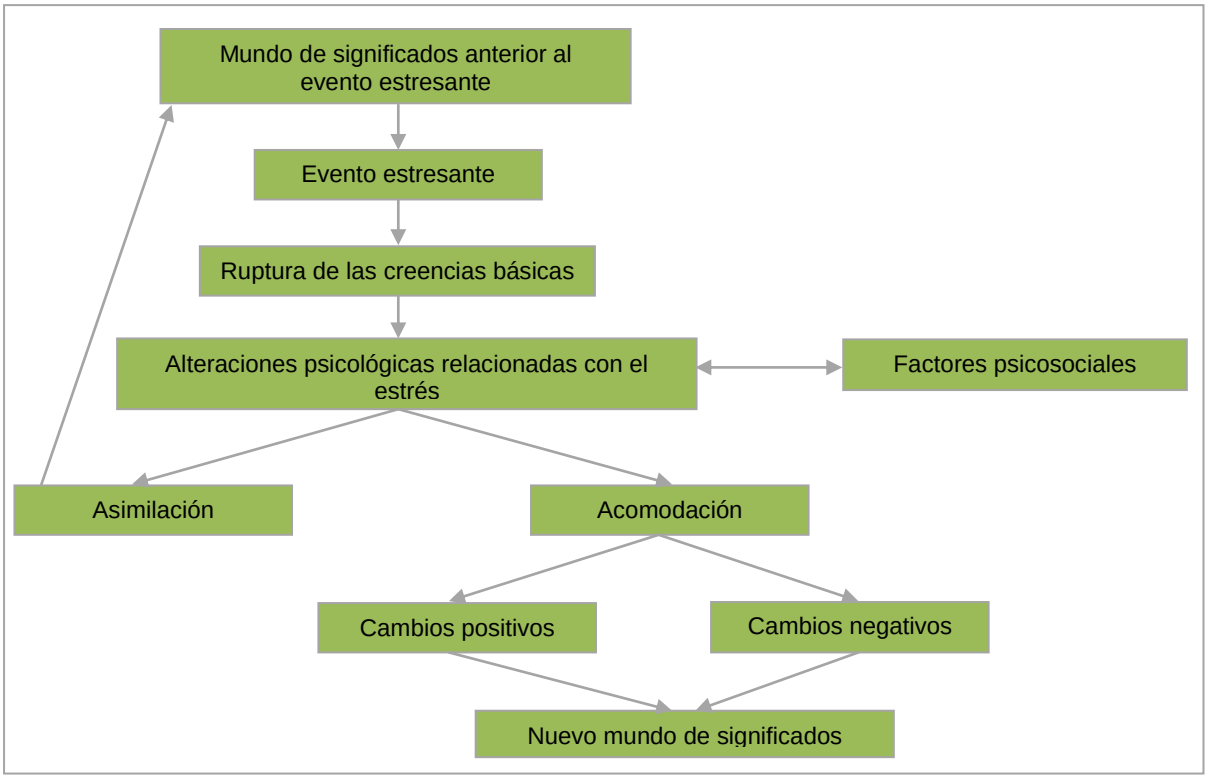


Figura 6. Modelo de la Valoración del Organismo.
Nota. Adaptado de Joseph y Linley (2005) y Hefferon (2013).

Joseph et al. (2005) plantean un modelo en tres etapas:

- Tempranamente tras un evento, la persona experimenta una crisis (colapso) y desorganización. Al intentar asimilar la experiencia, se compromete en una búsqueda de significado que implica aspectos tanto positivos como negativos.
- Entonces, mientras se desarrolla el procesamiento emocional, se produce una disociación gradual entre el peso otorgado a los significados negativos y positivos del trauma.
- Finalmente, cuando la persona establece nuevos significados, habiendo acomodado lo vivido, los significados correlacionan inversamente, de forma que serán sustancialmente negativos o positivos.

2.4. Crecimiento ante la experiencia estresante.

Los modelos explicativos de CRE descritos comparten la importancia otorgada a la ocurrencia de una experiencia estresante, que desencadena un proceso de integración de esa experiencia en la concepción que la persona tenía hasta ese momento de sí misma, de los otros y del mundo. Fruto de ese proceso es posible enmarcar la percepción de crecimiento, asumiendo que no todas las personas informarán de este tipo de experiencias (Park, 1998).

Si se añade a esta concepción las aportaciones del modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984), será necesario considerar que la interpretación que haga la persona de su situación influirá en su respuesta en términos de la reacción emocional y los esfuerzos de afrontamiento. Esta interpretación dependerá a su vez de sus recursos personales y sociales, así como de las características de la experiencia estresante. De esta manera, será necesario considerar tanto la evaluación primaria que realice la persona, en parámetros de controlabilidad del suceso, magnitud de la transgresión de las propias creencias, expectativas y objetivos, y el punto hasta el que el evento es evaluado como una amenaza o un desafío; como la evaluación secundaria, entendida como el grado en el que la persona estima tener los recursos para manejar la situación estresante.

Desde esta perspectiva, las consecuencias relacionadas con el estrés estarán determinadas por varios elementos, que incluyen, entre otros, ajuste psicológico y físico preexistente, estatus socioeconómico, personalidad, apoyo social, visión del mundo y experiencia previa (Park, 1998). Por supuesto, además de la respuesta de estrés del modelo clásico (Lazarus y Folkman, 1984), cabe la posibilidad de resultados psicológicos positivos (Folkman, 1997).

Integrar los modelos al uso en la teoría transaccional del estrés, facilita comprender que los procesos de CRE dependen de factores relacionados con el individuo, su valoración y sus recursos. En esta sección se explorarán algunos aspectos relevantes de la valoración de la experiencia, particularmente la relevancia de la experiencia subjetiva de estrés en la posibilidad de crecimiento. Además, se sumarán otros resultados específicos del campo del CRE, ya que se ha hallado que la exposición, severidad, y tiempo transcurrido desde del evento también guardan relación con la magnitud del cambio percibido. Esta situación ha motivado que gran parte de los estudios se hayan centrado en investigar acontecimientos traumáticos en el sentido estricto del término. Sin embargo, como se verá a continuación, los resultados invitan a ampliar el concepto de trauma en el ámbito del CRE, para dar cabida a la percepción subjetiva y única de cada persona respecto al acontecimiento estresante y sus implicaciones.

2.4.1. La ampliación del concepto de trauma.

Existen muchas definiciones de trauma o hecho traumático en la literatura. Parece haber consenso entre las diferentes propuestas nosológicas en considerarlo como una experiencia que constituye una amenaza para la integridad de la persona (Pérez-Sales, 2004). Es decir, trauma designa un acontecimiento extremo, y aunque desde una perspectiva restringida las clasificaciones solo han considerado hechos traumáticos las amenazas a la integridad física, desde una perspectiva más amplia sería necesario incluir también las amenazas a la integridad psicológica. Las posibilidades de confusión se multiplican, ya que a menudo trauma también designa en la literatura los efectos del proceso de afrontar la adversidad y el resultado de afrontarla (Pat-Horenczyk y Brom, 2007).

Si se adopta la concepción estricta del concepto de trauma, como hecho físicamente extremo, sería necesario considerar la importancia de las características del evento en sí como determinantes del impacto del suceso y de sus consecuencias, incluida la posibilidad de desarrollar CRE. Sin embargo, los modelos teóricos de CRE asumen que el crecimiento no sucede como un resultado directo del evento traumático, sino que es fruto del proceso de integración de la experiencia.

Efectivamente, si se contempla el CRE vinculado al proceso que se inicia tras el acontecimiento potencialmente estresante, será preciso atender a las teorías del procesamiento cognitivo, afectivo y social del trauma (Creamer, Burgess, y Pattison, 1992; Pennebaker y Beall, 1986), que indican que los acontecimientos estresantes han de ser percibidos como suficientemente amenazantes para la propia integridad física o psicológica, ya que no suscitan cambios en sí mismos, ni positivos ni negativos. Es decir, el tipo de evento *per se* no explica los resultados en el campo del CRE, sino que serían las características de la experiencia subjetiva las que influyen la ocurrencia de CRE (Linley y Joseph, 2004).

En este marco, los propios Tedeschi y Calhoun (2004) sugieren que el CRE ocurre tras experimentar crisis vitales altamente desafiantes, indicando que para experimentar cambios positivos puede no ser necesario para un individuo experimentar un trauma tal y como es definido por el DSM (American Psychiatric Association, 2013). Más bien, es la visión subjetiva de cada uno acerca de ese evento como estresante o difícil, la que puede conducir al cambio (Lancaster, Kloep, Rodríguez, y Weston, 2013). Proponen que tanto si el evento puede ser calificado de traumático según la clasificación al uso como si no, los acontecimientos que hacen que la persona se cuestione su visión del mundo, como conductores de cambio y potencial crecimiento, podrán calificarse como trauma (Tedeschi y Calhoun, 1996).

Trauma describiría por tanto un conjunto de circunstancias que representa un reto significativo a los recursos adaptativos de la persona, así como un desafío importante a la forma de comprender el mundo y su lugar en él (Janoff-Bulman, 1992).

Este planteamiento se ve refrendado por informes de CRE ante gran variedad de crisis vitales (Taku et al., 2008), y la investigación muestra que el CRE es en general independiente del tipo de suceso, tanto en población adulta (Park et al., 1996; Scrignaro et al., 2011), como en niños y adolescentes (Milam, Ritt-Olson, y Unger, 2004). Consecuentemente, en el campo del CRE es imprescindible trabajar con una noción amplia del trauma, entendiéndolo como experiencia individual, no asociada a un tipo de evento determinado. Esta concepción es la que da cabida a la posibilidad de que la interrupción voluntaria del embarazo pueda suponer, subjetivamente, para una mujer individual, una experiencia estresante o traumática.

Ahora bien, aunque se asume que el acontecimiento estresante en sí mismo no determina la percepción de CRE, es posible que algunos tipos de evento estén más vinculados a experiencias de CRE que otros. Como ya se indicó, así sucede en el caso de accidentes naturales, en los que habitualmente se informa de más CRE que en situaciones provocadas por la mano del hombre (Saccinto et al., 2013). También la severidad del acontecimiento podría ser una condición para la ocurrencia de CRE, ya que se ha hallado que la gravedad objetiva del evento se relaciona con el nivel de CRE informado (Jansen et al., 2011; Helgeson et al., 2006; Zoellner, Rabe, Karl, y Maercker, 2008). Probablemente la propia gravedad del evento conduciría a un fuerte sufrimiento y cuestionamiento de creencias, propiciando el crecimiento.

Si bien los eventos vitales altamente estresantes que retan el mundo de suposiciones de la persona tienden a disparar el procesamiento cognitivo que conducirá a la percepción de cambio positivo, en algunos casos condiciones menos traumáticas pueden promover la percepción de beneficios (Cann et al., 2009). La relación es probablemente curvilínea: el mayor crecimiento se daría en niveles intermedios de estrés y trauma, ya que un hecho poco severo no provocaría cambios, y un hecho extremo provocaría predominantemente efectos negativos (Butler et al., 2005). En este sentido, si bien es cierto que la valoración subjetiva del trauma tiene más peso que sus características objetivas (Meyerson et al., 2011), también se ha hallado que es necesario un nivel mínimo de exposición objetiva para provocar una evaluación cognitiva del evento (Taku et al., 2012).

Jin et al. (2014), por ejemplo, hallaron que una variable importante que predecía CRE en su estudio fue el grado de exposición al terremoto de Wenchuan, de manera que a mayor exposición, mayor CRE. Nuevamente, la relación entre el grado de trauma y el crecimiento no es necesariamente lineal y positiva, sino curvilínea (Fontana y Rosenheck, 1998), siendo menor la percepción de cambios positivos cuanto más altos o más bajos son los niveles de exposición. Se plantea que situaciones estresantes percibidas como devastadoras podrían bloquear la posibilidad de CRE, por lo que la percepción de beneficio será mayor con una exposición intermedia, más que alta o baja (Vázquez et al., 2009).

Dado que el tipo de evento puede no predecir crecimiento, aún es preciso investigar qué caminos son aquellos que hacen que las personas expuestas a eventos vitales estresantes encuentren resultados positivos en el procesamiento de la experiencia (Lancaster et al., 2013), y en ese sentido, qué factores determinan la valoración subjetiva que puede conducir al CRE.

2.4.2. La experiencia subjetiva de estrés.

La relevancia de la experiencia subjetiva de estrés en el CRE ha sido defendida tanto teórica como empíricamente (Laufer y Solomon, 2006). Se propone a continuación justificar la elección del estrés subjetivo *versus* objetivo, y explorar el posible papel mediador de las alteraciones relacionadas con el estrés entre trauma y CRE, dada la coexistencia de estados emocionales negativos junto a la percepción de cambio positivo (Tedeschi y Calhoun, 2004; Helgeson et al., 2006). Finalmente, se expondrán los parámetros de la valoración subjetiva de estrés: reacción inmediata al evento, valoración cognitiva de daño, grado experimentado de amenaza y percepción de control.

Del mismo modo que ha sucedido en lo tocante al trauma, los estudios tienden a encontrar una relación más fuerte entre estrés subjetivo y CRE que respecto al estrés objetivo (Meyerson et al., 2011). Bajo una definición objetiva de estrés (Grant et al., 2003), se considerarían estresantes aquellos acontecimientos ambientales o condiciones crónicas que objetivamente amenazan la salud física o psicológica, o más globalmente, el bienestar de los individuos de una determinada edad en una determinada sociedad. Es decir, sería posible elaborar una lista de acontecimientos objetivos y valorar distintos eventos como estresantes porque es objetivo que así lo sean. Sin embargo, si se asume el planteamiento transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984), el estrés es una relación particular entre la persona y su entorno, que es percibida por la persona como agotadora o que rebasa sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. Las generalizaciones que proporciona el enfoque del escalamiento de los acontecimientos vitales difícilmente podrían explicar la ocurrencia de CRE desde la subjetividad individual de la experiencia estresante.

Pese a la constatación empírica de que el estrés subjetivo es un predictor más potente que el objetivo a la hora de relacionarse con el CRE (Laufer y Solomon, 2006), se ha argumentado que las medidas subjetivas de estrés confunden eventos ambientales con la respuesta de alteración psicológica (Dohrenwend, 2006; Grant et al., 2003). Efectivamente el estrés subjetivo podría estar midiendo no solo el trauma en sí, sino también la respuesta emocional de estrés al mismo, por lo que se ha propuesto que las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés sirven como mediadoras de la asociación entre trauma y CRE (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Así, la experiencia subjetiva de estrés que puede llevar a una percepción de cambio positivo comporta también la presencia de un estado emocional negativo. De hecho, se ha hallado

reiteradamente que la percepción de CRE no implica ni la ausencia de sufrimiento, ni es consecuencia de la desaparición de la experiencia de estrés (Tedeschi y Calhoun, 2004). Por ejemplo, el CRE coexiste con síntomas propios de alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés, como rumia automática, pensamientos intrusos, evitación y otros síntomas clínicos de trastorno de estrés postraumático (Helgeson et al., 2006). Parece pues haber algunos elementos comunes en la manifestación postraumática de crecimiento y de estrés, que podrían estar mediando entre el trauma y el desarrollo y consolidación de ambos tipos de experiencia.

Lo cierto es que gran parte de la literatura sobre eventos altamente estresantes se ha centrado en el concepto de TEPT (Vázquez et al., 2005), y hasta despuntar como objeto de estudio independiente, el conocimiento sobre CRE provenía justamente de trabajos diseñados para estudiar alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés, en particular TEPT (Tedeschi, 1999).

También en torno a este diagnóstico, se había observado que los acontecimientos *per se* no son determinantes en el bienestar. Por un lado, aunque la prevalencia de sucesos traumáticos a lo largo de la vida en población general es de más del 50% (Breslau, Davis, y Andreski, 1995), la prevalencia estimada de TEPT a lo largo de la vida en población general es del 1% al 3% en diagnóstico estricto y del 5% al 15% incluyendo formas menos severas del trastorno (Kessler, 2000). Es decir, la prevalencia de TEPT es relativamente baja en población expuesta a acontecimientos altamente estresantes. Además, hay una proporción importante de personas que, aún enfrentada con experiencias extremas, reacciona mejor de lo esperable (Avia y Vázquez, 1998), manteniendo un equilibrio estable sin psicopatología reactiva (Bensimon, 2012; Bonanno, Galea, Bucciarelli, y Vlahov, 2006). Por otro lado, se ha hallado que la carga total de los factores estresantes solo cuenta para el 10% de la varianza total de las reacciones ante esos eventos (Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999; Maercker y Herrle, 2003).

Es preciso tener en cuenta que la exposición al evento estresante comporta una reacción inmediata por parte de la persona, que influye en la reacción subsecuente. Por ejemplo, una mayor reacción de pánico durante la exposición está asociada con mayor activación adrenérgica, mayor condicionamiento al miedo, consolidación de la memoria y persistencia de los síntomas de activación (Marmar et al., 2006). Se ha hallado que las reacciones de pánico peritraumáticas predicen síntomas postraumáticos de intrusión y activación o *hiperarousal* (Galea et al, 2002; Saccinto et al., 2013). Esto ha permitido estudiar el rol de los síntomas de pánico como una variable mediadora en el proceso de desarrollo y consolidación del TEPT (Pitman, 1988).

Del mismo modo, los estudios indican que la intensidad de los síntomas peritraumáticos (particularmente síntomas de intrusión y activación, pero no de evitación) también media en la relación entre pánico peritraumático y CRE, incrementando la probabilidad de su desarrollo (Dekel et al., 2011; Saccinto et al., 2013). Asimismo, sustenta la noción de Janoff-Bulman (1992)

de que un evento debe retar severamente la forma de comprender el mundo del individuo, para activar un proceso cognitivo dirigido a reconstruir los esquemas personales. Estos que tendrán que ser más resistentes a ser destruidos, e incorporar la experiencia de trauma y otros posible eventos futuros (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Por tanto, a la reacción inmediata es preciso añadir el proceso cognitivo de evaluación de la situación y de los propios recursos, por lo que se ha tenido en cuenta variables cognitivas de valoración cognitiva de daño, amenaza y percepción de control. Respecto a la percepción de amenaza y daño, parece ser que las personas que evalúan su experiencia como más severa reflejan mayor nivel de CRE (García et al., 2013; Jansen et al., 2011; Morris y Shakespeare-Finch, 2011; Morris, Shakespeare-Finch, Rick, y Newbery, 2005; Tedeschi y Calhoun, 2004; Zoellner et al., 2008). Esto sugiere que mayores niveles de amenaza y daño percibidos están asociados con puntuaciones más altas en CRE, lo que contribuye a sustentar la propuesta de que es la gravedad percibida del suceso la que activa mecanismos que permiten el crecimiento personal (Calhoun y Tedeschi, 1999). Es posible que, igual que sucede con la exposición y la severidad objetiva del evento, también la relación entre severidad percibida y CRE sea curvilínea.

Por su parte, la percepción de pérdida de control caracteriza a las situaciones altamente estresantes, siendo que el control percibido respecto al evento se relaciona generalmente con más CRE (Dekel et al., 2011; Linley y Joseph, 2004). Así, la experiencia de pérdida de control participa en la ruptura de los supuestos sobre el mundo (Janoff-Bulman, 1992) que da inicio al proceso de integración de la experiencia. Es posible especular que la pérdida de control durante el trauma puede conducir a un procesamiento cognitivo intenso al intentar entender lo sucedido.

Mediante este proceso, en aquellos casos en los que se construye un nuevo autocontrol se registrará CRE, mientras que en los que esto no se logre las posibilidades de presentar afectación clínica serán mayores (Dekel et al., 2011). La relación entre autocontrol y CRE apoya la noción de la naturaleza defensiva del CRE ya revisada, mientras que la sensación de control no implica la reducción de las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés (Lazarus y Folkman, 1984), en concordancia con los hallazgos de experiencia de CRE en coexistencia con informes de alteraciones psicológicas.

Finalmente, aunque los estudios sobre CRE han considerado estos y otros factores relacionados con la experiencia subjetiva de estrés, tienden a contemplar situaciones en las que las personas son víctimas de acontecimientos naturales o humanos, acontecimientos por tanto en los que la responsabilidad se sitúa fuera del sujeto. Por ello, un caso particular en evaluación subjetiva está constituido por aquellas interacciones persona-situación en las que la persona se percibe responsable de la situación acaecida, ya que podría especularse que las personas con participación activa en su propia situación estresante podrían no percibir cambios positivos tras la misma.

Sin embargo, en su estudio con personas que habían perpetrado un accidente de tráfico, Merec et al. (2012) hallaron que los participantes reflejaban experiencias de CRE. Esto fue así aunque no se sintieran en derecho de quejarse acerca de los síntomas que experimentaban, o sobre su bajo bienestar, y pese a los pensamientos sobre responsabilidad y culpa que interferían incluso en la búsqueda de ayuda. Es más, los mayores cambios positivos se hallaron en las personas que además resultaron físicamente heridas, lo que sugiere el peso de la valoración de amenaza para la vida e indefensión, además de la controlabilidad.

Estos resultados hacen plantearse qué respuesta de crecimiento es posible esperar ante la interrupción voluntaria del embarazo, en la que la mujer se somete voluntariamente al procedimiento tras un proceso de toma de decisión responsable. Cabe preguntarse si la experiencia subjetiva de estrés juega un papel importante o no en la percepción de CRE cuando la persona ha decidido bajo su responsabilidad someterse a una situación estresante que, a su vez, es parte del afrontamiento de otra situación estresante, el embarazo no esperado. Sin duda otros parámetros de la vivencia van a influir en la posibilidad de percibir cambios positivos asociados a las situaciones estresantes y, como se verá a continuación, en este campo de estudio el tiempo transcurrido desde el evento podría influir en el desarrollo de CRE.

2.4.3. El tiempo transcurrido desde el evento.

El tiempo transcurrido desde el evento se considera una variable de peso en la ocurrencia de CRE (Shakespeare-Finch y Lurie-Beck, 2014), ya que se asume que la percepción de crecimiento requiere de la puesta en marcha de procesos de integración y asimilación de la experiencia a lo largo del tiempo. Este planteamiento justifica la tendencia que ha habido a evaluar el crecimiento largo tiempo después de ocurrido el suceso (Manne et al., 2004).

Sin embargo, las personas realizan cambios y procesan emociones y pensamientos también durante e inmediatamente después del evento, por lo que se ha hallado percepción de CRE pronto tras la experiencia. Los resultados de investigaciones realizadas sobre el impacto temporal de los hechos vitales han mostrado que tanto los hechos positivos como negativos ocurridos hace tres meses o menos tienen una influencia significativa en la satisfacción con la vida, disminuyendo su impacto a los seis meses de ocurrido (Suh, Diener, y Fujita, 1996). Sin embargo, dependiendo del tipo de suceso negativo, este impacto puede ser más duradero (hasta dos años) como ocurre ante la muerte de un ser querido (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer, y Vohs, 2001).

Lamentablemente, los resultados respecto a la relación entre el paso del tiempo y la percepción de CRE no son consistentes, especialmente por cuestiones metodológicas (Shakespeare-Finch y Lurie-Beck, 2014; Stanton, Bower, y Low, 2006). Los estudios transversales apuntan a que el CRE podría decrecer con el tiempo (Cordova et al., 2001), mientras que la evidencia proveniente

de estudios longitudinales es contradictoria. Así, aunque algunos revelen un incremento del CRE a lo largo del tiempo, con un patrón constante de cambio (Frazier, et al., 2001; Manne et al., 2004; McMillen, Smith, y Fisher, 1997), la mejor evidencia disponible parece indicar que el CRE es bastante estable a lo largo del tiempo (Linley y Joseph, 2004), como revelaría el hecho de no hallar asociación temporal entre el tiempo transcurrido y la percepción de CRE (Lelorain, Tessier, Florin, y Bonnaud-Antignac, 2012; Zoellner et al., 2008).

Los datos procedentes de metaanálisis no han resultado particularmente esclarecedores. Prati y Pietrantoni (2009) especulan con la posibilidad de que la relación entre CRE y el paso del tiempo sea curvilínea. Dado que los eventos traumáticos requieren cambios esquemáticos masivos, el CRE como proceso se desplegaría con el paso del tiempo (Joseph y Linley, 2005), siguiendo la acomodación a los factores nuevos relacionados con el trauma. Sin embargo, es posible que cuando ha transcurrido más tiempo desde el trauma (p.ej. después de décadas), los cambios positivos decrezcan. La excepción estaría en aquellos eventos estresantes que implican secuelas o dificultades persistentes, en los que se ha hallado que el CRE aumenta (Lelorain et al., 2012).

Se ha sugerido que resultados elevados pronto tras un evento estresante pueden ser reflejo de la puesta en marcha de procesos de afrontamiento (Helgeson et al., 2006; S. F. Johnson, 2012; Schuettler y Boals, 2011), por lo que podrían no estar reflejando CRE real (Maercker y Zoellner, 2004). El tiempo transcurrido desde el trauma sería por tanto un moderador de estas variables de afrontamiento en su relación con la percepción de CRE. Sin embargo, en un reciente metaanálisis ninguna de las variables de afrontamiento contempladas contribuyó de manera diferencial de acuerdo al tiempo transcurrido desde el acontecimiento negativo (Prati y Pietrantoni, 2009).

Al hallar que esta valoración positiva no se relaciona consistentemente con el paso del tiempo, conviene contemplar otras cuestiones que puedan influir en la percepción de CRE, como qué otras circunstancias se afrontan durante la recuperación (Tedeschi y Calhoun, 1996). De esta manera, el CRE registrado a lo largo del tiempo no estaría solo relacionado con el procesamiento del trauma, sino con otras experiencias que puedan suceder (Calhoun y Tedeschi, 2004). Lamentablemente, la literatura adolece de falta estudios que contemplen adecuadamente esta posibilidad. Vale la pena plantearse si la concurrencia de otros eventos estresantes puede influir en la percepción de CRE ante la situación actual (p.ej. la IVE), o si se producen diferencias en el grado de CRE entre quienes a lo largo del tiempo informan de la ocurrencia de otros eventos estresantes y quienes no.

2.5. El estudio del crecimiento relacionado con el estrés.

En los últimos veinte años, distintas revisiones (Affleck y Tennen, 1996; Calhoun y Tedeschi, 1998; Linley y Joseph, 2004; McMillen, 1999; Meyerson et al., 2011; Park, 1998; Rajandram et

al., 2011; Ramos y Leal, 2013) y metaanálisis (Helgeson et al., 2006; Prati y Pietrantoni, 2009; Shakespeare-Finch y Lurie-Beck, 2014; Vishnevsky et al., 2010) atestiguan la proliferación y diversidad de enfoques en el estudio del CRE, en un intento por esclarecer los factores que modulan su ocurrencia y ajustar las eventuales implicaciones clínicas.

En esta sección se comentarán aquellas conclusiones que comienzan a establecerse con mayor firmeza en el campo. Además de las variables asociadas al evento estresante ya revisadas, se ha estudiado CRE en relación a factores sociodemográficos, estrategias de afrontamiento, percepción de control, procesamiento cognitivo (rumia, búsqueda de sentido y centralidad del evento), apoyo social, alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés y salud mental, y medidas asociadas al bienestar como satisfacción con la vida, autoestima, y afecto positivo y negativo. Más recientemente, además, se comienza a prestar atención especial a las diferencias culturales en la experiencia de CRE (p.ej. Vázquez y Páez, 2010).

2.5.1. Poblaciones de estudio.

Como se ha señalado, además de situaciones traumáticas en sentido estricto, el CRE también ha sido objeto de estudio en personas que han experimentado crisis vitales importantes, particularmente ciertas situaciones médicas (Helgeson et al., 2006).

Las cifras que reflejan CRE en las distintas poblaciones de estudio difieren ampliamente, explicando esta variabilidad en función de distintos factores relacionados tanto con el acontecimiento como con la persona y su contexto social, económico y cultural. De forma global, entre un 30% y un 70% por ciento de las personas que afrontan un acontecimiento altamente estresante reflejan percibir cambios positivos asociados a la experiencia (Linley y Joseph, 2004).

En la Tabla 3 se recoge una relación no exhaustiva de estudios en distintas poblaciones con especificación de la puntuación obtenida según el *Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi y Calhoum, 1996), una de las medidas más ampliamente utilizadas para estimar la ocurrencia de CRE. Dado el carácter ilustrativo de esta tabla, se han excluido estudios con medidas provenientes de otros instrumentos, incluidas versiones breves e infantiles del *Posttraumatic Growth Inventory*, así como versiones adaptadas con más o menos ítems que la escala original, que ofrecieran medias ajustadas o no especificasen los estadísticos básicos.

Como puede observarse, la variabilidad en cuanto a la población de estudio es grande, y no solo la población en cuestión no determina la ocurrencia de CRE, sino que más bien demuestra que la experiencia de crecimiento forma parte del cuadro más amplio de la vivencia de estrés, y que van a ser otras variables las que probablemente entren en juego modulando la magnitud del crecimiento percibido.

Tabla 3.
Poblaciones de estudio y puntuación crecimiento relacionado con el estrés.

Población	Estudio
Varios eventos	Tedeschi y Calhoun (1996a)
Varios eventos	Tedeschi y Calhoun (1996b)
Varios eventos	Calhoun, Cann, Tedeschi, y McMillan (2000)
Varios eventos	Maercker y Langner (2001)
Varios eventos	Taku et al. (2007)
Varios eventos	Shakespeare-Finch y Enders (2008)
Varios eventos	Taku, Cann, Tedeschi, y Calhoun (2009)
Varios eventos	Kashdan y Kane (2011)
Varios eventos	Anderson y López-Báez (2011)
Varios eventos	Shakespeare-Finch y Barrington (2012)
Varios eventos	Prati y Pietrantoni (2014)
Población no-trauma	Anderson y López-Báez (2008)
Accidente/asalto (ataque)	Snape (1997)
Accidente tráfico	Nishi, Matsuoka, y Kim (2010)
Terremoto y tsunami	García et al. (2013)
Refugiados y desplazados	Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, y Calhoun (2003)
Refugiados somalíes	Kroo y Nagy (2011)
Supervivientes holocausto	Lev-Wiesel y Amir (2003)
Inmigración	Weiss y Berger (2006)
Cáncer varios diagnósticos	Morris, Shakespeare-Finch, y Scott (2007)
Cáncer varios diagnósticos	Costa y Gil (2008)
Cáncer avanzado, varios diagnósticos	Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos, y Vlahos (2008)
Cáncer mama	Cordova et al. (2001)
Cáncer mama	Weiss (2002)
Cáncer mama	Sears (2003)
Cáncer mama	Weiss (2004)
Cáncer de mama	Bellizzi et al. (2010)
Cáncer colorrectal	Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, y Andrykowski (2008)
Cáncer hepatobiliar	Steel, Gamblin, y Carr (2008)
Cáncer de hígado avanzado	Dunigan, Carr, y Steel (2007)
Cáncer próstata	Thornton y Pérez (2006)
Trasplante de médula ósea	Widows et al. (2005)
HIV / SIDA	Milam (2004)
Infarto miocardio, cirugía bypass	Sheikh (2004)
Enfermedad cardiovascular	Sheikh y Marotta (2005)
Accidente cerebrovascular	Leung et al. (2010)
Duelo pérdida hijo	Polatinsky y Esprey (2000)

Nota. El signo "-" indica que el dato no está disponible.
[a] Tiempo transcurrido desde el evento. En el caso de enfermedad, tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

País	Tiempo[a]	*N*	Género	*M*	*DT*
EE.UU.	5 años	405	F	75.2	21.2
		199	M	67.8	22.1
EE.UU.	1 año	62	F	81.6	21.1
		55	M	70.2	21.9
EE.UU.	-	54	F/M	76.5	22.0
Alemania	1 año	141	F/M	46.7	21.8
Japón	0.5-4 años	312	F/M	38.9	20.8
Australia	-	61	F/M	69.3	21.3
Japón	0-5 años	431	F/M	39.5	21.1
EE.UU.		224		52.5	25.1
EE.UU.	-	176	F/M	64.6	21.2
EE.UU.	0.5 año	117	F/M	60.4	16.6
Australia	2 años	88	F/M	55.3	22.7
Italia	0.5-9 años	1244	F/M	44.9	24.6
EE.UU.	-	225	F	60.7	14.9
		122	M	56.1	16.9
Reino Unido	2 y 4 meses	13	F	52.1	25.6
		40	M	55.4	18.1
Japón	1.5 año	118	F/M	41.2	22.6
Chile	2 años	291	F/M	35.9	25.4
Bosnia	3.5 años	136	F/M	35.8	18.1
Hungría (*N*=Somalia)	-	53	F/M	68.9	16.8
Israel	70 años	97	F/M	43.2	17.3
EE.UU.	1-10 años	100	F	71.4	-
Australia	1.5-4 años	185	F	63.9	22.4
		150	M	53.6	21.2
España	1 año	131	F/M	29.0	16.9
Grecia	1-3 años	58	F/M	52.3	21.2
EE.UU.	3.2 años	70	F	64.1	24.8
EE.UU.	1-5.5 años	41	F	60.2	18.8
EE.UU.	1.5 año	58	F	58.4	25.8
EE.UU.	3.2 años	72	F	47.9	24.1
EE.UU.	4.7 años	802	F/M	47.4	28.1
EE.UU.	0.5-1.5 año	55	F/M	51.5	30.1
EE.UU.	1.6 año	120	F/M	46.0	27.0
EE.UU.	0.3-5 años	41	F/M	63.3	23.3
EE.UU.	1 año	82	M	46.5	25.6
EE.UU.	2 años	72	F/M	64.7	21.3
EE.UU.	6.4 años	434	F/M	44.5	8.74
Reino Unido	5 años	110	F/M	55.9	24.2
Reino Unido	5 años	27	F	56.8	26.6
		97	M	55.6	23.6
Canadá	0.75 año	1237	F/M	50.3	27.2
Sudáfrica	0.5-8 años	49	F	62.5	20.2

2.5.2. Variables sociodemográficas.

Las asociaciones entre variables sociodemográficas y CRE han resultado inconsistentes (Linley y Joseph, 2004), siendo posiblemente débiles o inexistentes en comparación con otras variables de afrontamiento, personalidad o salud psicológica (Garnefski et al., 2008). Pese a ello, el estudio de variables sociodemográficas sigue paralelo a otros hallazgos, valorando el peso que eventualmente pueda tener el nivel económico, académico o el estado civil en el CRE, si bien las variables que más resultados relevantes han arrojado son las referidas a edad y género.

Respecto al nivel económico, se ha relacionado repetidamente una mayor percepción de CRE con un mayor nivel económico (Bower et al., 2005; Carpenter, 1999; Cordova et al., 2001; Linley y Joseph, 2004), a pesar de algunos estudios en la dirección contraria (Leung et al., 2010). La posible explicación de esta asociación es que, aunque el estatus económico no constituye en sí mismo una forma de ambiente, determina los tipos ambientales más próximos a la persona. Es posible que disponer de recursos económicos suficientes permita solventar con mayor facilidad cuestiones relacionadas con la supervivencia a las personas sometidas a situaciones altamente estresantes y traumáticas. De hecho, se ha hallado que el impacto emocional negativo de los sucesos vitales estresantes es mayor en individuos de bajo nivel económico, en comparación con individuos con mayor nivel, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad al efecto nocivo del estrés (Dohrenwend, 2000).

En cuanto al nivel académico, los resultados en la mayor parte de los estudios no son concluyentes. Algunos estudios han encontrado mayor puntuación en CRE en aquellas personas con un mayor nivel académico (Jin et al., 2014; Linley y Joseph, 2004; Sears, 2003; Xu y Liao, 2011), mientras que en otros se relaciona con un nivel académico inferior (Hall et al., 2010; Jansen et al., 2011; Weiss, 2004; Widows et al., 2005). Esta situación hace que no sea posible conocer mejor qué mecanismos pueden estar operando en esta relación. En el caso del mayor nivel de formación, se ha propuesto que las estrategias cognitivas necesarias para el procesamiento de la experiencia estresante puedan verse facilitadas por el uso más habitual de recursos cognitivos en aquellas personas con mayor nivel académico, en comparación con personas con un menor nivel de instrucción. Atendiendo a la relación con un menor nivel académico, se ha especulado con aspectos vinculados al estatus socioeconómico (Jansen et al., 2011) y a la religiosidad (Weiss, 2004), que harían más proclives a las personas de menor nivel educativo a percibir cambios positivos.

En lo que atañe al estado civil, aunque escasamente estudiado, es posible hallar estudios en los que mayores puntuaciones en CRE correlacionan con compartir la vida en pareja, de forma que las personas casadas informan de mayor percepción de crecimiento que las solteras (p.ej. Mystakidou, Tsilika, Parpa, Kyriakopoulos, et al., 2008). No en vano, la presencia de la pareja se

ha asociado históricamente a medidas protectoras de la salud y promoción del bienestar (Pérez-García, 1999). Del mismo modo que el apoyo social constituye un importante factor en la ocurrencia de CRE, la pareja podría facilitar el apoyo necesario para el proceso de integración de la experiencia, tanto de tipo instrumental como afectivo. En este sentido, vale la pena comentar que cuando el acontecimiento estresante afecta a los dos miembros de la pareja (p.ej. abortos espontáneos de último trimestre), la concordancia en el procesamiento de la experiencia de ambos se relaciona con un proceso de crecimiento más equilibrado en la pareja, mientras que en los casos de discordancia, los procesos de crecimiento se desconectan, hallando una mayor respuesta de CRE en las mujeres miembros de esa pareja (Büchi et al., 2009).

Por su parte, las personas jóvenes puntúan habitualmente más alto en las medidas de CRE al uso. En aquellos estudios que consideran esta variable con suficiente amplitud (Jansen et al., 2011), la edad predice la ocurrencia de CRE (Carpenter, 1999; Helgeson et al., 2006; Jin et al., 2014; Leung et al., 2010; Linley y Joseph, 2004; Merec et al., 2012; Xu y Liao, 2011). El tramo de edad joven más frecuentemente citado en la literatura abarca desde los 18 hasta los 30 años (Jin et al., 2014), y expresa generalmente mayor proporción de crecimiento personal y social que los tramos de edad superiores.

Se ha ofrecido distintas explicaciones a este fenómeno. Por ejemplo, respecto a los cambios en las relaciones personales, es posible que las personas más jóvenes se encuentren más orientadas a sí mismas, cambiando el evento estresante esta actitud (Merec et al., 2012). Además, parece ser que con más edad la apertura a la experiencia tiende a declinar, indicando menor interés en formar nuevas relaciones, manteniéndose en grupos pequeños de familiares y amigos probados (Srivastava, John, Gosling, y Potter, 2003). Adicionalmente, en aquellos estudios que han considerado población infantil y adolescente, las medidas tienden a ser menores que las de población adulta, posiblemente debido a diferencias en las habilidades de pensamiento abstracto necesarias para el desarrollo de CRE (Helgeson et al., 2006; Levine et al., 2009).

Ahora bien, el conjunto de resultados hace pensar que la relación entre edad y CRE será probablemente curvilínea (Meyerson et al., 2011). Los esquemas en desarrollo de niños más pequeños serían más flexibles que los de chicos más mayores, quienes serían por tanto más vulnerables al trauma (Janoff-Bulman, 1992). En la primera adultez se encontrarían los valores más elevados de CRE respecto a la edad, continuando su trayectoria curvilínea al decrecer conforme se avanza en edad.

Finalmente, y respecto al género, las mujeres tienden a informar de mayor nivel de CRE que los hombres (p.ej. Morris et al., 2007; Swickert y Hittner, 2009; Tedeschi y Calhoun, 1996; Vishnevsky et al., 2010; Xu y Liao, 2011). Las mujeres jóvenes son el grupo que habitualmente refleja mayores tasas de crecimiento en buena parte de la literatura (Manne et al., 2004).

En este sentido, la interrupción voluntaria del embarazo como acontecimiento potencialmente estresante tiene su ocurrencia netamente en el género femenino, y un 57% de las mujeres que interrumpen su gestación se sitúa en la franja de edad de entre 18 y 30 años (ACAI, 2014). Se trataría por tanto de un grupo humano con alta probabilidad, al menos en lo que a variables sociodemográficas se refiere, de percibir crecimiento relacionado con la experiencia estresante del aborto.

2.5.3. Afrontamiento.

La forma en la que las personas integran los eventos relevantes de sus vidas se relaciona en buena medida con las distintas estrategias de afrontamiento que despliega en el proceso.

La mayor inversión de recursos cognitivos, emocionales y conductuales se realiza en respuesta a acontecimientos negativos. Incluso ante necesidades similares de reajuste, los sucesos negativos dejan una huella más profunda a lo largo de un periodo de tiempo que los eventos positivos, requiriendo mayor esfuerzo por parte de la persona (Mezulis, Abramson, Hyde, y Hankin, 2004). Se ha sugerido que esta disposición de respuesta rápida e intensa a los hechos negativos tiene una base evolutiva: la selección de la predisposición a lo negativo supondría un rasgo adaptativo, dado el menor coste de perder oportunidades comparado con el de no percibir amenazas (Baumeister et al., 2001). Prueba de ello es que una amplia mayoría de personas recuerda como hecho más impactante de su vida un acontecimiento negativo (dos tercios, en Bilbao et al., 2013).

Así, en respuesta a un acontecimiento negativo potencialmente estresante, la persona desplegará diversas estrategias de afrontamiento en un intento por adaptarse a los cambios que conlleve la situación y por integrar la experiencia en el conjunto de su vida. Sin embargo, es importante aclarar que aunque el éxito en el afrontamiento es generalmente necesario en el proceso de crecimiento, el CRE no puede reducirse de forma simplista al afrontamiento (Janoff-Bulman, 2004; Tedeschi y Calhoun, 2004). De hecho, el afrontamiento efectivo no supone necesariamente el retorno a las creencias fundamentales anteriores al suceso estresante, sino más bien establecer un mundo integrado y cómodo de creencias que incorpore la experiencia estresante. En otras palabras, el afrontamiento individual estará implicado pero no necesariamente determinará la ocurrencia de CRE.

No obstante, se ha sugerido que las estrategias que se utilizan y que pueden ser beneficiosas en una situación, pueden no serlo en otras (Schulz y Mohamed, 2004). Es más, en algunos estudios se ha relacionado distintos tipos de estrategias de afrontamiento con distintos ámbitos del CRE, intentando hallar una relación entre la situación estresante (población de estudio) y la percepción de crecimiento. Por ejemplo, en Morris et al. (2007), el reencuadre positivo se relacionó con todos

los factores de CRE, mientras que centrarse y ventilar emociones, el compromiso con el apoyo social, y el afrontamiento activo se relacionaron con dos dimensiones de CRE: nuevas posibilidades y relacionarse con otros.

Sin embargo, el resultado más común es que las estrategias de afrontamiento son similares en distintas poblaciones, lo que hace improbable un afrontamiento específico para cada situación. Más bien habría algunos tipos de afrontamiento que con más probabilidad se ponen en marcha ante situaciones potencialmente estresantes, y por eso son compartidos y se relacionan con el CRE.

Por ejemplo, estrategias de afrontamiento centrado en la emoción se han relacionado con la ocurrencia de CRE, e incluso con una mejora en la regulación emocional adaptativa (Znoj y Keller, 2002). También el afrontamiento activo y centrado en el problema se relaciona con mayores tasas de crecimiento relacionado con el estrés de forma consistente (Dirik y Karanci, 2008; Linley y Joseph, 2004; Loiselle, Devine, Reed-Knight, y Blount, 2011; Merec et al., 2012; Senol-Durak y Ayvasik, 2010; Sheikh, 2004; Wild y Paivio, 2003; para una revisión véase Rajandram et al., 2011).

Por su parte, la búsqueda de apoyo social se ha estudiado como estrategia de afrontamiento (Swickert y Hittner, 2009), entendiendo que contribuye a mejorar los recursos sociales proporcionando simpatía, o reduciendo los sentimientos de aislamiento y soledad de la persona. La crisis influiría en el deseo de aceptar ayuda y en el uso de apoyos sociales que pueden haber sido ignorados previamente (Collins, Taylor, y Skokan, 1990).

Sin embargo los resultados al respecto son contradictorios (Linley y Joseph, 2004), ya que aunque en algunas investigaciones se ha relacionado la búsqueda de apoyo social con la promoción del CRE (Schaeffer y Moos, 1998; Tedeschi y Calhoun, 2004), incluir este parámetro en estudios de metaanálisis ha resultado inviable debido a que las medidas habitualmente utilizadas derivan de subescalas de inventarios más amplios sobre afrontamiento (Prati y Pietrantoni, 2009). Algo similar sucede con el estudio del apoyo instrumental. En algunos estudios se ha hallado una correlación positiva con la ocurrencia de CRE (p.ej. Connerty y Knott, 2013), pero suele formar parte de una variable más amplia que contempla también otras formas de apoyo social. Se ha sugerido que la búsqueda de apoyo emocional y de información, la expresión emocional y la reevaluación, así como el afrontamiento instrumental, convergen en un factor de segundo orden para formar una dimensión de afrontamiento adaptativo (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Harding, y Wadsworth, 2001; Páez et al., 2011).

Finalmente, las estrategias de afrontamiento cognitivo como la reevaluación positiva, la aceptación (Helgeson et al., 2006), y la rumia (Helgeson et al., 2006; Linley y Joseph, 2004) se

han asociado positivamente a la percepción de crecimiento (para una revisión de los dominios del afrontamiento cognitivo, véase Garnefski, Kraaij, y Spinhoven, 2001). Se ha llegado a informar de un 24% de varianza de CRE explicada por factores relacionados con el afrontamiento cognitivo, por encima de otros factores de personalidad (Garnefski et al., 2008). La relevancia del procesamiento cognitivo en el CRE ha quedado ampliamente establecida, e implica, como se verá a continuación, procesos de rumia y de búsqueda de sentido que influyen en la integración de lo sucedido en la historia de vida de la persona.

2.5.4. Procesamiento cognitivo.

Dos de los elementos principales que pueden poner las bases de la posibilidad de crecimiento, son el grado en el que un acontecimiento presenta un reto significativo o invalida los componentes del mundo de significados del individuo, y el grado en el que este reto inicia procesos cognitivos que se centran en la crisis vital y sus implicaciones (Cann et al., 2009; Janoff-Bulman, 1992). Si se asume que un suceso altamente estresante reta las creencias básicas sobre el funcionamiento del mundo, de uno mismo y de los otros, la persona que afronta este tipo de acontecimientos pierde el marco de referencia y comprensión que tenía hasta ese momento. En la búsqueda de restablecer el equilibrio en sus vidas, la persona de compromete con un proceso de reflexión y reevaluación (Cadell, Regehr, y Hemsworth, 2003). Se trataría de un proceso reparador (Calhoun y Tedeschi, 2006), que ayuda a comprender lo sucedido y a reconstruir esas creencias centrales (Cann et al., 2011).

Como se expondrá inmediatamente, en el proceso de crisis iniciado es posible hallar tanto pensamientos de tipo intruso como rumia constructiva (Tedeschi y Calhoun, 1996). Con ella, las personas procesan la información cognitivamente buscando reducir la violación de sus creencias y metas (Calhoun y Tedeschi, 2009; Park, 2004).

Seguidamente se abordará una forma constructiva de pensamiento deliberado, la búsqueda de sentido. Como se verá, durante la ruptura del mundo de significados, la posibilidad de percibir algún tipo de crecimiento se ha relacionado con el hallazgo de significado a la experiencia (Park, 2004).

En último lugar, se comentará la creciente relevancia de la centralidad del evento, un producto cognitivo que podría dar cuenta de algunos resultados en CRE. La posibilidad de que los eventos estresantes sean integrados en la propia identidad se relacionaría con la percepción de crecimiento en tanto la elaboración de los sucesos lleve a convertirlos en puntos de referencia en la historia de vida de la persona (Boals, Steward, y Schuettler, 2010).

2.5.4.1. Rumia intrusa y deliberada.

Las teorías del procesamiento del trauma sugieren que la recuperación requiere del procesamiento de la información relacionada con el mismo hasta que puede ser integrada en un modelo coherente del *self* (Foa y Kozak, 1986), y los intentos para integrar el trauma a menudo requieren de alguna variante de exposición a pensamientos, emociones e imágenes aversas relacionadas con el trauma (Orsillo y Batten, 2005).

El término rumia ha adquirido una connotación negativa a lo largo de los años, particularmente en la literatura clínica sobre depresión y TEPT. Sin embargo, su definición general alude a meditar información de una cierta forma, con un pensamiento repetitivo. Los pensamientos tipo rumia presentes tras un acontecimiento altamente estresante pueden incluir diferentes tipos de pensamiento recurrente, y engloban tanto pensamientos intrusos no planeados, como pensamientos más controlados centrados en la reminiscencia, solución de problemas, anticipación, y búsqueda de sentido de la experiencia.

La rumia intrusa es, por definición, la invasión no escogida del propio mundo cognitivo por pensamientos acerca de una experiencia. La rumia deliberada sobre acontecimientos, sin embargo, es voluntaria, y puede enfocarse a propósito para intentar entender esos acontecimientos y sus implicaciones. Aunque la primera se ha relacionado en la tradición clínica con la presencia de alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés, lo cierto es que los pensamientos intrusos se consideran normales tras una experiencia altamente estresante o traumática, por lo que no son necesariamente perjudiciales para el bienestar (Cann et al., 2011).

Modelos teóricos como el Transformativo (Tedeschi y Calhoun, 2004, 2011) han propuesto que los pensamientos intrusos y deliberados tienen distintos roles tras una experiencia altamente estresante, influyendo en los resultados del proceso (Calhoun, Cann y Tedeschi, 2010). Aunque la evidencia empírica examinando los dos tipos de rumia es limitada, lo que está disponible sugiere que la distinción entre la rumia intrusa y deliberada es importante no solo conceptualmente, sino también empíricamente.

Se ha hallado que estas distintas formas de rumia difieren en su implicación tanto con alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés, como con el CRE. La rumia intrusa conectada con el acontecimiento se vincula con varios tipos de alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés y con el fallo en un afrontamiento efectivo (Ehlers y Clark, 2000; Elwood, Hahn, Olatunji, y Williams, 2009; García et al., 2013; Kane, 2009; Stockton, Hunt, y Joseph, 2011; Taku et al., 2008). La rumia deliberada conectada con el acontecimiento y dirigida a la compresión y la solución de problemas se relaciona más con el CRE (Affleck y Tennen, 1996; Benerato, 2008;

Calhoun et al., 2000; Cann et al., 2010, 2011; García et al., 2013; Garnefski et al., 2008; Morris y Shakespeare-Finch, 2011; Segerstrom et al., 2003; Stockton et al., 2011; Taku et al., 2008).

Los eventos altamente estresantes propician ambos tipos de rumia de forma temporal (Calhoun et al., 2000; Taku et al., 2009), y se ha hallado correlaciones significativas entre las dos formas de rumia (Cann et al., 2011). Para explicar la relación entre ambas, se ha propuesto que el nivel de pensamientos de tipo intruso predice el nivel de pensamientos deliberados, dado que los pensamientos intrusos serían un precursor que llevaría al individuo a buscar una mejor comprensión de la experiencia estresante (Calhoun et al., 2010). Así, los pensamientos intrusos no reprimidos generan más rumia deliberada e incrementan la probabilidad de procesar cognitivamente la experiencia traumática (Saccinto et al., 2013; Tedeschi et al., 1998).

Sin embargo, aunque la presencia de rumia intrusa ayuda a preparar el camino para un procesamiento cognitivo más profundo, no tiene necesariamente una influencia positiva sobre el crecimiento (Taku et al., 2009). Más concretamente, se ha hallado que la rumia de tipo intruso tempranamente tras el evento, y la rumia más deliberada en un periodo posterior, beneficia la ocurrencia de CRE (Taku et al., 2009). Por el contrario, la rumia intrusa en el periodo posterior se relaciona negativamente con el CRE (Cann et al., 2010). De esta forma, sería la persistencia de la rumia intrusa la que llevaría al malestar, pero su transformación en deliberada se relacionaría con la percepción de crecimiento (Calhoun et al., 2010; Tedeschi y Calhoun, 2004). Este planteamiento contribuye a explicar de qué modo los acontecimientos altamente estresantes pueden conducir tanto a alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés como a la experiencia de crecimiento (Tedeschi y Calhoun, 1995).

Dado este carácter deliberado de la rumia relacionada directamente con el CRE, se ha propuesto la intervención sobre las estrategias de procesamiento cognitivo como objetivo de cambio terapéutico (Garnefski et al., 2008). Sin embargo, aunque cuando se induce ayuda al ajuste, el CRE no es una forma de afrontamiento voluntario del trauma, y puede darse espontáneamente (Páez et al., 2011). La asociación entre medidas de juicio o conclusiones sobre aspectos benéficos de la experiencia estresante y el uso de inferir beneficios para afrontar el trauma es baja, es decir, hay poca relación entre extraer lecciones positivas y emplearlas deliberadamente para manejar los efectos negativos del acontecimiento (Tennen y Affleck, 2005). Como ya se ha comentado, la coexistencia de percepción de crecimiento y malestar psicológico ha sido un hallazgo frecuente en la literatura, y la rumia aquí descrita y la búsqueda de sentido que se tratará a continuación, se han relacionado con niveles importantes de alteración emocional en el proceso de crecimiento.

2.5.4.2. Búsqueda de sentido.

Es posible hablar de tres procesos cognitivos implicados en la transformación de pensamientos intrusos en rumia deliberada que permitirá el procesamiento de la experiencia (Greenberg, 1995): asimilar detalles del evento, buscar la razón por la que ocurrió, e intentar encontrar sentido a lo vivido (Taylor, 1983). Estos tres procesos propuestos no son necesariamente secuenciales, ni han de producirse todos para procesar lo sucedido.

Respecto a la primera estrategia, tanto la rumia intrusa como la deliberada contribuyen a la recuperación de los detalles de lo sucedido, enriqueciendo el conocimiento de la persona sobre la experiencia y facilitando su integración, si bien la persistencia de la rumia intrusa supondría una forma potencialmente improductiva de procesamiento cognitivo (Stockton et al., 2011).

La asimilación de los detalles y circunstancias del evento estresante contribuye a la comprensión de los motivos y causas del suceso, mediante procesos de atribución causal que constituyen la segunda estrategia descrita. Este tipo de procesamiento supone una forma de explicar lo sucedido y de integrar el acontecimiento en la propia historia de vida, y ocurre incluso cuando las causas del acontecimiento están claras y hay evidencia del rol de otros en las causas del trauma (Davis, 1995). Sin embargo, es posible hallar también pensamientos de arrepentimiento y la consideración repetida de cómo el suceso podría haber sido evitado (Greenberg, 1995).

En este sentido, vale la pena comentar la diferencia entre dos formas de procesamiento cognitivo, propuestas por Treynor, González, y Nolen-Hoeksema (2003): *brooding* y *reflective pondering*. La primera se caracteriza por un enfoque más pasivo sobre las causas y consecuencias de las emociones negativas o experiencias, una comparación repetitiva de la situación actual con un estándar no conseguido, así como preocupación por cómo impedir que sobrevengan dificultades. Se ha hallado que esta forma de procesamiento puede interferir con el procesamiento cognitivo necesario para la integración de la experiencia (Stockton et al., 2011). La segunda denota una forma de procesamiento cognitivo por la cual la persona deliberadamente recurre a sí misma para comprometerse con una solución de problemas más adaptativa y se ha relacionado positivamente con la percepción de crecimiento. Conocer y asimilar los motivos por los que sucedió el acontecimiento estresante puede suponer un tipo de procesamiento cognitivo potencialmente adaptativo en función de la forma en la que la persona realice las atribuciones de causalidad.

Sin embargo, la atribución causal, el buscar la respuesta a la pregunta "¿por qué?" no ayuda a dotar de significado a la experiencia. La percepción de CRE requiere de otra perspectiva que responda a la pregunta "¿para qué?" (Zoellner y Maercker, 2006; Zoellner et al., 2008), que contribuya a dar sentido a lo vivido, la tercera de las estrategias propuestas.

Encontrar sentido se ha aceptado largamente en la literatura en relación con la salud psicológica tras la adversidad, notablemente desde las observaciones de Frankl (1946). Su optimismo trágico implica que sin que haya nada inherentemente bueno en la desgracia, es posible extraer algo bueno de la misma. Él proponía que era la confrontación con los hechos fundamentales de la existencia, con su naturaleza transitoria y lo inevitable del sufrimiento, lo que ofrecía la oportunidad de encontrar sentido a la vida.

Asimismo, que la búsqueda y presencia de significado sea central para el procesamiento no es una noción nueva, sino que encuentra precedentes en los textos existenciales de Yalom (1980), y posteriormente en la teoría de Janoff-Bulman (1992) sobre ruptura de las creencias básicas. La búsqueda activa de sentido, como una forma constructiva de pensamiento deliberado (Greenberg, 1995), se producirá durante la ruptura del mundo de significados, por lo que igual que pasaba con la rumia deliberada anteriormente descrita, la búsqueda de significado se asocia con percepción de cambio negativo (Linley y Joseph, 2011), entendiendo que la persona se halla ante un procesamiento cognitivo aún no resuelto (Helgeson et al., 2006).

Aunque inicialmente se propuso que los procesos de atribución causal podían estar al servicio de la dotación de significado a los acontecimientos tras la ruptura de las creencias básicas (Davis, 1995), en la actualidad se ha establecido que la atribución de sentido explicativo no precede temporalmente ni se asocia al significado positivo (Páez et al., 2011). Contrario a la idea de que primero se debe dar la búsqueda de significado y la reconstrucción de las creencias básicas de sentido, orden, justicia y control, y luego las creencias de crecimiento o significado positivo, no se ha constatado que estas emerjan más tarde temporalmente, ni que las primeras se asocien a las segundas (Nolen-Hoeksema y Davis, 2005). De hecho, hay más personas que informan haber hallado un sentido positivo a la experiencia que personas que logran atribuir una explicación a lo ocurrido (Tennen y Affleck, 2005).

Aunque la contemplación intencionada del acontecimiento y sus detalles en el intento de comprender las causas de su ocurrencia están involucrados en la percepción de crecimiento, es la búsqueda de significado de la experiencia el aspecto más fuertemente implicado en la ocurrencia de CRE (Stockton et al., 2011). En el siguiente apartado se abordará cómo el aprendizaje que lleva a cabo la persona al integrar lo sucedido, y la importancia que adquiere el acontecimiento en su historia de vida como señal de cambio, ha demostrado también tener relación con la percepción de crecimiento.

2.5.4.3. Centralidad del evento.

Investigación reciente sugiere que, más allá de los aspectos cognitivos de respuesta al acontecimiento, la centralidad del evento a la propia identidad puede predecir cómo se responde a experiencias estresantes (Lancaster et al., 2013). El concepto de la centralidad del evento alude a la posibilidad de que un acontecimiento pueda convertirse en un punto de referencia en la vida de una persona, lo que puede ocurrir tanto con eventos positivos como con sucesos negativos (Berntsen, 2001). Ambos configuran el conjunto de recuerdos personales accesibles y vívidos que contribuyen a dar significado y estructura a las narrativas de vida (Berntsen y Rubin, 2006). Estos recuerdos ayudan a anclar y estabilizar la concepción de uno mismo mediante procesos de integración en la propia narrativa (Pillemer, 2003; Schuman y Pillemer, 1999; Shum, 1998), contribuyendo a mantener la historia de vida con coherencia temática y temporal (Luborsky, 1993).

Una historia de vida convencional contiene más eventos negativos que positivos (Berntsen y Rubin, 2004). Los eventos positivos suelen ser transiciones culturalmente esperadas, como independizarse o tener un hijo, y los eventos negativos son con frecuencia muy bien recordados comparados con otros eventos autobiográficos (Berntsen, 2001; Porter y Birt, 2001; Reviere y Bakeman, 2001; Rubin, Feldman, y Beckham, 2004). Así, los acontecimientos salientes por su cualidad positiva o negativa se convierten en puntos de referencia (Bersten y Rubin, 2006), tanto para la organización de la propia narrativa de vida (puntos de inflexión), como para la realización de inferencias en la vida diaria (p.ej. el día de la boda es un día feliz). Un punto de inflexión es un agente causal en la historia de vida, al dar explicaciones sobe las elecciones subsecuentes, actos y valores de la persona.

El que algunos acontecimientos puedan suponer puntos de inflexión en la narrativa de vida guarda estrecha relación con los planteamientos de Janoff-Bulman (1989) sobre el profundo cambio que los eventos altamente estresantes provocan en la perspectiva de una persona (Bertsen y Rubin, 2006). El grado en el que un evento altamente estresante es considerado como central o personalmente significativo conduce a la persona, por una parte, al proceso de incorporación más o menos exitoso de la ocurrencia del evento en su propia percepción de sí misma o de su identidad y, por otra parte, a traducir las cogniciones acerca del evento en acciones para corregir o afrontar la experiencia traumática (Lancaster et al., 2013). El resultado de los procesos de integración de significado puede ser positivo, negativo o neutro, de forma que algunos de esos recuerdos pueden constituir puntos de referencia negativos o positivos en la organización de experiencias menos salientes o neutras (Berntsen, Willert, y Rubin, 2003).

En atención a esta posibilidad, construir una experiencia altamente estresante como central para la propia identidad puede ser una espada de doble filo, ya que puede conllevar tanto daño como

crecimiento (Barton, Boals, y Knowles, 2013; Boals y Schuettler, 2011). La centralidad del evento ha mostrado ser un predictor tanto para TEPT como para CRE, por lo que dependiendo de los mecanismos de integración que se pongan en marcha conducirá a uno u otro resultado. En el caso del TEPT, la centralidad del evento está presente junto al afrontamiento de evitación y las perspectivas negativas sobre el acontecimiento. En el camino hacia el CRE, la centralidad del evento se combina con afrontamiento centrado en el problema y perspectivas positivas sobre el evento (Schuettler y Boals, 2011).

La centralidad del evento como variable que predice la ocurrencia de CRE es un resultado consistente en la literatura. Es más, sigue siendo el predictor principal también cuando se controla la influencia de variables relevantes en el procesamiento del trauma, como estilos de afrontamiento, y hasta cinco variables de procesamiento cognitivo: reestructuración cognitiva positiva, comparación descendente, resolución, negación, y arrepentimiento (Boals y Schuettler, 2011). Estos resultados indican que la centralidad del evento tiene un importante papel independientemente de sesgos cognitivos. También cuando se controlan variables de gran peso en CRE mantiene su relevancia como predictor, como sucede con el reto a las creencias centrales, la rumia deliberada y el hallazgo de sentido en el evento (Groleau, Calhoun, Cann, y Tedeschi, 2013).

Distintos estudios indican que aquellos acontecimientos considerados centrales respecto a la propia identidad conducen a mayores niveles de CRE, sin importar si el acontecimiento se califica como traumático nosológicamente (Boals et al., 2010; S. F. Johnson, 2012; Lancaster et al., 2013; Rubin, Boals, y Hoyle, 2014; Wolfe y Ray, 2015). Asimismo, se sugiere que la medida de CRE será más fiable cuanto más elevada sea la centralidad del evento (Barton et al., 2013; Boals et al., 2010; Schuettler y Boals, 2011). Dado que la centralidad del evento implica procesos de integración de la experiencia en la narrativa de vida, la medida de CRE estaría menos cargada de aspectos defensivos e ilusorios de crecimiento (Maercker y Zoellner, 2004).

Se da la circunstancia de que las mujeres son más propensas a integrar los acontecimientos negativos en su identidad que los hombres (Boals et al., 2010; Wolfe y Ray, 2015), por lo que cabe especular, respecto a la integración de la experiencia de la interrupción voluntaria del embarazo, que para aquellas mujeres a las que el aborto les suponga un punto de inflexión en su concepción de sí misma, de sus relaciones significativas y de su idea del mundo, la percepción de CRE sea mayor, reflejando en mayor medida un crecimiento real.

En conjunto, los parámetros revisados ponen de manifiesto la relevancia del procesamiento cognitivo en la percepción de CRE. En primer lugar, la rumia deliberada representa una forma más productiva de procesamiento cognitivo que la rumia intrusa, relacionada con el crecimiento tras un trauma. En segundo lugar, la búsqueda de sentido de la experiencia es un aspecto más

fuertemente implicado en la ocurrencia de CRE que la revisión intencionada o la atribución causal de lo sucedido. En tercer lugar, la percepción de cambios positivos en la integración de los acontecimientos altamente estresantes se relaciona de manera sustancial con el lugar que el acontecimiento ocupa en la narrativa de la persona, pudiendo constituir un evento de referencia en su historia de vida.

2.5.5. Apoyo social.

Las personas que afrontan mejor los acontecimientos altamente estresantes reflexionan y trabajan en ello activamente, integrando la experiencia mediante el uso de estrategias de procesamiento cognitivo, afectivo e interpersonal (Manne et al., 2004). En este apartado se abordarán las implicaciones más relevantes del procesamiento interpersonal en la percepción de crecimiento. El compartir social y la percepción de apoyo parecen tener gran relevancia en la ocurrencia de CRE, por lo que primeramente se expondrán algunos resultados repetidos que dan cuenta de la importancia del apoyo social en la experiencia de crecimiento, para a continuación explorar qué papel puede estar desempeñando en la ocurrencia de CRE.

Hay evidencia sustancial de que el apoyo social percibido tiene efectos moderadores importantes sobre el estrés (Cohen y Wills, 1985), y sobre los efectos negativos del trauma (Cadell et al., 2003). Además, el apoyo social es considerado un recurso ambiental clave en el modelo conceptual de Schaefer y Moos (1998) para comprender los resultados positivos de adaptación a las crisis vitales y las transiciones. Desde este modelo, el apoyo social puede ser un precursor de crecimiento personal al influir en una evaluación más favorable del evento, y en una selección de estrategias de afrontamiento más efectivas.

Habida cuenta de que las variables tamaño de la red social y satisfacción con la misma han de ser consideradas por separado (Sarason, Levine, Basham, y Sarason, 1983), en relación con el CRE se ha hallado que el tamaño de la red no parece ser tan importante en el afrontamiento de situaciones altamente estresantes (Linley y Joseph, 2004) como la cualidad de las relaciones (Morosanu, Handley, y Donovan, 2010), por ejemplo, su disponibilidad (Lelorain et al., 2012) y solidez (Park, 1998).

En el estudio de la relación entre apoyo social y CRE, es el apoyo social percibido el que se asocia con mayor frecuencia y consistencia a la ocurrencia de CRE (Bozo, Gündoğdu, y Büyükaşik-Çolak, 2009; Bussell y Naus, 2010; Cadell et al., 2003; Dirik y Karanci, 2008; Lelorain et al., 2012; Leung et al., 2010; Lev-Wiesel y Amir, 2003; Love y Sabiston, 2011; Maguen, Vogt, King, King, y Litz, 2006; Manne et al., 2004; Merec et al., 2012; Park, 1996; Pietrzak et al., 2010; Pinquart, Frolich, y Silbereisen, 2007; Sato, Yamazaki, Sakita, y Bryce, 2008; Schroevers,

Helgeson, Sanderman, y Ranchor, 2010; Schwarzer, Luszczynska, Boehmer, Taubert, y Knoll, 2006; Senol-Durak y Ayvasik, 2010; Slavin-Spenny, Cohen, Oberleitner, y Lumley, 2011; Wolfe y Ray, 2015). En estudios metaanalíticos, el apoyo social percibido ha tenido un tamaño del efecto medio (Prati y Pietrantoni, 2009).

Ahora bien, el efecto del apoyo social sobre el CRE depende de varios factores. Por ejemplo, parece ser que el efecto beneficioso del apoyo social es diferente en función del momento que se considere tras el acontecimiento estresante, como atestiguan estudios longitudinales (Prati y Pietrantoni, 2009). En el llamado estudio de Berlín (Schwarzer et al., 2006), el apoyo emocional mostró ser crucial para el CRE en una fase temprana de la crisis (cirugía tumoral), pero no en etapas posteriores.

Al mismo tiempo, se ha hallado que el nivel de estrés percibido influye en la utilidad atribuida a la red social, de forma que un mayor nivel de estrés percibido se relaciona con un efecto estabilizador del apoyo social, mientras que aquellas personas que no perciben un gran impacto por el estrés y se adaptan bien a las alteraciones psicológicas que este acarrea, no refieren que los apoyos les sean de tanta utilidad (Cohen, Gottlieb, y Underwood, 2000; Galatzer-Levy, Burton, y Bonanno, 2012). Por tanto, si pronto tras el evento estresante personas que están acusando alteraciones relacionadas con el estrés perciben el apoyo social como satisfactorio, este apoyo tendrá un mayor impacto en los informes de CRE.

La satisfacción con el apoyo social percibido es un elemento fundamental del procesamiento interpersonal de los eventos estresantes, ya que permite, facilita y reconoce la expresión emocional de la persona en crisis. Dada la quiebra que los acontecimientos altamente estresantes pueden suponer en los esquemas de creencias previos, los sucesos negativos darían lugar al reconocimiento de la propia vulnerabilidad, lo que se ha relacionado con el incremento de la expresión emocional (Collins et al., 1990). Teóricamente, los modelos de procesamiento interpersonal sugieren que la expresión emocional facilita la adaptación y el crecimiento tras la crisis (Stanton, Danoff-Burg, et al., 2000), y empíricamente se ha hallado que la expresión afectiva y la comunicación sobre la experiencia son componentes críticos del crecimiento terapéutico y del cambio (Wiser y Arnow, 2001). Concretamente, se ha encontrado que las personas que expresan sus sentimientos informan de mayor nivel de CRE que las que procesan sus sentimientos pero no los comparten (Manne et al., 2004).

Sin embargo, la expresión emocional no ocurre en el vacío, este compartir social implica la traducción de la experiencia emocional a un lenguaje socialmente compartido (Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech, y Philippot, 1998). Como se verá a continuación en mayor profundidad, la posibilidad de compartir socialmente la expresión emocional contribuye a la ocurrencia de CRE, no solo por la desensibilización de las emociones negativas, sino también por la contribución a la

reconstrucción del mundo de significados que aporta el compartir social (Calhoun, Cann, Tedeschi, y McMillan, 1998), la mejora de la cercanía e intimidad en las relaciones (Manne et al., 2004), y la devolución que recibe la persona de reconocimiento (Tedeschi y Calhoun, 2004) junto a una mayor integración social.

En primer lugar, los procesos afectivos e interpersonales se han identificado con intentos de comprender las reacciones emocionales por uno mismo, al hablar acerca de las propias emociones y pensamientos con otros (Pennebaker, 1980; Pennebaker y Beall, 1986). La expresión emocional facilitaría el crecimiento porque al compartir y ventilar los sentimientos, la persona se desensibiliza a las emociones negativas (Foa y Kozak, 1986). Es decir, compartir socialmente una emoción ayuda a amortiguar el impacto de los hechos traumáticos (Rimé, Páez, Basabe, y Martínez, 2009).

Esta reducción en las emociones negativas puede permitir un mejor enfoque emocional y eventualmente la percepción de beneficios (Foa, Steketee, y Rothbaum, 1989), propiciando el CRE. Por ejemplo, en personas con cáncer, tener amigos y familiares que no eviten hablar de la enfermedad y las emociones que su vivencia suscita en la persona enferma, favorece su percepción de crecimiento (Cordova, 1999; Cordova et al., 2001).

En segundo lugar, el apoyo social puede facilitar nuevos esquemas y posibilidades de afrontamiento para las personas en crisis (Calhoun et al., 1998). Las personas que afrontan un acontecimiento altamente estresante se encuentran procesando la experiencia, por lo que comparten lo vivido con su contexto social próximo (Zech y Rimé, 2005). La construcción de la narración del acontecimiento estresante y de la experiencia personal fuerza a los afectados a enfrentarse con el significado del trauma y cómo puede ser reconstruida una visión con sentido de sí mismos, de los otros y del mundo (McAdams, 1993). De esta manera, el apoyo de los otros puede contribuir al CRE proporcionando una forma de crear narrativas acerca de los cambios que han ocurrido, y ofreciendo a su vez perspectivas que pueden ser integradas en el cambio de esquemas (Tedeschi y Calhoun, 2004).

En tercer lugar, la apertura a expresarse puede tener como consecuencia una potenciación de la cercanía en las relaciones (Laurenceau, Barrett, y Pietromonaco, 1998). La persona en crisis revela una parte de sí, vulnerable y en reconstrucción, y el vínculo con el apoyo social disponible (Vázquez et al., 2009), física y emocionalmente, es puesto a prueba. Algunas personas del contexto social próximo no podrán o no sabrán responder a la demanda de apoyo emocional que supone la revelación de información sobre el evento estresante y las emociones relacionadas, por ejemplo, evitando hablar sobre el tema en cuestión o evitando a la propia persona. Aquellas que sintonicen con el sufrimiento y desconcierto de la persona en crisis, constituirán relaciones fortalecidas, que habitualmente se perciben como más próximas e íntimas en el contexto del CRE.

Ahora bien, se ha sugerido que el apoyo social en este sentido puede suponer un factor de interferencia en el peso atribuido al apoyo social sobre la ocurrencia de CRE (McMillen et al., 1997), dado que además del hecho de que el apoyo social adecuado puede promover CRE, algunas personas informan de crecimiento relacionado con los otros y perciben relaciones fortalecidas e íntimas, lo que supondría un artefacto de apoyo social positivo percibido.

En cuarto lugar, la expresión de los sentimientos puede facilitar el crecimiento a través de la consideración y reconocimiento ofrecidos por otros. Las relaciones que proporcionan apoyo emocional suponen un recurso importante en el desarrollo de CRE (Connerty y Knott, 2013; McMillen, 2004; Morris, Campbell, Dwyer, y Chambers, 2011; Schroevers et al., 2010), y especialmente cómo los otros responden a las revelaciones acerca de las emociones y la perspectiva sobre su crisis también influye en la ocurrencia de crecimiento (Tedeschi y Calhoun, 2004). La ocurrencia de CRE se vería facilitada cuando el compartir social de las emociones encuentra respuestas de apoyo social, empatía y comportamiento prosocial (Páez et al., 2011), así como la percepción de una mayor integración social (Rimé, 2009). Probablemente lo que resulta vital para el CRE es la oportunidad de sincerarse socialmente, así como la reacción positiva de los otros significativos a esta revelación (Taku, Tedeschi, Cann, y Calhoun, 2014).

En este sentido, los cambios que eventualmente desencadena la expresión emocional y el compartir social se vinculan con la reconstrucción de mundos de significado más allá de la propia persona afectada directamente por el acontecimiento estresante. En un sentido social amplio, la sociedad es un agente activo que influye en gran medida sobre cómo se valoran ciertas experiencias y por tanto juega un papel importante en la consecución del bienestar (Fernández-Ríos y Gómez, 2007). De esta forma, el compartir social contribuiría a la reconstrucción de las premisas básicas o sociales, fomentando la transmisión del sentir común y la construcción de una atmósfera emocional colectiva (Páez, Basabe, Ubillos, y González, 2007). En el mejor de los casos, lejos del determinismo social, las personas pueden iniciar cambios y transformar el sistema de creencias compartido en base al cual se interpreta la experiencia (Fernández-Ríos y Gómez, 2007).

No obstante, los obstáculos, tanto objetivos como subjetivos, que se opongan a las necesidades expresivas ante un acontecimiento altamente estresante pueden dificultar la adaptación personal (Páez et al., 2011), y fortalecer socialmente los estigmas que le son asociados. Por ejemplo, en algunos contextos estigmatizados el apoyo social puede estar menos disponible. Cadell et al. (2003) hallaron bajo apoyo social percibido en un estudio realizado con cuidadores de enfermos de SIDA, lo que relacionan con el estigma aún asociado con la enfermedad. Muchos de los que cuidan de los afectados tienen miedo a las represalias y no revelan su carga a otros, por lo que se incrementa el aislamiento y se reduce el apoyo social tanto durante la enfermedad como en el

periodo de duelo posterior (Bogart et al., 2008; Wight, Aneshensel, Murphy, Miller-Martinez, y Beals, 2006). Del mismo modo, y como ya se comentó, en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo las dificultades para el compartir social de la experiencia y de las emociones vinculadas a la misma provienen de distintas fuentes, personales e interpersonales en el contexto próximo y social amplio, con un importante peso del estigma asociado al aborto inducido en la vulnerabilidad psicológica de la mujer (Major y O'Brian, 2005).

En suma, el apoyo social percibido contribuye a la ocurrencia de CRE por distintas vías, facilitando la expresión emocional, contribuyendo al procesamiento cognitivo de la experiencia estresante, motivando un fortalecimiento de las relaciones significativas, y devolviendo a la persona y a la sociedad una imagen reconstruida de sí misma, del mundo y de los otros. Sin embargo, como viene sucediendo con los otros parámetros revisados, aunque el apoyo social y la expresión emocional participan en el desarrollo de CRE, ello no implica necesariamente la disminución de las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés (Slavin-Spenny et al., 2011; Smyth, Hockmeyer, y Tulloch, 2008). Como se verá a continuación, dado que las experiencias de crecimiento no ponen punto y final a las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés tras un evento altamente estresante o traumático, ambas variables guardan algún tipo de relación (Calhoun y Tedeschi, 1998; Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004).

2.5.6. Salud mental.

La expectativa de que aquellos que informan de cambios positivos deberían estar libres de alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés, ni es como los investigadores de este campo comprenden el cambio positivo, ni es desde luego lo que la evidencia sugiere (Joseph y Butler, 2010). Lo que la evidencia indica es que la experiencia de crecimiento y aprendizaje no neutraliza el sufrimiento, sino que coexiste con él (Joseph y Butler, 2010; Vázquez et al., 2009).

Esta aparente paradoja ha movido gran parte de la investigación en el campo de la Psicología de la Salud, estudiando la relación existente entre CRE y dos ámbitos principales vinculados a salud mental que se revisarán en este apartado: la presencia de alteraciones psicológicas y el grado de bienestar psicológico percibido.

2.5.6.1. Alteraciones psicológicas.

Respecto a la relación entre CRE y alteraciones psicológicas, es preciso rescatar algunos aspectos ya comentados, como que la percepción de CRE ni implica la ausencia de sufrimiento, ni es consecuencia de la desaparición de la experiencia de estrés (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Asimismo, se ha hallado elementos comunes en la manifestación de crecimiento y de estrés postraumáticos (Helgeson et al., 2006), de manera que el crecimiento personal percibido es iniciado por el mismo conjunto de eventos y comparte elementos de procesamiento cognitivo presentes en las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés y otros trastornos funcionales (Calhoun et al., 2000; Calhoun y Tedeschi, 1998). Como se comentó, teoría e investigación sugieren que la experiencia y exploración de aspectos negativos del trauma son a menudo necesarias para la reconstrucción de los sistemas de significado afectados (Affleck y Tennen, 1996; Davis y Nolen-Hoeksema, 2001). De ahí las implicaciones de la rumia deliberada, la búsqueda y hallazgo de sentido, y el compartir social descritos en la ocurrencia de CRE. Es posible que para que una persona desarrolle resultados positivos tras un evento traumático sea necesaria la confrontación directa con las fuentes de alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés (Janoff-Bulman, 1992).

Al estudiar de qué modo las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés tras un evento altamente estresante se relacionan con la ocurrencia de CRE, los resultados son contradictorios, dando muestra de los muchos matices existentes (Dekel et al., 2001; Kashdan y Kane, 2011). Es más, algunos estudios no hallan ninguna relación (p.ej. Connerty y Knott, 2013; Cordova et al., 2001; Hobfoll, Tracy, y Galea, 2006; Maecker y Herrle, 2003; Salsman et al., 2008; Slavin-Spenny et al., 2011; Widows et al., 2005).

Varias investigaciones refieren una relación inversa entre malestar psicológico y CRE (p.ej. McMillen et al., 1997; Park et al., 1996), de manera que quienes informan de mantener CRE a lo largo del tiempo informan también de menor malestar (Linley y Joseph, 2004). Se ha hallado una relación negativa con medidas de depresión y ansiedad, con menor abuso reducido de alcohol y sustancias, y en general niveles menores de alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés, en adultos, adolescentes y niños (Meyerson et al., 2011). Asimismo, se ha hallado una relación inversa entre CRE y TEPT, en la que personas con niveles más elevados de alteración psicológica tipo TEPT informan de menos CRE (Frazier et al., 2001; R. J. Johnson et al., 2007).

Sin embargo, son muchos los estudios en los que se constata una relación positiva, según la cual las alteraciones psicológicas relacionadas con el evento coexisten con la percepción de CRE (p.ej. Aldwin, Levenson, y Spiro, 1994; Arpawong et al., 2013; Dekel et al., 2011; Lancaster et al., 2013; Nishi et al., 2010). Esta coexistencia, propuesta por Tedeschi y Calhoun (2004) en su modelo teórico, ilustra que las alteraciones psicológicas tipo *distress* son necesarias para poner el CRE en marcha y mantenerlo.

A pesar de que un buen número de investigaciones ha dado cuenta de una relación de tipo lineal entre CRE y las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés (Butler et al., 2005; Hall et al., 2010; Taku et al., 2008), otras han encontrado una solución curvilínea (Butler et al., 2005; Levine

et al., 2008; Solomon y Dekel, 2007), de forma que los mayores valores de crecimiento los refieren personas con niveles medios de TEPT. En un reciente metaanálisis, Shakespeare-Finch y Lurie-Beck (2014) aclaran que si bien hay una relación lineal significativa entre CRE y TEPT, la solución curvilínea en forma de U invertida es aún más fuerte. Asimismo señalan que la significación no es particularmente fuerte, y sugieren considerar otros factores implicados en el nivel diferencial de CRE y alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés. De hecho, en el contexto de una asociación positiva entre CRE y TEPT, a pesar de los elementos comunes entre TEPT y CRE (Helgeson et al., 2006; Tedeschi y Calhoun, 2004), hay diferencias sustanciales y predictores distintivos para CRE que aconsejan desligar ambas experiencias en los modelos teóricos y empíricos de CRE.

Por ejemplo, la vinculación con la salud psicológica de base es clara, y se ha propuesto también una distribución en forma de U invertida para explicar su relación con el desarrollo de CRE (Tedeschi y Calhoun, 2004), según la cual personas con niveles intermedios de ajuste psicológico anteriores al evento estresante tendrán más oportunidades para considerar constructivamente los cambios que el evento estresante haya traído a sus vidas.

En conclusión, respecto a la relación entre crecimiento relacionado con el estrés y alteraciones psicológicas, la mejor evidencia disponible sugiere que coexisten en respuesta a eventos altamente estresantes, relacionándose entre sí de forma curvilínea. En niveles bajos de alteración psicológica, los informes de CRE serían también bajos, probablemente debido a que la persona ha sido capaz de comprender e integrar adecuadamente las circunstancias e implicaciones del evento estresante, sin dar oportunidad a la generación de aprendizaje. Los niveles medios de afectación psicológica se relacionarían con los informes más elevados de CRE, dando muestra de la relación positiva entre ambas variables hallada en los estudios reseñados. En niveles elevados de problemas psicológicos, la percepción de CRE sería nuevamente baja, puesto que algunos síntomas, como por ejemplo la evitación, interferirían con la posibilidad de experimentar crecimiento (Kashdan y Kane, 2011).

2.5.6.2. Bienestar psicológico.

Respecto a la relación entre CRE y el grado de bienestar, es necesario hacer algunas consideraciones. Quizás sea conveniente recordar que el bienestar no puede ser entendido como la ausencia de patología (McAllister, 2005). En esta concepción simplista, puesto que ni el CRE implica necesariamente la reducción de las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés (Tedeschi y Calhoun, 2004), ni el alivio de las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés

promueve necesariamente el CRE (Linley y Joseph, 2004), la conclusión más prudente sería que CRE y bienestar no están relacionados.

Sin embargo, lo que teoría e investigación aclaran es que el bienestar es un concepto mucho más amplio que la mera ausencia de enfermedad, ya que además de una dimensión objetiva, tiene también una dimensión percibida. Desde este último punto de vista es desde donde pueden contemplarse los conceptos de bienestar subjetivo y bienestar psicológico, dos nociones que es preciso diferenciar. El bienestar subjetivo es entendido como las evaluaciones personales que realiza una persona sobre su vida, así como las reacciones afectivas de otros a sus experiencias (Diener, Lucas, y Scollon, 2006). Por tanto, el bienestar subjetivo hace referencia a aspectos cognitivos y afectivos, particularmente al equilibrio entre el afecto positivo y negativo, así como al grado en el que la persona refiere sentirse satisfecha con su vida. Este foco sobre las emociones ha hecho que el bienestar subjetivo se asocie con la perspectiva hedónica en salud mental, aspecto este del bienestar en el que posiblemente el CRE tiene poca utilidad (Calhoun y Tedeschi, 2006).

El bienestar psicológico, por su parte, engloba aspectos más existenciales, al implicar cuestiones como el sentido de dominio o maestría, crecimiento personal, relaciones positivas con los otros, autoaceptación y propósito en la vida (Ryff, 1989). El bienestar psicológico, entendido como distinto del bienestar subjetivo, se relaciona no con el hedonismo sino con el eudemonismo (Ryan y Deci, 2001), una concepción derivada de la filosofía aristotélica que se preocupa por el funcionamiento óptimo y el desarrollo de la persona. Lo cierto es que se ha hallado mayor relación del CRE con medidas de bienestar psicológico que de bienestar subjetivo (p.ej. Durkin y Joseph, 2009).

La investigación ha encontrado algunas dificultades metodológicas en el estudio de la relación entre CRE y bienestar psicológico. Concretamente, en estudios transversales la relación entre CRE y bienestar psicológico ha sido contradictoria (Pat-Horenczyk y Brom, 2007; Vázquez et al., 2009), mientras que los estudios longitudinales han resultado más esclarecedores, y las revisiones y metaanálisis van en la misma línea: hay una relación significativa y positiva entre CRE y bienestar psicológico.

Por ejemplo, en el estudio longitudinal de Carver y Antoni (2004) se expone cómo el percibir beneficio al inicio del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad oncológica predecía mejores resultados en medidas de bienestar entre cuatro y siete años después. Por su parte, Tennen y Affleck (2005) concluyen en su revisión que encontrar un sentido positivo al trauma se asociaba al equilibrio afectivo aunque se encontrara a medio o largo plazo, de manera que el paso del tiempo aumentaba la fuerza de asociación entre CRE y bienestar. Finalmente, el metaanálisis de Helgelson et al. (2006) seguía la misma dirección, puesto que encontró una asociación entre

mayor CRE y mayor bienestar psicológico, siendo mayores los efectos cuanto más tiempo había transcurrido desde el evento estresante.

Esta relación positiva entre CRE y medidas de bienestar psicológico apunta al potencial adaptativo del CRE (Sawyer, Ayers, y Field, 2010; Zoellner y Maercker, 2006), y añade sustento a la eventual utilidad clínica del CRE (Calhoun y Tedeschi, 1999; Joseph, 2004; Linley y Joseph, 2002; Pérez-Sales, 2004; Tedeschi y Calhoun, 2004; Vázquez et al., 2014). El planteamiento habitual para intervenir con personas que manifiestan dificultades en la integración de experiencias altamente estresantes ha incluido diversos componentes que pueden haber dejado fuera de foco la reflexión y búsqueda de sentido personal que implica el CRE.

La propuesta actual conlleva el conocimiento, por parte de los profesionales de la Psicología, del vínculo que tiene la revisión del evento traumático con la reconstrucción de un sistema de creencias que integre el evento. En esta tarea, es imprescindible tener en cuenta, además de las diferencias individuales que comporta el CRE, la posibilidad de que el contexto cultural de la persona influya en el proceso de aprendizaje y crecimiento, aspecto que se abordará a continuación.

2.5.7. Diferencias culturales.

El CRE y los procesos asociados muy posiblemente dependen en cierta medida de factores culturales que rodean a la persona (Calhoun, Cann, y Tedeschi, 2010; Vázquez y Páez, 2010). La cultura moldea la experiencia y los determinantes del estrés (Pérez-Sales, 2008), ya que da forma a los tipos de eventos que es probable que se experimenten como estresantes, influye en la evaluación del potencial estresante, y participa en las estrategias de afrontamiento que se emplean ante una determinada situación (Vázquez et al., 2014). Por supuesto, el contexto cultural afecta también a las reacciones de los demás hacia la persona y a sus actitudes hacia la situación que vive, por lo que permea las asunciones que los grupos de referencia de la persona usan para comprender la experiencia estresante y su impacto potencial (Calhoun y Tedeschi, 2004).

Desde el punto de vista transcultural, habría que considerar las posibles limitaciones en la aplicabilidad del constructo CRE en culturas diferentes (Vázquez et al., 2014). El CRE como concepto, así como en su desarrollo teórico y empírico primigenio, se ha nutrido de las aportaciones de científicos y población occidental, con un modelo culturalmente sesgado para comprender y también medir el crecimiento percibido. Así, aunque el estudio en distintas naciones en todo el mundo arroja resultados positivos respecto a la ocurrencia del CRE (Bilbao et al., 2013), los valores fluctúan entre culturas y etnias (Arpawong et al., 2013; Jin et al., 2014). La investigación transcultural requiere del uso de herramientas comparables que permitan discutir

semejanzas y diferencias adecuadamente, y los instrumentos de medida empleados, nacidos en occidente, no siempre logran replicar las características psicométricas de las escalas originales (Weiss y Berger, 2006), variando asimismo en la proporción de crecimiento correspondiente a cada subescala teórica (Taku et al., 2007).

Tal es el caso del *Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi y Calhoun, 1996), como se comentó, una de las medidas más ampliamente utilizadas para estimar la ocurrencia de CRE. Se han empleado validaciones y traducciones, entre otras, en alemán (Maercker y Langner, 2001), árabe (Davey, Heard, y Lennings, 2014; Salo et al., 2005), bosnio (Powell et al., 2003), castellano (Weiss y Berger, 2006), checo (Preiss, Krutiš, y Mareš, 2008), chino (Ho, Chan, y Ho, 2003), danés (Jaarsma, Pool, Sanderman, y Ranchor, 2006), finlandés (Turunen, Haravuori, Punamäki, Suomalainen, y Marttunen, 2014), francés (Lelorain, Bonnaud-Antignac, y Florin, 2010), griego (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos, et al., 2008), hebreo (Lev-Wiesel y Amir, 2003), húngaro (Konkolÿ, Kovácsb, y Balogb, 2014), italiano (Prati y Pietrantoni, 2014), japonés (Taku et al., 2007), persa (Heidarzadé et al., 2011), portugués (Teixeira y Pereira, 2013), somalí (Kroo y Nagy, 2011), sueco (Forinder y Norberg, 2013) y turco (Dirik y Karanci, 2008). Además, aplicando la escala en el inglés original se ha empleado con población británica (Linley, Andrews, y Joseph, 2007), australiana (Morris, Shakespeare-Finch, Rieck, y Newbery, 2005) y sudafricana (Peltzer, 2000). Los resultados de estos y otros estudios demuestran que el CRE no es un producto exclusivo de la cultura occidental.

Las aportaciones de algunos estudios transculturales mantienen la propuesta original de cinco factores de crecimiento postraumático: fortaleza personal, relaciones interpersonales, nuevas posibilidades, aprecio por la vida y cambio espiritual (Jaarsma et al., 2006; Linley et al., 2007; Morris et al., 2005; Prati y Pietrantoni, 2014; Teixeira y Pereira, 2013). Sin embargo, la estructura original del instrumento de medida reseñado no siempre es replicable.

Salvo contadas excepciones con soluciones de cuatro factores (Maercker y Langner, 2001; Taku et al., 2007), los cambios percibidos como resultado del proceso de integración de la experiencia estresante se organizan en torno a tres o dos dimensiones (Bilbao et al., 2013). En el primer caso, la estructura es normalmente similar a los tres factores originales propuestos por Tedeschi y Calhoun (1996), cambios en uno mismo (*self*), en las relaciones interpersonales, y en la filosofía de la vida (Powell et al., 2003; Weiss y Berger, 2006). En el segundo caso, la mejor estructura suele suponer una dimensión intrapersonal y otra interpersonal (Ho et al., 2003; Konkolÿ et al., 2014; Levine et al., 2008). Además, es frecuente que algunos ítems del cuestionario no puedan mantenerse en el modelo factorial final (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos, et al., 2008; Turunen et al., 2014).

La explicación a estas diferencias en los ámbitos de crecimiento se fundamenta en la variabilidad cultural asociada a distintos parámetros que se revisarán a continuación, como los distintos estilos de pensamiento, el peso diferencial de la familia, individualismo *versus* colectivismo, y espiritualidad o religiosidad.

Es posible que los estilos de pensamiento acerca de los acontecimientos estresantes estén influidos culturalmente. Por ejemplo, en un estudio comparativo con población estadounidense y japonesa, se halló que en la muestra estadounidense la rumia reciente deliberada mostró mayor peso en el desarrollo de CRE justo tras el evento, mientras que en la japonesa se relacionó con CRE inmediatamente tras el evento y también posteriormente, entre uno y cinco años después (Taku et al., 2009).

Asimismo, podría haber diferencias respecto a la estructura y funcionamiento familiar, así como al valor que se le otorga culturalmente (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Kyriakopoulos, et al., 2008). En algunos lugares, el énfasis en el familia extensa como un tejido firme, así como la existencia de compromisos intergeneracionales a largo plazo, hacen del grupo familiar un elemento de gran peso que podría alterar los modelos resultantes de CRE (Powell et al., 2003; Weiss y Berger, 2006).

Del mismo modo, existen diferencias culturales relativas al individualismo y al colectivismo que afectan a la distinta visión del crecimiento y del propio bienestar como algo personal o interpersonal. La cultura estadounidense, por ejemplo, es altamente individualista y jerárquica, con alto énfasis en los logros personales, la realización personal, y la felicidad. En otras culturas más colectivistas la vida individual actual es una fase del proceso generacional que define el propósito y el significado de la propia existencia (Weiss y Berger, 2006).

Algo similar sucede con la espiritualidad. En algunas culturas, como la estadounidense o la china, la religión representa una dimensión separada (Pargament, 1997; citado en Weiss y Berger, 2006), mientras que en otras permea todos los aspectos de la vida, como en la japonesa, con una perspectiva más centrada en la espiritualidad que en creencias específicas (Morita, Tsunoda, Inoue, y Chihara, 2000).

En este sentido, el uso de población latina en diversos estudios arroja resultados llamativos en lo tocante al peso de la espiritualidad en la ocurrencia de CRE. Cuando en otros países se incluye muestra latina en el estudio, la religiosidad aparece relacionada positivamente con la ocurrencia de CRE, tanto en población adulta (Park et al., 1996; Tedeschi y Calhoun, 1996) como en población adolescente (Milam et al., 2004). Arpawong et al. (2013), con jóvenes supervivientes de cáncer de once a veintiún años, hallaron que los latinos informaban de más CRE y mayor ajuste positivo a la enfermedad que los no latinos, lo que los autores relacionan con el mayor énfasis en

el apoyo familiar y el uso de estrategias de afrontamiento religioso de este grupo cultural. Además, los latinos menos integrados en la cultura estadounidense reflejaban a su vez mayor CRE que aquellos más integrados.

Sin embargo, sería altamente inadecuado trasladar los datos disponibles sobre cultura latina a la cultura española, basándose en la lengua común (Vázquez y Páez, 2010). La cultura española ofrece algunas particularidades que van a influir en la posibilidad y forma en la que se percibe el CRE, especialmente en la composición heterogénea de la población, el papel de la familia, la concepción individualista *versus* colectivista de la sociedad, y la religión.

En primer lugar, la heterogeneidad española es grande, tanto en la población de nacimiento español, con marcados sentimientos de identidad autonómica y hasta cuatro lenguas oficiales diferentes, como en la creciente variabilidad en la composición étnica. Desde el año 2000, España es el segundo país en el mundo en número de inmigrantes recibidos, después de EE.UU. (Vázquez y Páez, 2010), y según datos recientes, el 10.10% de la población española ha nacido en otro país, mayoritariamente en Latinoamérica, Europa del este y África (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2015).

En segundo lugar, la familia sigue ocupando un importante rol en la cultura española. Los españoles tienden a vivir en las mismas ciudades o regiones donde nacen (INE, 2014b), y esta escasa movilidad geográfica hace que la conexión con la familia de origen se mantenga a lo largo de toda la vida. Ahora bien, ciertos cambios sociales influyen en la forma en la que actualmente la familia desempeña su papel en la cultura española, como la mencionada presencia de población inmigrante y extranjera (a través del turismo), la transición hacia un estatus de igualdad equilibrada entre hombres y mujeres, el declive en el tamaño de la familia (INE, 2014a), la alta tasa de desempleo, la cohabitación de varias generaciones, así como cambios en las actitudes de rol desde modelos familiares jerárquicos y patriarcales, hacia visiones más igualitarias con mayor peso de la individualidad.

En tercer lugar, esta evolución hacia modelos más igualitarios supone también una diferencia importante entre España y otras culturas. La cultura española es más horizontal e igualitaria, en comparación con la inclinación jerárquica de la estadounidense (Schwartz, 1994; Basabe y Ros, 2005). Además, a pesar de los cambios descritos hacia un incremento de la individualidad en España, la cultura española es más colectivista que la estadounidense y que otras naciones del oeste europeo, pero desde luego menos que Latinoamérica (Basabe y Valencia, 2007).

En cuarto y último lugar, con respecto a la religión en la cultura española, aunque la confesión mayoritaria sigue siendo la católica, el peso que se da a la religión es cada vez menor. Así, en el último monitoreo mundial sobre religión, solo un 27% de los españoles declaró un rol importante

de la religión en su vida, comparado con el 62% de los estadounidenses (Fundación Bertelsmann, 2008). El 77% de católicos que reflejaba dicho monitoreo en nuestro país sigue un curso descendente, hasta que en un reciente barómetro nacional del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) supone un 71.5% (CIS, 2014). En España, un porcentaje muy bajo de personas informa hallar consuelo y fortaleza en la religión (54%), comparado con los estadounidenses (80%), o con los latinoamericanos (Inglehart, Basañez, Diez-Medrano, Halman, y Luijkx, 2004). Por otra parte, España ha seguido un gradual proceso de secularización, de forma que en la actualidad hay una desconexión entre las doctrinas católicas oficiales, y el comportamiento de la sociedad ante temas como el divorcio, el uso de anticonceptivos, el aborto y la homosexualidad (Valiente, 2006). Como sugieren Vázquez y Páez (2010), dado el menor afrontamiento religioso así como la creciente secularización, una fuente de variabilidad cultural importante para España va a ser el valor que se otorgue al crecimiento espiritual que contempla el CRE.

Las diferencias culturales, por tanto, pueden influir en los resultados de estudios transculturales que, en el caso español y como se refleja en la Tabla 4, supondrían tanto una variación en la posición que ocupan las distintas áreas de cambio que contempla el CRE, como una menor presencia relativa de algunas áreas.

Tabla 4.
Comparación de puntuaciones en CRE: EE.UU. - España.

	EE.UU.		España	
Área de crecimiento[a]	*M* (0-5)	Posición	*M* (0-5)	Posición
Fortaleza personal	3.75	1º	3.00	1º
Cambios en las relaciones	3.28	4º	2.89	2º
Aprecio por la vida	3.66	2º	2.87	3º
Nuevas posibilidades	3.60	3º	2.66	4º
Cambio espiritual	2.50	5º	1.76	5º

Nota. [a] Áreas de crecimiento definidas en el *Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi y Calhoun, 1996). Adaptado de Vázquez y Páez (2010).

3. OBJETIVOS.

El objetivo general de este estudio es conocer la percepción de crecimiento relacionado con el estrés ante la interrupción voluntaria del embarazo, y su evolución a la largo del tiempo. Para ello se tendrán en consideración características de la mujer y de la situación (embarazo y decisión), así como variables de procesamiento cognitivo, afectivo e interpersonal de la experiencia.

Los objetivos específicos, planteados tomando como base la teoría e investigación revisadas en los campos de la IVE y del CRE son:

- Conocer la presencia y magnitud de la percepción de CRE ante la IVE.
- Comprobar el comportamiento de la variable CRE a lo largo del tiempo ante la IVE.
- Averiguar qué características de la mujer que aborta (p.ej. edad, formación) se relacionan con la ocurrencia de CRE.
- Saber qué aspectos de la situación de la IVE (p.ej. estrés por la noticia del embarazo, estrés por la decisión de abortar) muestran relación con la aparición de CRE.
- Definir qué papel tienen las variables de procesamiento cognitivo presentes en la IVE (p.ej. toma de decisión, fantasías sobre otro curso de acción) en la percepción de CRE a lo largo del tiempo.
- Considerar la valencia y evolución del afecto tras la IVE y su relación con la oportunidad de CRE.
- Señalar el alcance del apoyo social en general y de la relación de pareja en particular a lo largo del tiempo en la percepción de CRE ante la IVE.
- Distinguir qué variables consideradas pueden predecir la ocurrencia de CRE ante la IVE tanto transversal cómo longitudinalmente.

4. METODOLOGÍA.

4.1. Diseño.

Se ha optado por un estudio descriptivo, con un diseño longitudinal de grupo único. Un diseño longitudinal de medidas repetidas mejora las posibilidades de estudio del cambio intraindividual, permite identificar las diferencias interindividuales en el cambio intraindividual, facilita el análisis entre los cambios intra- e interindividuales, y admite el estudio de las variables que influyen en el cambio intra- e interindividual (Arnau y Bono, 2008).

La elección del diseño obedece a las recomendaciones en materia de investigación psicológica en ambos campos de estudio (Linley y Joseph, 2004; American Psychological Association, 2008). Concretamente, en la literatura revisada sobre CRE se ha sugerido que el crecimiento como proceso se despliega con el paso del tiempo (Joseph y Linley, 2005), lo que requiere un diseño longitudinal. Por su parte, en la literatura revisada sobre interrupción voluntaria del embarazo se ha constatado que de forma general las reacciones de las mujeres cuatro meses posaborto no difirieren de los resultados en el seguimiento del año (Kero et al., 2004), por lo que el tiempo previsto para los seguimientos no ha de ser necesariamente prolongado.

Así, se tomó una medida base el día de la interrupción voluntaria del embarazo (momento temporal T0), se realizó una primera medida de seguimiento al cabo de un mes (T1) y una última medida transcurridos seis meses del aborto inducido (T2). Puede verse un resumen de las variables consideradas en cada momento temporal en la Tabla 5.

Tabla 5.
Variables y momentos de medida.

Variable	T0	T1	T2
Datos sociodemográficos	X		
Historia de salud mental	X		
Percepción de cambio personal	X		
Apego al embarazo	X		
Estrés por el embarazo y por la decisión de interrumpirlo	X		
Estrés situacional percibido	X		
Estrés concurrente	X	X	X
Seguridad de la decisión	X	X	X
Relación de pareja	X	X	X
Apoyo social	X	X	X
Crecimiento relacionado con el estrés	X	X	X
Síntomas físicos		X	X
Frecuencia de pensamientos sobre la IVE		X	X
Fantasías sobre otro curso de acción		X	X
Valoración positiva y negativa		X	X
Centralidad del evento			X
Valoración general de la experiencia			X

Nota. T0 = medida temporal base; T1 = medida temporal al mes; T2 = medida temporal a los seis meses.

Se decidió un abordaje multicéntrico, contando con la colaboración de las dos clínicas privadas autorizadas para la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Las Palmas (Gobierno de Canarias, 2012). A estas clínicas acude el 100% de la población de la provincia que accede a la interrupción del embarazo a petición de la mujer, tal y como recoge el artículo 14 de la Ley 2/2010 en vigor (LOSSRIVE 2/2010, de 3 de marzo).

Desde el punto de vista ético, el estudio se diseñó de acuerdo a los principios éticos generales suscritos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y refrendados en sucesivas asambleas (World Medical Association, 2013). Del mismo modo, se da cumplimiento a los códigos éticos propuestos por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (European Federation of Psychologists Associations, 2005), y contemplados en el Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España (COP, 2010).

Desde el punto de vista legal, el diseño se rige por los principios de legalidad democrática establecidos en el Estado Español, en atención particular a la Ley de Investigación Biomédica (LIB 14/2007, de 3 de julio), así como a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPDCP 15/1999, de 13 de diciembre). En cumplimiento de esta última ley, se inscribió un fichero de titularidad privada en la Agencia Española de Protección de Datos, para garantizar legalmente el adecuado tratamiento de los datos de contacto de las participantes (Apéndice A). Este paso era de obligada realización, dado el carácter longitudinal del estudio y la necesidad de seguimiento que implica.

4.2. Procedimiento.

4.2.1. Desarrollo del estudio.

Tras la revisión de la bibliografía pertinente, y definido el diseño más adecuado en cumplimiento de la legislación, normativa y recomendaciones específicas del área de estudio, se procedió a la determinación de los criterios de inclusión, la selección de instrumentos (ambos descritos más adelante) y elección del método más adecuado de acceso a las participantes potenciales.

Así, se consideró óptimo contar con la colaboración de las dos clínicas privadas autorizadas para la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Las Palmas (Gobierno de Canarias, 2012). Para ello, se contactó en marzo de 2014 con los responsables de cada clínica, quienes deliberaron su participación con los órganos de gestión competentes en cada caso, aceptando finalmente en el plazo previsto.

En ambas clínicas se procuró un abordaje similar, que minimizase las diferencias en el planteamiento del estudio. Asimismo, la participación directa de la responsable del estudio y el contacto frecuente con las clínicas (una o más veces a la semana) facilitaron la homogeneidad del procedimiento en ambos centros.

En los dos centros se contó con la colaboración de personal propio, quien se ocupó de presentar el estudio a las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión. Estas profesionales explicaban y presentaban para su firma el documento de consentimiento informado a las participantes (Apéndice B), conforme a las instrucciones recibidas por la responsable del estudio. Una vez aceptada la participación, la mujer recibía un juego de cuestionarios en formato papel, que cumplimentaba en el periodo de espera antes de la inducción del aborto. Cada juego de cuestionarios se identificó con un código único, disociado de los datos de contacto.

La medida en T0 se desarrolló a lo largo de cuatro meses consecutivos, de abril a julio de 2014. El seguimiento al cabo de un mes (T1) se desarrolló entre mayo y septiembre de 2014, y el seguimiento a los seis meses de la interrupción (T2) se llevó a cabo entre octubre de 2014 y febrero de 2015.

Ambas medidas de seguimiento fueron realizadas por la responsable del estudio, por el medio escogido por cada participante: correo electrónico o llamada telefónica. En ambos casos, las participantes aceptaron hasta un máximo de tres contactos, tras los cuales, en caso de no hallar respuesta, se entendería por desestimada su participación en la fase de seguimiento. Las participantes que escogieron ser contactadas por correo electrónico recibieron en la dirección facilitada una comunicación explicativa con el enlace de Internet a los instrumentos alojados en Google Drive. Las participantes que escogieron ser contactadas por teléfono respondieron verbalmente a los instrumentos previstos en cada medida.

No se halló relación entre el medio de seguimiento escogido y la mayor parte de los parámetros sociodemográficos contemplados (edad, situación de pareja, situación de convivencia, hijos, IVE previas, situación laboral, lugar de nacimiento). La única excepción la constituyó la formación, ya que un mayor nivel educativo completado correlacionó positiva y significativamente con la elección del correo electrónico como medio preferente de contacto en el seguimiento (r_s = .26, p = .001).

Todas las participantes en los seguimientos recibieron retroalimentación de sus resultados personales en los instrumentos de medida incluidos en cada caso. No se empleó en ningún momento compensación alguna de tipo económico o material por la participación en el estudio.

4.2.2. Análisis de datos.

Análisis cuantitativo.

Una vez vaciados los datos con las respuestas de las participantes, se procedió a la estimación de valores perdidos para aquellos cuestionarios con menos de un 10% de respuestas ausentes. Para ello se empleó la mediana de los puntos adyacentes.

En términos generales, para la exploración de los datos cuantitativos se recurrió al uso de frecuencias para las variables categóricas y de descriptivos para las continuas. Se siguió estrictamente el criterio al uso para la selección de los estadísticos más adecuados para el análisis de la relación y el contraste de variables categóricas y continuas, combinando métodos no paramétricos y paramétricos en función de las características de cada variable.

Los métodos escogidos para la realización de análisis factorial se indicarán oportunamente en el texto. Se comentan a continuación los supuestos previos requeridos para su cálculo que han sido contemplados en este estudio:

- Adecuación del tamaño de la muestra. Se adoptó el criterio del cociente mayor de 10 entre la cantidad de casos y la cantidad de variables.
- Normalidad y homocestacidad de la distribución.
- Matriz con correlaciones elevadas y nivel crítico $p < .05$.
- Medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin > .80 y próxima a 1.
- Prueba de esfericidad de Bartlett con un nivel crítico $p < .05$.
- Correlación antiimagen (negativo de la correlación parcial ítem-ítem) con los elementos de la diagonal en valores próximos a 1 y sin valores elevados en el resto de elementos.

Para la realización de análisis de regresión no se forzó la entrada de ninguna variable, dando preferencia a métodos parsimoniosos como el de pasos sucesivos. Para su cálculo se tuvo en cuenta el cumplimiento los supuestos de linealidad, independencia, homocestacidad, normalidad y no colinealidad, concretamente:

- Análisis de residuos tipificados sin valores atípicos. Se empleó como criterio valores de residuos tipificados máximo y mínimo dentro del intervalo ±3.29, y un valor de la distancia de Cook inferior a 1.
- Ausencia de problemas de colinealidad. Se adoptó como criterio un valor de tolerancia mayor de 0.40 e idealmente próximo a 1, y un factor de inflación de varianza (VIF) mayor de 1.

- Valores requeridos de correlación entre residuos adyacentes, con errores estadísticamente independientes. Para ello se empleó como criterio el estadístico de Durbin-Watson con un valor comprendido entre 1 y 3.
- Histograma de regresión de residuo tipificado con distribución de los errores de forma próxima a la normal.
- Gráfico P-P normal de regresión de residuo tipificado con puntos situados prácticamente en la misma línea.
- Gráfico de dispersión de los datos en cumplimiento de criterios de linealidad y homogeneidad de varianzas.
- Datos sin varianzas iguales a cero.

Salvo cálculos menos frecuentes cuyas fórmulas se especifican en el texto, se empleó para el análisis de datos cuantitativos el programa SPSS para Windows en su versión 15.0, complementado cuando fue necesario por el programa FACTOR en su versión 9.3 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006, 2014).

Análisis cualitativo.

Para el tratamiento de los datos cualitativos se llevó a cabo un análisis de contenido narrativo, desde un punto de vista fenomenológico. Por tanto, se ha contemplado la experiencia personal de las mujeres participantes, en atención a su propio contexto y significados, tal y como ellas expresan haberla vivido (Álvarez-Gayou, 2003; Rodríguez, Gil, y García, 1996).

Para ello se siguió el proceso que se describe a continuación, basado en la estructura de cuatro fases propuesta por Álvarez-Gayou (2003):

1. Obtención de la información. Atención a la experiencia concreta y significativa de la IVE, mediante el método básico de facilitación de narrativas. Para ello se empleó la pregunta abierta integrada en el conjunto de instrumentos seleccionados y descritos más adelante.
2. Transcripción y orden de la información. La información obtenida por escrito y verbalmente se transcribió rigurosamente en formato papel.
3. Codificación de la información obtenida en categorías. Para la elaboración y procesamiento de los datos se empleó la vertiente cualitativa (lógica) de codificación del análisis de contenido (Piñuel, 2002), que se realizó manualmente. La reducción de datos se llevó a cabo con criterios temáticos, separando primeramente unidades descriptivas, y posteriormente categorías más genéricas basadas en las primeras (Gibbs, 2007). Finalmente se generaron los códigos analíticos que se presentan en la sección de resultados, mediante

un procedimiento mixto inductivo-deductivo. Por tanto, la codificación abierta guiada por los datos sirvió para revisar de forma recurrente categorías amplias basadas en los conceptos que aportan la teoría y estudios considerados (Álvarez-Gayou, 2003; Krippendorff, 1980). Las categorías finales cumplen los criterios de homogeneidad, exhaustividad, mutua exclusividad y pertinencia, con la pretensión de sostener la validez de contenido (López, 2002).

4. Integración de la información. Los resultados se discuten más adelante, relacionando las categorías generadas con los fundamentos teóricos de la investigación. Los conceptos y temas obtenidos se relacionan también entre sí, integrando las categorías en la explicación que se ofrece junto a los resultados cuantitativos.

4.3. Participantes.

Para la selección de las participantes se recurrió a un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, de modo que se ofreció participar en el estudio a todas las mujeres que accedieron a las clínicas en el periodo de estudio y que cumplían los parámetros de inclusión previstos.

Como criterios de inclusión, se estimó adecuado considerar:

- Recurrir a un procedimiento de interrupción con garantías médicas y legales.
- Realizar la interrupción del embarazo a petición de la mujer.
- La interrupción no obedecerá a una recomendación médica.
- El embarazo no habrá sido resultado de una violación.
- Ser mayor de 18 años de edad.
- Tener suficientes conocimientos de castellano, hablado y escrito.

El reclutamiento en las clínicas autorizadas garantiza los cuatro primeros criterios de inclusión. Todas las mujeres acuden voluntariamente a interrumpir un embarazo que no es fruto de una violación y cuya interrupción no obedece a recomendación médica. La interrupción del embarazo es por tanto a petición de la mujer, y se realiza con todas las garantías médicas y legales del procedimiento. Adicionalmente, conviene señalar que todas las interrupciones se realizaron por el método de aspiración y con menos de 14 semanas de gestación.

Un total de 630 mujeres cumplió los criterios de inclusión en el periodo de estudio asignado a T0. De las 630 mujeres, 272 (43.17%) rechazaron participar, aportando de forma voluntaria y anónima datos sociodemográficos que permitiesen comparar su perfil básico con el de las mujeres que sí aceptaron participar.

Del grupo de 358 mujeres que inició el estudio, fue necesario descartar trece participantes por aportar datos incompletos según criterios al uso, a saber, tener más del 10% de respuestas de un

cuestionario sin cumplimentar (S. F. Johnson, 2012). Asimismo, se retiraron otras siete participantes por presentar patrones atípicos de respuesta. Ambas circunstancias dejaron una muestra inicial compuesta por 338 mujeres participantes.

Una comparación del perfil de mujeres que aceptó y rechazó participar en el estudio puede verse en la Tabla 6. Tanto los tramos de edad como la categorización del lugar de procedencia obedecen a los acuerdos de la Comisión de Estadística del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2015), así como del Instituto Nacional de Estadística.

A todos los efectos se ha considerado a las participantes provenientes de ambas clínicas como una única muestra. Sin embargo, es conveniente comentar que ambas clínicas contribuyeron con una proporción desigual de participantes potenciales (Clínica 1 = 37.70%, Clínica 2 = 62.30%). Esta diferencia es debida a que el número de pacientes atendido por la Clínica 2 fue mayor en el mismo periodo de tiempo. Asimismo, es preciso aclarar que se halló una diferencia significativa en el nivel de participación de las mujeres procedentes de ambas clínicas. El 60.50% de las mujeres procedentes de la Clínica 2 rechazó participar en el estudio, mientras que en el caso de la Clínica 1, esta cifra fue del 39.50%, resultando esta diferencia significativa ($\chi^2(1, N = 610) = 103.59$, $p < .001$). Esta circunstancia, sin embargo, hace que la diferencia entre el volumen de mujeres que aceptó participar procedente de ambas clínicas sea menor, de manera que la Clínica 1 aporta el 55.60% de las participantes en T0, y la Clínica 2 el 44.40% restante.

Respecto a la participación, los parámetros sociodemográficos de las mujeres que aceptaron y rechazaron participar no difirieron en formación, ni país de procedencia, ni tampoco en la historia previa de aborto inducido. Sin embargo, se halló una diferencia significativa respecto a la edad ($t(608) = -3.81$, $p < .001$), ya que el grupo de mujeres que rechazó participar era de mayor edad ($M = 29.62$, $DT = 6.52$) que el que aceptó ($M = 27.62$, $DT = 6.47$).

Otras diferencias significativas entre ambos grupos fueron que en el grupo de mujeres que aceptó participar había significativamente más mujeres con pareja estable en el momento de realizarse la interrupción, y con uno o más hijos. También fue significativa la mayor proporción de mujeres viviendo solas en el grupo que rechazó participar respecto al que aceptó. Otra diferencia significativa entre ambos grupos se halló respecto a la situación laboral, de manera que en el grupo de participantes había más mujeres en situación de desempleo, estudiando y dedicadas al cuidado del hogar y la familia que en el grupo de mujeres que rechazó participar (Tabla 6).

Tabla 6.
Descripción del perfil de mujeres que aceptó y rechazó participar.

	Acepta (n = 338)	Rechaza (n = 272)	(N = 610)
	%	%	Prueba de contraste
Situación de pareja			
Con pareja	58.13	41.87	$\chi^2(1) = 5.67$* $p = .017$
Sin pareja	46.98	53.02	
Edad			
18-19	67.31	32.69	
20-24	62.84	37.16	
25-29	60.56	39.44	$\chi^2(6) = 18.64$** $p = .005$
30-34	46.04	53.96	
35-39	43.75	56.25	
40-44	56.66	43.34	
> 44	33.33	66.67	
Convivencia			
Sola	32.39	67.61	$\chi^2(1) = 17.23$*** $p < .001$
Con más personas	58.44	41.56	
Hijos			
Sin hijos	52.24	47.76	$\chi^2(1) = 4.06$* $p = .044$
Uno o más hijos	60.61	39.39	
IVE			
No IVE previas	55.71	44.29	$\chi^2(1) = 0.01$ $p = .913$
Una o más IVE previas	55.25	44.75	
Situación laboral			
Trabaja	45.33	54.57	
En desempleo	62.80	37.20	$\chi^2(4) = 30.51$*** $p < .001$
Estudia	75.00	25.00	
Cuidado del hogar y la familia	72.41	25.59	
Otra situación	42.86	57.14	
Estudios finalizados			
Primaria	50.44	49.56	
Secundaria	57.87	42.13	$\chi^2(4) = 6.87$ $p = .143$
Bachillerato/CF medio	55.20	44.80	
Universidad/CF superior	49.45	50.55	
Posgrado	74.07	25.93	
Lugar de nacimiento			
España	57.11	42.89	$\chi^2(1) = 2.59$ $p = .107$
Extranjero	49.24	50.76	
Europa	43.75	56.25	
África	50.00	50.00	
América	52.22	47.78	
Asia	33.33	66.67	
Oceanía	0	100	

*$p < .05$; **$p < .01$, *** $p < .001$

Respecto a la adherencia a los seguimientos del estudio, el 50% de las participantes abandonó el estudio en el primer seguimiento, por lo que en T1 continuaron 169 mujeres. Finalmente, en T2 finalizaron el estudio 110 mujeres, siendo el porcentaje de abandono entre T1 y T2 del 34.91%. La proporción final de participantes que completó el estudio en todas sus fases supuso el 32.54% de la muestra inicial.

Se aplicaron las mismas pruebas para conocer si la composición de la muestra a lo largo del estudio difería como consecuencia del abandono, y no se halló ninguna diferencia significativa en los parámetros sociodemográficos descritos (Tabla 7).

Tabla 7.
Comparación perfil sociodemográfico participantes a lo largo del estudio.

	T0→T1 (n = 338)		T1→T2 (n = 169)		T0→T2 (n = 110)	
	Contraste	*p*	Contraste	*p*	Contraste	*p*
Situación de pareja	$\chi^2(1) = 0.07$	.788	$\chi^2(1) = 1.02$	.311	$\chi^2(1) = 0.85$	.356
Edad	$t(326.88) = 1.28$	.202	$t(142.19) = 1.35$	.178	$t(177.45) = -1.73$	.085
Convivencia	$\chi^2(1) = 0.05$	.829	$\chi^2(1) = 3.45$	.063	$\chi^2(1) = 1.34$	.246
Hijos	$\chi^2(1) = 0.05$	.825	$\chi^2(1) = 2.45$	.118	$\chi^2(1) = 1.64$	.200
IVE previas	$\chi^2(1) = 0.64$	.424	$\chi^2(1) = 0.62$	.430	$\chi^2(1) = 0.00$	.985
Situación laboral	$\chi^2(4) = 4.11$	.391	$\chi^2(4) = 6.92$	.140	$\chi^2(4) = 3.57$	.467
Estudios finalizados	$\chi^2(4) = 3.80$	.434	$\chi^2(4) = 1.34$	.854	$\chi^2(4) = 1.97$	.741
Lugar de nacimiento	$\chi^2(1) = 0.48$	.490	$\chi^2(1) = 0.10$	.756	$\chi^2(1) = 0.07$	.803

4.4. Instrumentos.

4.4.1. Variables solo en línea base (T0).

Datos sociodemográficos.

Se elaboró una serie de ítems de respuesta cerrada para conocer el perfil sociodemográfico de las participantes, teniendo en cuenta aspectos ya descritos que resultaron relevantes en investigaciones previas, así como recomendaciones de control en investigación en las áreas de interrupción voluntaria del embarazo (American Psychological Association, 2008) y CRE (Linley y Joseph, 2004).

Concretamente, se solicitó a las participantes que facilitasen su edad, si tenían o no hijos, y si se habían sometido o no a una o más IVE en el pasado. Se recogió asimismo información sobre

distintas categorías indicativas de su situación de pareja, condiciones de convivencia, estudios finalizados, circunstancias laborales y lugar de origen. Respecto a esta última variable, se preguntó a las participantes por su país de nacimiento, agrupando posteriormente las 36 naciones resultantes en los grupos continentales propuestos por la Comisión de Estadística del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2015), así como por el Instituto Nacional de Estadística. Puede verse un ejemplo detallado de estas variables en el Apéndice C.

Historia de salud mental.

Se consideró que la mejor forma de conocer la historia de salud mental de las participantes era que ellas mismas proporcionasen la información de la forma más objetiva posible. Se optó por solicitar información con opción dicotómica de respuesta (*sí*/*no*) sobre dos parámetros referidos a los 12 meses previos a la interrupción del embarazo: consulta a profesionales de la salud mental y consumo de psicofármacos.

Percepción de cambio personal.

Para conocer en qué medida la decisión de interrumpir el embarazo se relaciona con una percepción de cambio personal, se incluyó una pregunta sobre la percepción de sí mismas ante la decisión. Se ofreció la posibilidad de situarse a sí misma entre dos polos separados por siete puntos (-3 *mucho*, -2 *bastante*, -1 *poco*, 0 *nada*, 1 *poco*, 2 *bastante*, 3 *mucho*): "siento que sigo siendo yo misma"; "hace que me vea de forma diferente". La puntuación asignada se transformó posteriormente para su codificación (1 *mucho*, 2 *bastante*, 3 *poco*, 4 *nada*, 5 *poco*, 6 *bastante*, 7 *mucho*).

Estrés asociado al embarazo y a la decisión de interrumpirlo.

Se incluyeron dos preguntas con el propósito de distinguir la experiencia de estrés percibido asociado al conocimiento de estar embarazada, y el que la mujer asigna a la decisión de interrumpir el embarazo. En ambas preguntas se cuantificó la respuesta mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (1 *nada*, 2 *poco*, 3 *bastante*, 4 *mucho*).

Características del embarazo.

Para poder precisar mejor la línea base, se decidió preguntar a las participantes por dos características de la estimación de su propio embarazo. Ambas preguntas se consideraron dicotómicas, con respuestas tipo *sí*/*no*.

En primer lugar, las participantes indicaban si el embarazo era inesperado o esperado, como pregunta de control para criterio de inclusión. El 100% de las participantes respondió que valoraba su embarazo como inesperado, por lo que este dato se omitió en los análisis posteriores. En segundo lugar, se preguntó si consideraban que el embarazo era deseado o no deseado, como medida de la presencia de procesos de apego al embarazo.

Estrés situacional percibido.

Para la valoración del estrés situacional percibido se recurrió a la dimensión estrés del Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estudio del Estado de Ánimo (IDDA-EA), de Tous y Andrés (1991). El inventario recoge la autopercepción del nivel de activación mediante un diferencial semántico.

El IDDA-EA está conformado por 28 pares de adjetivos agrupados en tres factores independientes, que reflejan tres dimensiones descriptoras del estado de ánimo: activación (activación relacionada con la acción), *arousal* (factor vigilia-sueño), y estrés. Esta última dimensión es la que se ha empleado en el presente estudio, por reflejar la tensión provocada por la interdependencia negativa entre las demandas de la situación y las expectativas de la persona. El modelo asume que estas circunstancias aumentan el procesamiento dual y hacen que la persona experimente el nivel de energía como desagradable.

Una particularidad de este instrumento es que el análisis de sus elementos estableció que la composición de los distintos factores es distinta para hombres y mujeres. Así, el factor estrés tiene adjetivos representativos comunes, como tensa, inquieta, agitada, intranquila y exaltada, pero también adjetivos exclusivos de la percepción del estrés en la mujer, como sucede con fuerte.

La dimensión estrés se compone en el caso de las mujeres de ocho pares de adjetivos antónimos separados entre sí por una escala de 7 puntos que adquiere los valores bipolares (-3 *mucho*, -2 *bastante*, -1 *poco*, 0 *nada*, 1 *poco*, 2 *bastante*, 3 *mucho*). Estos valores bipolares consideran el signo positivo para el adjetivo descriptor y el signo negativo para el antónimo correspondiente al mismo. La puntuación asignada a cada par de adjetivos ha de ser considerada en términos absolutos para su codificación (1 *mucho*, 2 *bastante*, 3 *poco*, 4 *nada*, 5 *poco*, 6 *bastante*, 7 *mucho*). A continuación, la puntuación absoluta es transformada en la puntuación prevista en la corrección del instrumento, con una correspondencia específica para mujeres. Por tanto, el sumatorio de las puntuaciones directas se convierte en la puntuación transformada obtenida en la dimensión escogida. Finalmente, y para permitir las comparaciones interindividuales, se calculan las puntuaciones estándar en eneatipos empleando los baremos proporcionados por los autores (valores de 1 a 9).

Los autores establecieron la fiabilidad de las puntuaciones de la dimensión estrés para mujeres mediante el coeficiente omega de Heise y Bohrnstedt (citado en Muñiz, 1992). Este coeficiente, derivado del análisis factorial, suele estimar un valor superior al alfa de Cronbach. Según manifiestan Tous y Andrés (1991), omega presenta la ventaja de su indeterminación, ya que depende de las estimaciones de varianza común de cada variable que constituye la escala factorial, y además estima la fiabilidad de todos los factores comunes en el conjunto de ítems. En el estudio original se informa de un valor del coeficiente omega $\omega = .87$, con una muestra de 556 mujeres españolas.

Asimismo, el IDDA-EA ha demostrado su validez convergente con otros instrumentos de medida, y en particular la dimensión estrés empleada en el presente estudio correlaciona positiva y significativamente en mujeres con las puntuaciones ansiedad-estado del Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Luschene (adaptado al español por Buela-Casal, Guillén-Riquelme, y Seisdedos, 2011).

Para su aplicación se respetó la propuesta de instrucciones de los autores del instrumento, aunque se incluyó una consigna temporal para orientar a las participantes a los objetivos del estudio. No se estimó adecuado que las respuestas ofrecidas se relacionasen únicamente con el momento en el que se realizó la recogida de datos, ya que se llevó a cabo mientras esperaban para someterse al procedimiento. Por ello, se optó por solicitar la valoración de su estado ante el conjunto de la situación, es decir, desde que supieron que estaban embarazadas.

Se realizó un análisis de los parámetros descritos en el estudio original (Tous y Andrés, 1991), para valorar su consonancia con las puntuaciones del presente estudio. En primer lugar se analizó el ajuste de las puntuaciones obtenidas a la distribución normal, de manera que los cálculos que se realicen sean los adecuados. En segundo lugar se calculó la fiabilidad de las puntuaciones de la dimensión estrés en el presente estudio.

Por tanto, primeramente se comprobó que la distribución de la variable estrés situacional medida con el IDDA-EA se ajustaba a la normal manteniendo los ocho elementos originales (Z de K-S = 0.62, p = .831), lo que permitiría en todo caso el adecuado cálculo de relaciones con el resto de variables del estudio. Del mismo modo, el análisis de los valores de asimetría y curtosis ítem a ítem revelaron valores dentro del intervalo ±1,5 recomendado en la literatura (George y Mallery, 2003), lo que confirma la adecuación a la normalidad de las leves variaciones de la distribución de puntuaciones del IDDA-EA en el presente estudio.

En segundo lugar se calculó la fiabilidad de las puntuaciones de la dimensión estrés atendiendo a las recomendaciones de los autores del estudio original, quienes emplearon el coeficiente omega de Heise y Bohrnstedt (citado en Muñiz, 1992), como se ha descrito. En el presente estudio, este

valor fue de ω = .85 con una muestra de 338 mujeres. El coeficiente omega puede calcularse a partir de las estimaciones de varianza común de los ítems extraídos, y de la matriz de correlaciones ítem-ítem mediante la fórmula:

$$\omega = 1 - \frac{n - \Sigma h_i^2}{n + (2 \Sigma r_{ij})} = 1 - \frac{8 - 4.72}{8 + (2 \cdot 6.90)} = .85$$

donde n es el número de ítems, h_i^2 la estimación de varianza común de cada uno de los ítems, y r_{ij} la correlación entre cada par de ítems.

Dada la distribución normal de las puntuaciones, se analizó asimismo la fiabilidad del cuestionario para la muestra del presente estudio mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que arrojó un valor de α = .73. El análisis ítem-test sugiere la eliminación del par de adjetivos fuerte-floja, permitiendo que la fiabilidad del conjunto se eleve .06. Además, la correlación entre este elemento y el total de la dimensión estrés resultó negativa, lo que haría aconsejable su supresión ($r_{j(x-j)}$ = -.21).

Ante esta circunstancia, se realizó una comprobación de la composición factorial de la dimensión estrés mediante el análisis de componentes principales y rotación con método de normalización Varimax con Kaiser. Como resultado, se observó que únicamente el par fuerte-floja ofrecía una carga más adecuada en un segundo factor que el resto de componentes.

Se optó entonces por realizar nuevamente los cálculos retirando el par fuerte-floja del conjunto de la escala, como puede observarse en la Tabla 8. La fiabilidad de las puntuaciones indicada por el alfa de Cronbach quedó establecida en α = .79, mientras que el coeficiente omega de Heise y Bohrnstedt resultó ser ω = .85, casi idéntico al obtenido antes de la supresión (supuso un descenso de .002).

Tabla 8.
Comparación propiedades psicométricas IDDA-EA.

	8 pares originales		7 pares
	Tous y Andrés (1991)	Barraza (2015)	Barraza (2015)
Coeficiente de fiabilidad	*N* = 556	*n* = 338	*n* = 338
Omega de Heise y Bohrnstedt	ω = 0.87	ω = .85	ω = .85
Alfa de Cronbach	-	α = .73	α = .79

Nota. Elaboración propia sobre datos de Tous y Andrés (1991).

Se calculó nuevamente el ajuste a la distribución de las puntuaciones tras la supresión del par fuerte-floja, manteniéndose el ajuste a la normal (*Z* de K-S = 0.57, *p* = .899). Como puede apreciarse en la Figura 7, la distribución de las puntuaciones sin el par fuerte-floja mantiene una distribución compatible con la normal, si bien algo desplazada en valores altos hacia la derecha.

Lamentablemente, la supresión del par fuerte-floja invalida la última transformación de las puntuaciones prevista en el IDDA-EA, ya que no pueden utilizarse los valores asignados a los eneatipos que corresponden a la suma de las puntuaciones transformadas de la dimensión estrés y propuestos en la escala original como baremos del grupo de tipificación. El cálculo de eneatipos en esta muestra no parece procedente, dado que de todos modos no permitiría una comparación con ningún grupo, y su cálculo no reviste interés desde el punto de vista del resto de variables que conforman el estudio.

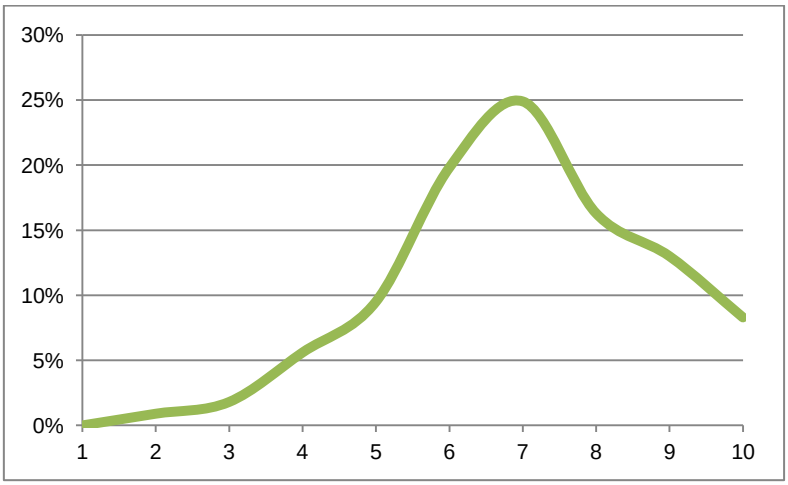


Figura 7. Distribución de puntuaciones del inventario IDDA-EA.

4.4.2. Variables en los tres momentos (T0, T1 y T2).

Estrés concurrente.

Para tener en cuenta qué otros acontecimientos valorados subjetivamente como estresantes están ocurriendo en la vida de la mujer, además de la IVE misma, se pidió a las participantes en la línea base (T0) que indicasen qué experiencias estresantes habían vivido en el último año, y en los seguimientos se les solicitó que señalasen las que sucedieran en el periodo transcurrido (T1 o T2). No habiéndose hallado ninguna escala que se ajustase a los objetivos del presente estudio, se optó por dejar libertad a la mujer para denominar la experiencia estresante y se solicitó que valorase su percepción de estrés asociado mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (1 *nada*, 2 *poco*, 3 *bastante*, 4 *mucho*), siguiendo el ejemplo de otras escalas de medida de acontecimientos vitales estresantes (p.ej. el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín y Chorot, 1987).

Este procedimiento arrojó un total de 24 acontecimientos diferentes que han sido agrupados para su tratamiento en 7 categorías (una de ellas residual), como se describe en la Tabla 9. La

categorización es fruto del acuerdo semántico y de contenido entre dos jueces independientes, un trabajador social y un psicólogo, quienes revisaron los acontecimientos denominados libremente por la muestra participante, hasta llegar a la solución que se presenta.

Por tanto, en esta variable fue posible registrar, por una parte, la ocurrencia o no de uno o más acontecimientos estresantes concurrentes y, por otra parte, la intensidad del estrés atribuida a ese acontecimiento.

Tabla 9.
Categorías de la variable estrés concurrente.

Categoría	Descriptores
Estrés económico.	Problemas económicos (OE19).
Estrés familiar.	Conflictos familiares (OE2). Reagrupación familiar: convivencia varias generaciones (OE21). Crianza de los hijos en soledad (OE16). Cuidado de hijos pequeños o enfermos (OE5). Enfermedad grave de un ser querido (OE10). Muerte de un ser querido (OE18).
Estrés de pareja.	Conflictos de pareja (OE3). Conflictos por la custodia de los hijos (OE4). Maltrato de pareja (OE15). Ruptura de pareja (OE22).
Estrés académico o laboral.	Estrés académico (OE12): exámenes, oposiciones. Estrés laboral (OE13): acoso, desempleo (OE6), despido (OE7).
Estrés por problemas de salud.	Enfermedad propia (OE11). Discapacidad (OE8). Accidentes (OE1).
Estrés por pérdida de apoyos (arraigo).	Emigración (OE9). Traslados (OE23). Lejanía de seres queridos (OE14).
Otros.	Mudanza (OE17). Problemas legales (OE20). Otros (OE24).

Nota. OE = otro estrés.

Seguridad de la decisión.

Para conocer mejor la percepción de la mujer respecto a la decisión tomada, se optó por solicitar información sobre la seguridad experimentada tanto en el momento de la interrupción como en los dos seguimientos. Se ofreció la posibilidad de situarse a sí misma entre dos polos separados por siete puntos (-3 *mucho*, -2 *bastante*, -1 *poco*, 0 *ni segura ni insegura*, 1 *poco*, 2 *bastante*, 3 *mucho*): "estoy segura de mi decisión"; "tengo dudas respecto a mi decisión". La puntuación asignada se transformó posteriormente para su codificación (7 *muy segura*, 6 *bastante segura*, 5 *poco segura*, 4 *ni segura ni insegura*, 3 *poco insegura*, 2 *bastante insegura*, 1 *muy insegura*).

Relación de pareja.

Con objeto de explorar la situación de pareja de las participantes en el estudio, se les propuso valorar en los tres momentos de medida (T0, T1 y T2) la percepción de su relación de pareja. Se pidió a las mujeres que señalasen una de seis situaciones en T0 ("no tenía pareja estable"; "rompimos tras el embarazo"; "estamos juntos, igual que siempre"; "estamos juntos, mejor que antes"; "estamos juntos, peor que antes"; "mi pareja ha fallecido"), a las que se añade una más en T1 y T2 ("rompimos tras el aborto").

Apoyo social.

El apoyo social percibido en este contexto de estudio de la relación entre aborto inducido y CRE requiere de un abordaje específico. En primer lugar, cabe la posibilidad de que algunas mujeres no compartan su situación con nadie, por lo que se incluyó una pregunta al respecto con opción dicotómica de respuesta (*sí*/*no*). En segundo lugar, se seleccionó un instrumento que permitiese conocer el apoyo social percibido por la mujer en su entorno, por parte de personas significativas.

Dadas estas características, se escogió para esta medida el cuestionario de apoyo social Vínculos Interpersonales de Apoyo (VIDA), desarrollado con población española por Alemán (2013). Este cuestionario permite el uso independiente de sus tres factores de valoración, familia, amigos y personas relevantes, siendo este último el seleccionado para el presente estudio (Apéndice D). El cuestionario presenta una serie de afirmaciones y se solicita a los participantes que valoren el grado de acuerdo con cada afirmación mediante una escala Likert de cuatro puntos (1 *totalmente en desacuerdo*, 2 *en desacuerdo*, 3 *de acuerdo*, 4 *totalmente de acuerdo*). Dado que en el presente estudio se han empleado los 8 ítems de mayor saturación en el factor personas relevantes, la puntuación posible se encuentra en el intervalo de 8 a 32.

Como puede verse en la Tabla 10, la dimensión VIDA-R presenta unas adecuadas propiedades psicométricas. Su autor informa de una consistencia interna óptima ($\alpha = .95$), y la fiabilidad test-retest efectuada a los 30-45 días resultó aceptable en el estudio original ($r = .53$, $p < .001$).

Respecto a la validez, el cuestionario VIDA presenta una buena validez aparente (jueces y expertos), y una muy buena validez convergente en su conjunto. El estudio sobre validez convergente fue particularmente prolijo, ya que se realizó en relación con otras medidas del mismo constructo apoyo social, con variables de constructos similares al apoyo social (p.ej. soledad, aislamiento, etc.), con variables de constructos diferentes pero relacionados con el apoyo social, y mediante el estudio de la diferencia de medias del cuestionario VIDA.

Se realizó un análisis de la aplicación de los parámetros descritos en el estudio original (Alemán, 2013) a la muestra del presente estudio. En primer lugar se analizó el ajuste de las puntuaciones obtenidas a la distribución normal, de manera que los cálculos que se realicen sean los adecuados. En segundo lugar se calculó la fiabilidad de la medida de la dimensión apoyo social en el presente estudio.

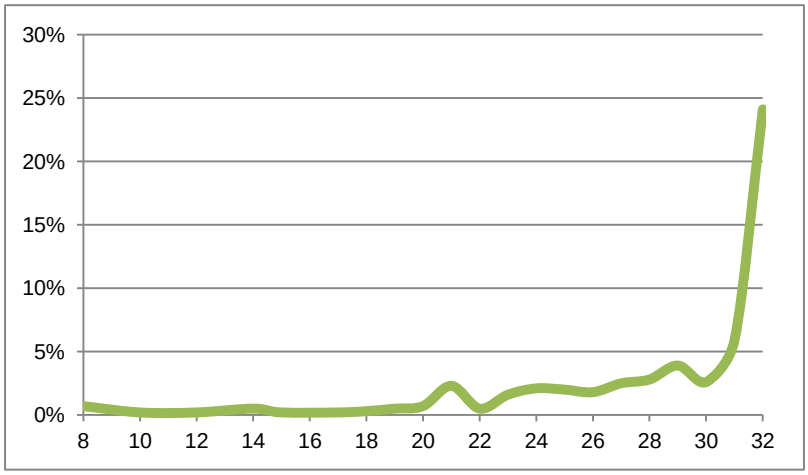


Figura 8. Distribución de puntuaciones del inventario VIDA-R.

Por tanto, primeramente se constató que la distribución de la variable apoyo social medida con el VIDA-R no se ajustaba a la distribución normal (Z de K-S = 4.41, $p < .001$), y no se logró forzar su ajuste por ningún método. La distribución está concentrada en las puntuaciones altas de la escala, mostrando que una amplia proporción de la muestra informa de niveles altos de apoyo de figuras significativas (Figura 8). En la misma línea, los valores de asimetría y curtosis ítem a ítem revelaron que todos los valores se encontraban fuera del intervalo ±1,5 recomendado en la literatura (George y Mallery, 2003), aunque en ningún caso los valores de asimetría son superiores a 3 o los de curtosis a 10, lo que sugeriría que los datos debieran transformarse (Kline, 2005).

Esta situación también se reflejó en el estudio original. Como hace notar el autor, son muchas las variables biopsicosociales que se distribuyen de forma asimétrica, mostrando así su naturaleza subyacente (Alemán, 2013). No se entiende, por tanto, que esta asimetría indique un problema con la medida.

En segundo lugar se calculó la fiabilidad de las puntuaciones de la dimensión apoyo de personas relevantes atendiendo a los parámetros empleados por el autor en el estudio original, quien recurrió al coeficiente alfa de Cronbach. Como recoge la Tabla 10, en el presente estudio la consistencia interna también fue óptima ($\alpha = .92$), y la fiabilidad test-retest fue también significativa y muy buena en el seguimiento al mes, calculada en este caso mediante la rho de Spearman, dada la falta de ajuste a la distribución normal ($r_s = .80$, $p < .001$). Transcurridos seis

meses desde la primera medida, la fiabilidad de las puntuaciones siguió siendo aceptable y significativa ($r_s = .70$, $p < .001$).

Tabla 10.
Comparación propiedades psicométricas VIDA-R.

	Alemán (2013)	Barraza (2015)
Correlación ítem-test.	$r_{j(x-j)}$ $N = 1080$	$r_{j(x-j)}$ $n = 338$
Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir mis penas y alegrías.	.80	.77
Existe alguien que realmente es una fuente de bienestar para mí.	.81	.71
Tengo a alguien con quien puedo hablar de mis problemas y temores.	.87	.80
Tengo a alguien con quien puedo contar cuando necesito hablar de algo muy íntimo.	.86	.75
Tengo a alguien ante quien puedo llorar o desahogarme.	.84	.75
Cuento con una persona o personas que se preocupan por lo que me sucede.	.79	.68
Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.	.79	.66
Cuento con alguien que me alienta o da ánimos para seguir.	.80	.75
	α $N = 1080$	α $n = 338$
Coeficiente de fiabilidad.	.95	.92[a]
	r $n = 62$	r_s $n = 169$
Fiabilidad test-retest (un mes).	.53	.80

Nota. Elaboración propia sobre datos de Alemán (2013).
[a] Este dato debe ser tomado con cautela, dada la falta de ajuste a la distribución normal.

Crecimiento relacionado con el estrés.

Para abordar la posibilidad de que el crecimiento relacionado con el estrés sea un fenómeno que pueda estar ocurriendo también en las mujeres que interrumpen un embarazo, se decidió medir el nivel de CRE mediante una de las versiones disponibles en castellano del *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) de Tedeschi y Calhoun (1996). Se escogió una corrección de la traducción de Vázquez et al. (2006), propuesta en Páez et al. (2011). Se reproduce la versión empleada en el Apéndice E.

El PTGI es un inventario compuesto por 21 ítems, agrupados originalmente en cinco factores, que ofrecen distintas afirmaciones para que la persona valore en cada una de ellas la magnitud de cambio percibida en relación con el acontecimiento estresante (“como resultado de su experiencia ante la interrupción voluntaria del embarazo, señale si ha experimentado los siguientes cambios, teniendo en cuenta la escala propuesta”). Para ello se hace uso de una escala Likert de seis puntos (0 *ningún cambio*, 1 *un cambio muy ligero*, 2 *un cambio ligero*, 3 *un cambio moderado*, 4 *un*

cambio importante, 5 *un cambio muy importante*). La corrección se realiza por suma simple de las puntuaciones reflejadas en cada afirmación (Tabla 11).

Tabla 11.
Descripción factores originales PTGI.

Denominación	Ítem	Contenido
Fortaleza personal	4	Tengo más confianza en mí misma.
	10	Siento que puedo arreglármelas mejor en los momentos difíciles.
	12	Acepto más fácilmente el modo en que van las cosas en mi vida, o puedo aceptar mejor las cosas tal como vienen.
	19	He descubierto que era o soy más fuerte de lo que pensaba.
Relaciones con los otros	6	Me doy cuenta de que puedo contar con las personas en caso de crisis y necesidad.
	8	Siento un mayor sentido de proximidad con las personas o mayor cercanía hacia los demás.
	9	Estoy más dispuesta a expresar mis emociones o manifiesto las emociones de forma más espontánea.
	15	Tengo o siento más compasión hacia los demás.
	16	Aporto o pongo más energía en mis relaciones personales.
	20	He aprendido lo maravillosas que son las personas o lo extraordinarias que pueden ser.
	21	Acepto mejor el hecho de necesitar a los demás.
Nuevas posibilidades	3	Tengo o he desarrollado nuevos intereses.
	7	He construido un nuevo rumbo o caminos de vida.
	11	Creo o me siento capaz de hacer cosas mejores en mi vida.
	14	Veo que hay oportunidades que antes no consideraba o han aparecido oportunidades que de no haber pasado esto no habrían sucedido.
	17	Estoy más dispuesta a afrontar las cosas que hay que cambiar o intento más cambiar aquellas cosas que deben cambiarse.
Aprecio por la vida	1	He cambiado la escala de valores de mi vida, las prioridades de lo que es importante en la vida.
	2	Aprecio más el valor de mi propia vida o la valoro más.
	13	Aprecio cada vez más el nuevo día o puedo valorar mejor el día a día.
Cambio espiritual	5	Soy una persona más espiritual, he crecido espiritualmente.
	18	Tengo más fe religiosa.

Nota. Adaptado de Tedeschi y Calhoun (1996) y Páez et al. (2011).

Los autores describen unas propiedades psicométricas adecuadas en el estudio original (Tedeschi y Calhoun, 1996). La consistencia interna de las puntuaciones para el conjunto del inventario quedó establecida mediante el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach con un resultado óptimo (α = .90) en una muestra de 604 hombres y mujeres, y también fue adecuada la consistencia interna para cada factor (Tabla 12). La fiabilidad test-retest medida a los dos meses con un grupo de 28 personas fue también adecuada para el conjunto de la escala (r = .71), y los autores añaden que las peores medidas en el test-retest fueron las correlaciones de los factores fortaleza personal (r = .37) y aprecio por la vida (r = .47).

En el estudio de validación (Tedeschi y Calhoun, 1996), respecto a la validez convergente se encontró una relación significativa con la dimensión de optimismo medida por el *Life Orientation Test*, LOT (Scheier y Carver, 1985), y con la dimensión extraversión del modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad mediante el cuestionario NEO-PI (Costa y McCrae, 1985,

citados en Costa y McCrae, 1992). Posteriormente, se ha obtenido también apoyo a la validez convergente al comprobar que las respuestas al PTGI tienden a ser corroboradas por otros (p.ej. Shakespeare-Finch y Enders, 2008). Respecto a la validez discriminante, no se halló relación alguna con deseabilidad social (Tedeschi y Calhoun, 1996), lo cual ha sido confirmado en estudios posteriores (p.ej. Cann et al., 2011).

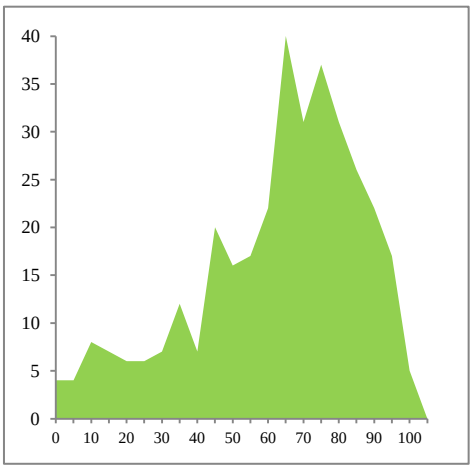
En cuanto a la validez diferencial, Tedeschi y Calhoun (1996) compararon las respuestas de personas que referían haber experimentado algún acontecimiento altamente estresante con las de las personas que indicaron no haber vivido ninguno. Hallaron diferencias significativas en todos los factores, de manera que quienes experimentan un suceso altamente estresante o traumático puntúan más alto en el PTGI que los que no. La única excepción fue el factor "cambio espiritual".

Para el trabajo con este instrumento en el presente estudio se realizó un análisis de la aplicación a esta muestra de los parámetros descritos en el estudio original. En primer lugar se analizó el ajuste de las puntuaciones obtenidas a la distribución normal, de manera que los cálculos que se realicen sean los adecuados. En segundo lugar se calculó la fiabilidad de las puntuaciones de la medida de crecimiento relacionado con el estrés en el presente estudio. En tercer lugar, se estudió la posibilidad de replicación de los factores originales mediante el método propuesto en el estudio de referencia (Tedeschi y Calhoun, 1996).

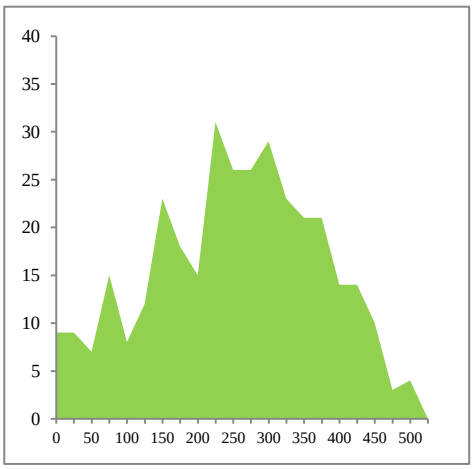
Por tanto, en primer lugar se analizó el ajuste de las puntuaciones a la normalidad, y se constató que la distribución de la variable CRE medida con el PTGI no se ajustaba a la distribución normal (Z de K-S = 2.20, $p < .001$). La concentración de puntuaciones se halla en el lado de la derecha y la cola en el de la izquierda, mostrando cómo la tendencia de esta muestra es a informar de valores de crecimiento por encima de la media (Figura 9a).

Sin embargo, todos los índices de asimetría y de curtosis se situaron dentro del margen ±1.5 ya comentado (George y Mallery, 2003), a excepción de la curtosis del ítem 14, que resultó ligeramente inferior, con un valor de -1.51. Esta situación matiza el resultado obtenido en la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y sugiere que podría prescindirse de la transformación de las puntuaciones.

Pese a ello, se realizó una transformación de las puntuaciones para forzar el ajuste a la normal mediante la operación x^2, que comprime la escala para valores pequeños y la expande para valores altos (Figura 9b). Como resultado, la prueba de Kolmogorov-Smirnov ofreció una distribución compatible con la normal (Z de K-S (x^2) = 0.75, $p = .633$). Para los cálculos estadísticos basados en la teoría normal se utilizaron los valores transformados, pero para la presentación de los resultados se realizó la transformación inversa, para mostrarlos en su escala de medida natural.



9a. *Z* de K-S = 2.20, *p* < .001



9b. *Z* de K-S (x^2) = 0.75, *p* = .633

Figura 9. Distribución de puntuaciones del inventario PTGI.

Con este criterio, en segundo lugar se calculó la fiabilidad de las puntuaciones de la medida de crecimiento relacionado con el estrés en el presente estudio, como queda expuesto en la Tabla 12. No se tiene constancia de estudios de fiabilidad y validez de ninguna versión disponible en castellano, por lo que se carece de datos psicométricos en nuestro medio que permitan una adecuada comparación. Por ello, los datos reflejados en la Tabla 13 hacen referencia al estudio original de Tedeschi y Calhoun (1996), con muestra estadounidense.

Teniendo esto en consideración, la consistencia interna de las puntuaciones del conjunto de la escala sigue siendo óptima en el presente estudio (α = .93), y la extracción de ningún ítem mejoraría este valor. Respecto a la fiabilidad test-retest, los resultados con puntuaciones ajustadas (x^2) siguen siendo aceptables aunque inferiores, ya que se obtuvo una *r* = .66, *p* < .001, en el seguimiento al mes (*n* = 169), y una *r* = .71, *p* < .001, en el seguimiento a los seis meses (*n* = 110).

Tabla 12.
Comparación propiedades psicométricas ajustadas del PTGI.

	Tedeschi y Calhoun (1996) *N* = 604	Barraza (2015) *n* = 338
Fiabilidad	α	α (x^2)
Factores originales		
Fortaleza personal	.72	.80
Relaciones con los otros	.85	.85
Nuevas posibilidades	.84	.78
Aprecio por la vida	.67	.65
Cambio espiritual	.85	.64
Escala total	.90	.93
	n = 28 (dos meses)	*n* = 169 (un mes)
Test-retest	*r* = .71	*r* (x^2) = .66

Nota. Elaboración propia sobre datos de Tedeschi y Calhoun (1996).

Finalmente, en tercer lugar, se estudió la posibilidad de replicación de los factores originales mediante el método propuesto en el estudio de referencia, un análisis factorial con extracción de componentes principales y rotación ortogonal con normalización Varimax. Los autores describen que este método aplicado sobre los 21 ítems del inventario desveló cinco factores con autovalores mayores que uno que contaban para el 62% de la varianza común (Tedeschi y Calhoun, 1996).

Se comprobó en primer lugar el cumplimiento de los supuestos descritos para realizar un análisis factorial en esta muestra y datos. El tamaño de la muestra en T0 es apropiado (n = 338), y se emplearon puntuaciones ajustadas a la distribución normal. Los indicadores de la adecuación de las puntuaciones para el análisis factorial en el presente estudio son óptimos (KMO = .93; prueba de esfericidad de Bartlett $\chi^2(210) = 3380.73$, $p < .001$).

Para la extracción de los factores se siguió el procedimiento descrito en el estudio original, el método de componentes principales. La extracción propone cuatro factores con autovalores superiores a 1, que cuentan para el 59.73% de la varianza acumulada[6] (Tabla 13).

Tabla 13.
Extracción de componentes principales del PTGI.

	Autovalores		
Componente	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8.92	42.50	42.50
2	1.44	6.86	49.35
3	1.17	5.59	54.95
4	1.00	4.78	59.73

Respetando el procedimiento del estudio de referencia, se ofrecen los valores propuestos por la extracción de componentes principales rotados, resumidos en la Tabla 14. Para hacer el análisis de factores con rotación Varimax, se consideró que un ítem se aloja en un factor solo si su carga es mayor que .50, y si carga menos de .40 en otros factores, conforme al criterio descrito por los autores del instrumento (Tedeschi y Calhoun, 1996).

Como puede observarse en la Tabla 14, a pesar de la adecuación de los datos para la realización de un análisis factorial (AF), la solución mediante el método descrito en el estudio original dista mucho de ser satisfactoria. El AF revela cuatro y no cinco factores, que explican menos varianza de la deseable (no se alcanza un 60%). Estos cuatro factores están obviamente conformados por ítems distintos a los propuestos originalmente, por lo que el contenido de las áreas de crecimiento debería ser modificado. Adicionalmente, esta estructura factorial devuelve una versión truncada del inventario original, que pasaría de tener 21 ítems a estar formado por 12, ya que algunos ítems

[6] La proporción mínima de varianza explicada suele establecerse en un 60%.

cargaron para más de un factor. Finalmente, vale la pena observar que el cuarto factor extraído estaría representado por un único ítem.

Tabla 14.
Matriz de componentes rotados mediante Varimax en el PTGI.

	Componente			
Ítem	1	2	3	4
1	.18	.04	**.75**	-.04
2	.25	.31	**.56**	.17
3	.10	.17	**.76**	.25
4	.17	.51	.41	.33
5	.28	.34	.47	.04
6	-.04	.18	.11	**.82**
7	.24	.24	**.60**	.29
8	.59	.20	.23	.48
9	.59	.33	.10	.45
10	.20	**.59**	.29	.44
11	.25	**.70**	.31	.03
12	.13	**.82**	.11	.20
13	.34	**.72**	.16	.19
14	.48	.21	.47	.05
15	**.74**	.19	.20	.08
16	**.69**	.25	.18	.18
17	.44	.49	.30	.09
18	**.60**	.23	.33	-.12
19	.33	.50	.15	.40
20	.51	.16	.17	.50
21	.51	.29	.14	.53

Nota. Se ha resaltado en negrita la carga > .50 si en otro factor ha sido < .40.

Puesto que el PTGI determina la modalidad de respuesta sobre crecimiento relacionado con el estrés en una escala ordinal tipo Likert de 6 puntos, el uso del análisis de componentes principales empleado por los autores del estudio de referencia podría no ser el más conveniente. Este tipo de análisis emplea una matriz que responde al modelo de Pearson, más adecuado para variables que cumplen supuestos de continuidad. Dado el carácter ordinal de la medida, una matriz de correlación policórica sería más apropiada.

Las correlaciones policóricas representan la existencia de variables inobservables de naturaleza continua sobre las cuales se construyen las variables observables (ítems politómicos). Las distintas opciones de respuesta politómica (*ningún cambio, un cambio muy ligero, un cambio ligero, un cambio moderado, un cambio importante, un cambio muy importante*) indican los matices intermedios hasta alcanzar los extremos. Este planteamiento no excluye la necesidad de cumplimiento de las propiedades de tamaño, normalidad, esfericidad y otras características, dado que las correlaciones policóricas se calculan a partir de estas variables inobservables (a las que se supone continuas) y que subyacen a las observables (Freiberg, Stover, de la Iglesia, y Fernández, 2013).

Mediante el programa FACTOR, que permite el uso de la matriz de correlación policórica, se realizó el análisis de los ítems recurriendo a las puntuaciones ajustadas (x^2). Se empleó una implementación óptima del análisis paralelo para determinar el número de factores que convendría retener. El método escogido para la extracción de los factores fue el de mínimos cuadrados no ponderados, que es aplicable a todo tipo de variables categóricas. Finalmente, se realizó una rotación ponderada del criterio Varimax (Cureton y Mulaik, 1975, citados en Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza, y Tomás-Marco, 2014).

El resultado más plausible en esta muestra y datos es el de un único factor que da cuenta de las correlaciones entre los 21 ítems. Por tanto, para todos los cálculos en la relación entre el CRE y otras variables, se empleará la puntuación total del inventario PTGI. Sin embargo, y siguiendo el ejemplo de otros autores, se dará información sobre las puntuaciones en los distintos factores originales únicamente con fines descriptivos (Anderson y López-Báez, 2008).

4.4.3. Variables en los dos seguimientos (T1 y T2).

Síntomas físicos.

La proporción de mujeres afectada por secuelas físicas relacionadas con el procedimiento de IVE es habitualmente pequeña, pero podría suponer una fuente de variabilidad en la percepción de otras variables contempladas en el presente estudio. Por ello, siguiendo el ejemplo de Major et al. (2000), se preguntó a las mujeres por la ocurrencia de síntomas físicos (p.ej. sangrado, dolor, infección) en ambos seguimientos, codificando la respuesta de manera dicotómica, con respuesta tipo *sí*/*no*.

Frecuencia de pensamientos sobre la IVE.

Se consideró relevante conocer la estimación que realiza la mujer de la frecuencia con la que piensa en lo sucedido. Esta medida se considera representativa del grado de rumia (intrusa o deliberada) a la que la mujer está expuesta. Por eso se planteó a las participantes que valorasen la frecuencia con la que pensaban en lo sucedido, ofreciéndoles la posibilidad de situar su respuesta en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 *nunca o casi nunca*, 2 *a veces*, 3 *a menudo*, 4 *continuamente*).

Fantasías sobre otro curso de acción.

Uno de los pensamientos particularmente interesantes del proceso de integración de la experiencia de la IVE, es la ocurrencia de fantasías relacionadas con lo sucedido que recorren la representación del curso de acción no escogido. Se incluyó por tanto una pregunta respecto a la ocurrencia de fantasías, con opción dicotómica de respuesta (*sí*/*no*), con objeto de conocer la proporción de mujeres que manifiesta experimentar este tipo de pensamientos y de qué modo su respuesta se relaciona con el resto de variables.

Valoración positiva o negativa de la experiencia.

Se estimó relevante conocer en ambos seguimientos qué valoración realiza la mujer del impacto que ha tenido la experiencia del aborto para sí misma, en los aspectos tanto positivos como negativos de la misma. Esta valoración se considera representativa del procesamiento afectivo de la IVE. Siguiendo el ejemplo de Major et al. (2000) en el diseño del instrumento, se incluyeron dos preguntas sobre el impacto de la experiencia para la mujer aunque mediante una escala Likert de cuatro puntos y no de cinco, para homogeneizar la escala con las opciones de respuesta de otras variables del estudio. Así, se propuso la pregunta "el aborto ha tenido un impacto positivo para mí" (1 *nada positivo*, 2 *poco positivo*, 3 *bastante positivo*, 4 *muy positivo*) y la pregunta "el aborto ha tenido un impacto negativo para mí" (1 *nada negativo*, 2 *poco negativo*, 3 *bastante negativo*, 4 *muy negativo*).

4.4.4. Variables solo en el último seguimiento (T2).

Centralidad del evento.

El concepto de centralidad del evento alude a la posibilidad de que un acontecimiento pueda convertirse en un punto de referencia en la vida de una persona (Berntsen, 2001). En la actualidad está pendiente de publicación la validación al castellano de la versión larga de 20 ítems del instrumento *Events Centrality Scale* (Bernsten y Rubin, 2006), por parte del equipo de M. Fernández-Alcántara (comunicación personal, 3 de octubre, 2014), sin que haya aún datos disponibles que permitan su uso. En algunos estudios con población española se ha empleado la versión corta de la escala de 7 ítems con otros fines que no son su validación (Sanz, 2014). En todo caso, dadas las características del presente estudio, la longitud de ambas escalas haría desaconsejable su aplicación.

Por ello se optó por emplear una única pregunta extraída del cuestionario original, de entre los ítems que mostraron tener mejores propiedades en el conjunto de la escala, tanto en la versión original larga (Bernsten y Rubin, 2006), como en la referencia española de uso de la versión corta (Sanz, 2014). Emplear una única pregunta para valorar la centralidad del evento es algo que ya hiciera el equipo de Byrne, Hyman, y Scott (2001). Se escogió y adaptó por tanto el ítem denominado 18, "el aborto fue un punto de inflexión en mi vida" para incluirlo en la última medida del presente estudio. Se solicitó a las participantes que señalasen su respuesta en una escala Likert de cinco puntos, conforme indica la escala original (1 *total desacuerdo,* 2 *en desacuerdo,* 3 *ni de acuerdo ni en desacuerdo,* 4 *de acuerdo,* 5 *total acuerdo*).

Valoración general de la experiencia.

A aquellas participantes que culminaron todas las fases del estudio se les ofreció la posibilidad de expresarse libremente sobre la experiencia de la IVE. Se empleó una pregunta abierta para captar la realidad de la experiencia tal cual es percibida por la mujer: "¿Qué ha supuesto para ti la experiencia del aborto?". Quienes realizaron el segundo seguimiento por correo electrónico dispusieron de un espacio no limitado para escribir su aportación. Con aquellas mujeres que lo hicieron por teléfono, se transcribió literalmente su narrativa.

5. RESULTADOS.

5.1. Variables solo en línea base (T0).

5.1.1. Historia de salud mental.

En el momento de la realización de la IVE, las mujeres informaron sobre los parámetros de salud mental. El 8.88% indicó haber visitado a un psicólogo o psiquiatra en el último año, mientras el 10.36% de las mujeres indicó tener psicofármacos prescritos. En total, eliminando solapamientos, el 15.68% de las participantes señaló tener estos antecedentes de salud mental en el último año.

Haber efectuado una visita a un psicólogo o psiquiatra en el último año correlacionó de forma positiva y significativa con la prescripción de psicofármacos en el último año ($r_s = .30$, $p < .001$). El 65.72% de las mujeres que indicó tener psicofármacos prescritos en el último año, manifestó no haber visitado un profesional de la salud mental en ese periodo. Hay por tanto una proporción importante de prescripción de psicofármacos que no llevó aparejada una intervención de un especialista en salud mental. De hecho, la diferencia entre ambas variables resultó significativa ($\Phi = .30$, $p < .001$).

5.1.2. Percepción de cambio personal.

Ante la decisión de interrumpir el embarazo, un 62.13% de las participantes manifestó mantener igual la idea previa de sí misma en gran medida (*muy* o *bastante igual*). Un 11.24% se situó en el polo de mayor cambio percibido de la idea de sí misma (*muy* o *bastante diferente*). Puede verse un resumen de estos resultados en la Figura 10.

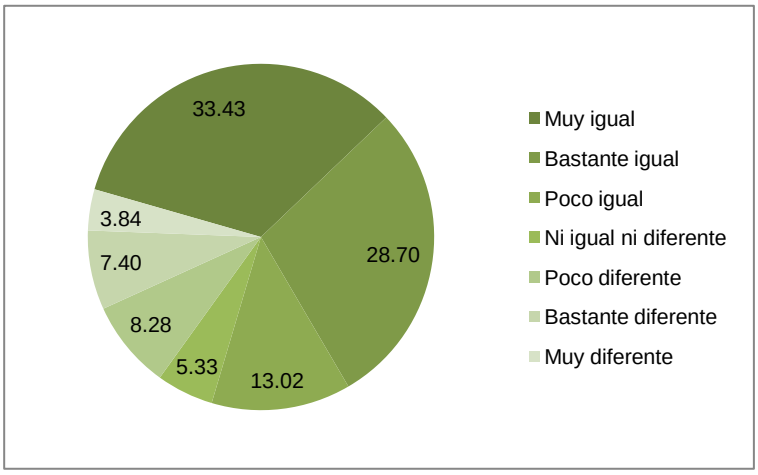


Figura 10. Proporción respuestas percepción cambio personal (%).

5.1.3. Estrés asociado al embarazo y a la decisión de interrumpirlo.

La percepción de estrés asociado a la experiencia del embarazo inesperado fue valorada por la mujer en una escala Likert de 4 puntos. Para la gran mayoría de las mujeres participantes (91.13%) saber que estaba embarazada supuso un acontecimiento de bastante o mucho estrés (Figura 11).

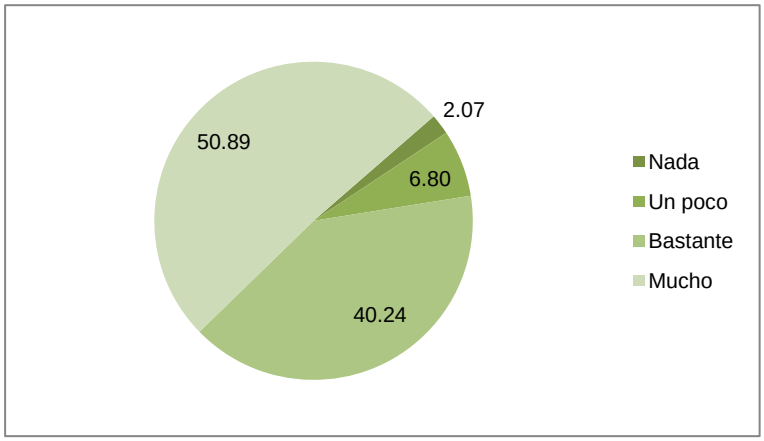


Figura 11. Proporción respuestas estrés por embarazo inesperado (%).

La percepción del estrés asociado a la toma de decisión de interrumpir ese embarazo fue valorada por la mujer también mediante escala Likert de 4 puntos. Con fines descriptivos puede observarse que más de dos tercios las mujeres (66.86%) valoró la toma de decisión como una experiencia bastante o muy estresante (Figura 12).

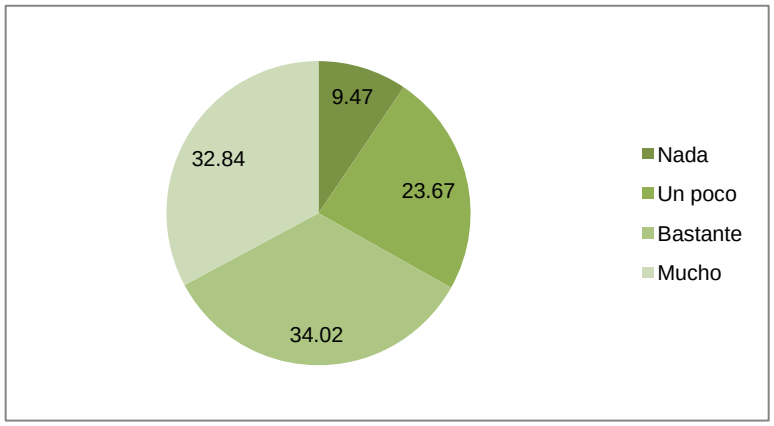


Figura 12. Proporción respuestas estrés por decisión de interrupción (%).

Ambas circunstancias, valorar la experiencia el embarazo y de la decisión como un acontecimiento estresante, correlacionaron positiva y significativamente (r_s = .24, p < .001). Asimismo, como podía preverse, la diferencia entre las proporciones de ambas variables resultó significativa (V = .19, p < .001), siendo más las mujeres que indicaron valores elevados en el estrés asociado a la noticia que a la decisión.

5.1.4. Apego al embarazo.

Como ya se comentó, la valoración del embarazo como deseado se considera una medida del compromiso y apego con el embarazo en el momento de la interrupción. Para interpretar este resultado hay que recordar que también se preguntó a las mujeres sobre lo inesperado del embarazo como variable de control, obteniendo un 100% de respuestas que indican que el embarazo que interrumpieron era inesperado. Teniendo esto en consideración, un 13.31% indicó que estimaba desear el embarazo.

5.1.5. Estrés situacional.

El nivel de estrés situacional referido por las participantes resultó en una media de M = 760.10 (DT = 68.69) medido con el IDDA-EA como se ha descrito.

La eliminación del par fuerte-floja impide la comparación de estos valores con el grupo normativo, así como la clasificación por eneatipos. En todo caso, la transformación aritmética de los eneatipos originales situaría las puntuaciones de esta muestra en el eneatipo 6, muy próximo al valor suelo estimado para el eneatipo 7.

Para la presentación de los resultados se propone con fines descriptivos la inspección de los valores obtenidos en cada par. Como puede observarse en la Figura 13, las puntuaciones medias se situaron más cerca del adjetivo indicativo de activación (“tensa”, “inquieta”, “agitada”, “intranquila”, “alterada”, “exaltada” y “combativa”).

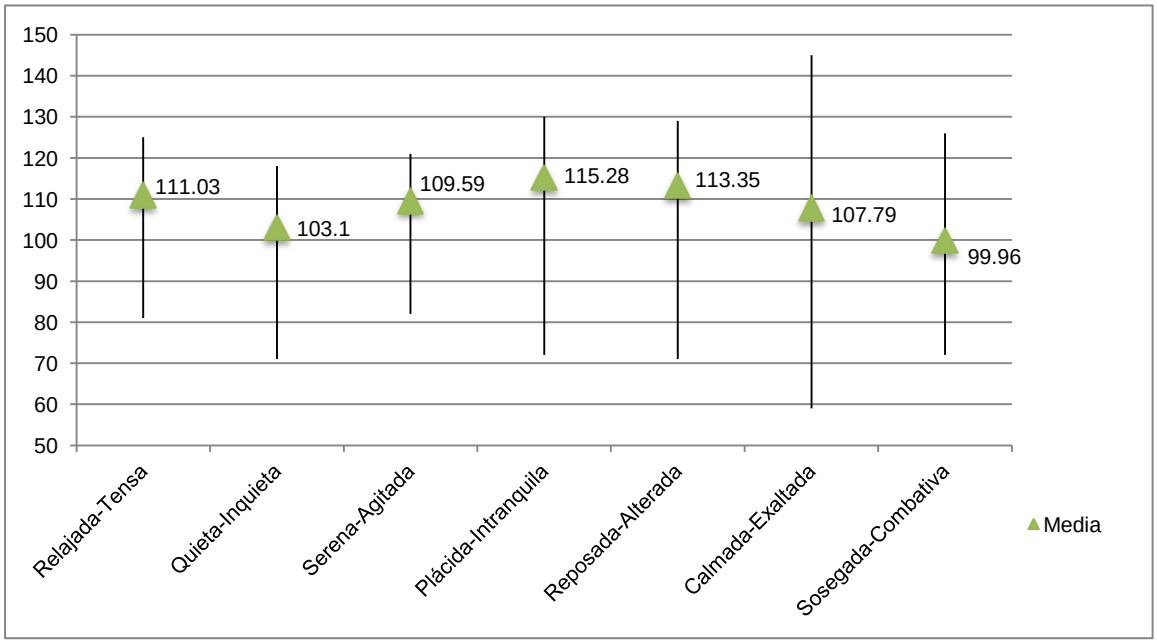


Figura 13. Puntuación media en los pares del IDDA-EA.

5.2. Variables en los tres momentos (T0, T1 y T2).

5.2.1. Estrés concurrente.

En el momento de llevarse a cabo la interrupción, algo más del 40% de las mujeres no indicó ningún acontecimiento estresante concurrente en el último año. De la proporción restante, la mayor parte informó de al menos un acontecimiento estresante en el último año, mientras progresivamente menos mujeres informaron de dos, tres, cuatro o más eventos estresantes concurrentes (Figura 14). Las variaciones en las proporciones a lo largo del tiempo han de observarse teniendo en cuenta que la consigna temporal difería en cada momento de medida (T0 = "último año", T1 = "último mes", T2 = "últimos cinco meses").

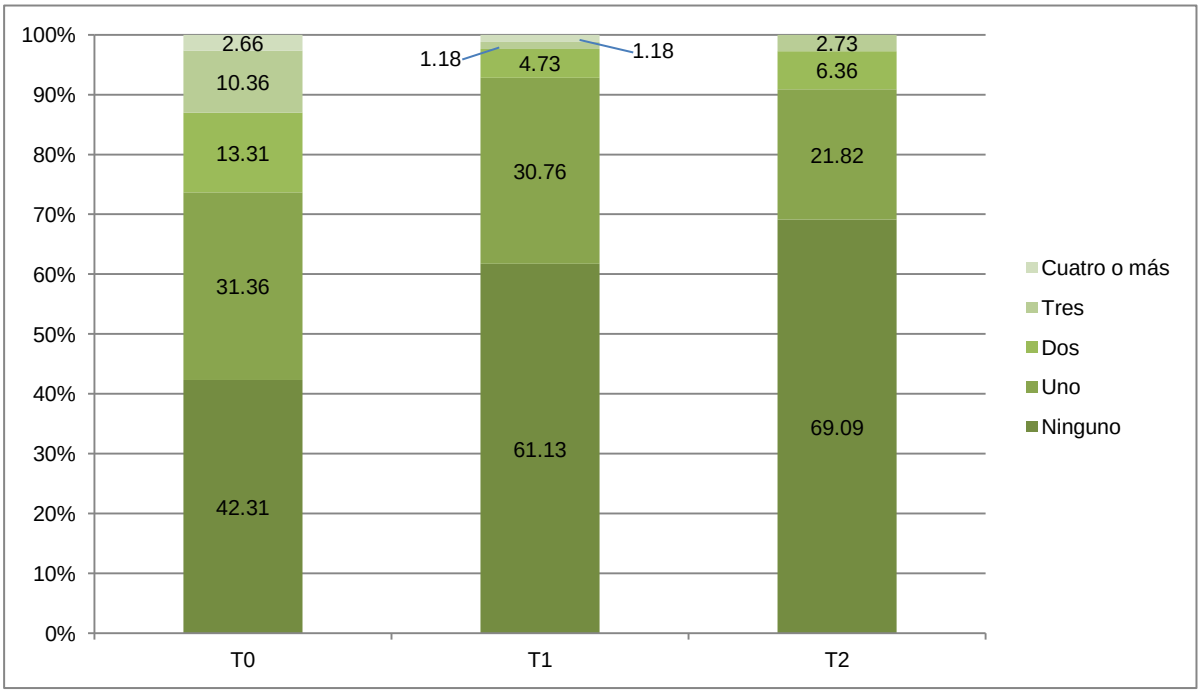


Figura 14. Comparación estrés concurrente todos los tiempos (%).

Se comprobó la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las participantes que continuaron y las que abandonaron en las sucesivas fases del estudio. La prueba de Mann-Whitney para las que informaron de la presencia o ausencia de acontecimientos estresantes resultó no significativa en el abandono entre T0 y T1 (U = 12844.00, p = .062), entre T1 y T2 (U = 471.50, p = 1), y entre T0 y T2 (U = 11773.00, p = .287), lo que confirma la representatividad de la muestra final respecto al estrés concurrente.

La Tabla 15 refleja la proporción de participantes que en cada momento informó de la ocurrencia de alguno de los eventos estresantes comprendidos en cada categoría. Se aprecia nuevamente que en T0 la proporción fue más alta en la mayor parte de las áreas, ya que la consigna temporal implicaba la ocurrencia en el último año. Puede observarse que entre las mujeres que informaron de estos acontecimientos, siempre más del 80% informó de una intensidad bastante o muy alta, por lo que el estrés asociado a esos eventos revestía gran importancia para ellas. En T1 se aprecia un decremento en casi todas las áreas, dado que la consigna temporal era "en el último mes", es decir, desde la interrupción voluntaria del embarazo. Llama la atención el incremento de la proporción de muestra en el área de estrés de pareja, proporción que vuelve a aumentar en T2, siendo la única área que respecto a la medida en T0 refleja un incremento progresivo en el volumen de mujeres que informa de estrés concurrente.

Tabla 15.
Estrés concurrente informado por áreas e intensidad bastante o muy alta (%).

	T0 *n* = 338		T1 *n* = 169		T2 *n* = 110	
	Proporción de la muestra	Intensidad bastante o muy alta	Proporción de la muestra	Intensidad bastante o muy alta	Proporción de la muestra	Intensidad bastante o muy alta
Estrés económico	19.82	89.60	4.73	87.50	9.09	42.86
Estrés familiar	34.31	96.55	8.87	100	12.73	100
Estrés de pareja	13.61	82.61	17.75	86.66	19.09	75.00
Estrés académico o laboral	15.38	84.61	7.69	76.92	2.73	100
Estrés por problemas de salud	8.28	89.28	2.96	80.00	1.82	100
Estrés por pérdida apoyos (arraigo)	2.07	100	2.37	100	1.82	100
Otros	7.10	87.50	4.14	100	3.64	75.00

5.2.2. Seguridad de la decisión.

Como puede observarse, se produjeron variaciones en la expresión de seguridad a lo largo de las distintas fases del estudio (Tabla 16). Se comprobó la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las participantes que continuaron y las que abandonaron en las sucesivas fases del estudio. La prueba de Mann-Whitney resultó no significativa para el abandono entre T0 y T1 (U = 14201.00, p = .924), entre T1 y T2 (U = 2827.50, p = .126), y entre T0 y T2 (U = 11042.50, p = .056), confirmando así la representatividad de la muestra final respecto a la seguridad de la decisión.

En las respuestas ofrecidas el día de la interrupción, la mayor parte de las participantes se situó a sí misma en el polo de mayor seguridad (*bastante* o *muy segura*), con un 81.66% en T0. En el polo de inseguridad (*muy* o *bastante insegura*) se situó un 6.51% de las participantes.

En el primer seguimiento este porcentaje varía con lo que parece ser un descenso en el nivel de seguridad, ya que un 73.37% de las mujeres en T1 se ubicó en el polo de mayor seguridad (*bastante* o *muy segura*), y un incremento en la inseguridad, con un 11.24% de las participantes en el polo de inseguridad (*bastante* o *muy insegura*).

Tabla 16.
Frecuencias de seguridad de la decisión en todos los momentos.

	T0 *n* = 338		T1 *n* = 169		T2 *n* = 110	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy segura	141	41.72	96	56.80	78	70.91
Bastante segura	135	39.94	28	16.57	19	17.27
Poco segura	24	7.10	15	8.88	4	3.64
Ni segura ni insegura	7	2.07	6	3.55	3	2.72
Poco insegura	9	2.66	5	2.96	4	3.64
Bastante insegura	13	3.85	10	5.92	1	0.91
Muy insegura	9	2.66	9	5.32	1	0.91

Observando las respuestas dadas en T0 y T1 por las participantes en la tabla de contingencia (Tabla 17), pueden apreciarse detalles sobre los cambios en el nivel de seguridad de su decisión. Por ejemplo, se observa que aunque el 79.73% que dijo sentirse muy seguro de su decisión en T0 siguió estándolo en T1, algunas mujeres mostraron decrementos en su nivel de seguridad, pasando incluso algunas (2 mujeres) al polo opuesto (*muy insegura*). Sin embargo el cambio más notorio se encuentra en las mujeres que dijeron sentirse bastante seguras de su decisión en T0, porque el 50.85% dijo estar muy seguro en T1, el 23.73% se mantuvo en bastante seguro y el resto ve decrecer su nivel de seguridad en T1. Como puede observarse, la movilidad en las otras categorías puede parecer menos dramática en cuanto a frecuencias, pero lo cierto es que dos tercios (66.66%) de las mujeres que en T0 se ubicaron en alguna de las categorías de inseguridad (*poco*, *bastante* o *mucho*), se situaron en T1 en las categorías de seguridad (*poco*, *bastante* o *mucho*).

Sin embargo, la proporción en el segundo seguimiento, a los seis meses de haberse realizado la IVE, se incrementó nuevamente. El 88.18% de las mujeres declaró sentirse muy o bastante segura, y el 1.82% indicó sentirse muy o bastante insegura.

Tabla 17.
Contingencia seguridad decisión T0-T1.

		Seguridad T1							
		Muy segura	Bastante segura	Poco segura	Ni segura ni insegura	Poco insegura	Bastante insegura	Muy insegura	Total
Seguridad T0	Muy segura	59	6	3	2	0	2	2	74
	Bastante segura	30	14	5	2	2	3	3	59
	Poco segura	3	3	5	0	0	4	1	16
	Ni segura ni insegura	0	1	0	1	2	1	0	5
	Poco insegura	2	1	0	0	0	0	2	5
	Bastante insegura	2	1	0	0	0	0	2	5
	Muy insegura	1	3	0	0	1	0	0	5
Total		96	28	15	6	5	10	9	169

Respecto a los cambios observados en las proporciones de respuesta entre el primer y el segundo seguimiento (Tabla 18), puede a preciarse que transcurridos cinco meses el 91.30% de las mujeres que indicaron estar muy seguras de su decisión en T1, seguía estándolo en T2. De las que indicaron estar bastantes seguras en T1, además, el 41% refirió sentirse muy segura en T2. Algo similar sucede con las que manifestaron estar poco seguras de su decisión en T1, ya que el 55.55% de ellas dijo estar muy seguro en T2. Finalmente, entre T1 y T2, el 69.23% de las mujeres que se situó en alguna de las categorías de inseguridad (*poca*, *bastante* o *mucha*), se ubicó en T2 en las categorías de seguridad (*poca*, *bastante* o *mucha*).

Tabla 18.
Contingencia seguridad decisión T1-T2.

		Seguridad T2							
		Muy segura	Bastante segura	Poco segura	Ni segura ni insegura	Poco insegura	Bastante insegura	Muy insegura	Total
Seguridad T1	Muy segura	63	3	0	1	0	0	0	67
	Bastante segura	7	9	1	0	0	0	0	17
	Poco segura	5	2	1	0	1	0	0	9
	Ni segura ni insegura	0	0	1	2	1	0	0	4
	Poco insegura	0	1	0	0	1	0	1	3
	Bastante insegura	2	2	0	0	0	1	0	5
	Muy insegura	1	2	1	0	1	0	0	5
Total		78	19	4	3	4	1	1	110

Tabla 19.
Contingencia seguridad decisión T0-T2.

		Seguridad T2							
		Muy segura	Bastante segura	Poco segura	Ni segura ni insegura	Poco insegura	Bastante insegura	Muy insegura	Total
Seguridad T0	Muy segura	44	8	1	1	0	0	0	54
	Bastante segura	27	7	0	2	1	1	1	39
	Poco segura	4	1	2	0	0	0	0	7
	Ni segura ni insegura	1	1	1	0	1	0	0	4
	Poco insegura	0	2	0	0	1	0	0	3
	Bastante insegura	1	0	0	0	0	0	0	1
	Muy insegura	1	0	0	0	1	0	0	2
Total		78	19	4	3	4	1	1	110

La observación que puede realizarse de los cambios producidos a lo largo de los seis meses de estudio (Tabla 19) es que, a pesar de las fluctuaciones al mes de seguimiento, el 94% de las mujeres se mantenía en el polo de seguridad (*mucha*, *bastante* o *poca*) al término del estudio. El 66.66% de las mujeres que al iniciarse el estudio se encontraba en polo de inseguridad, lo finaliza expresando sentirse seguro (*poco*, *bastante* o *mucho*) de su decisión.

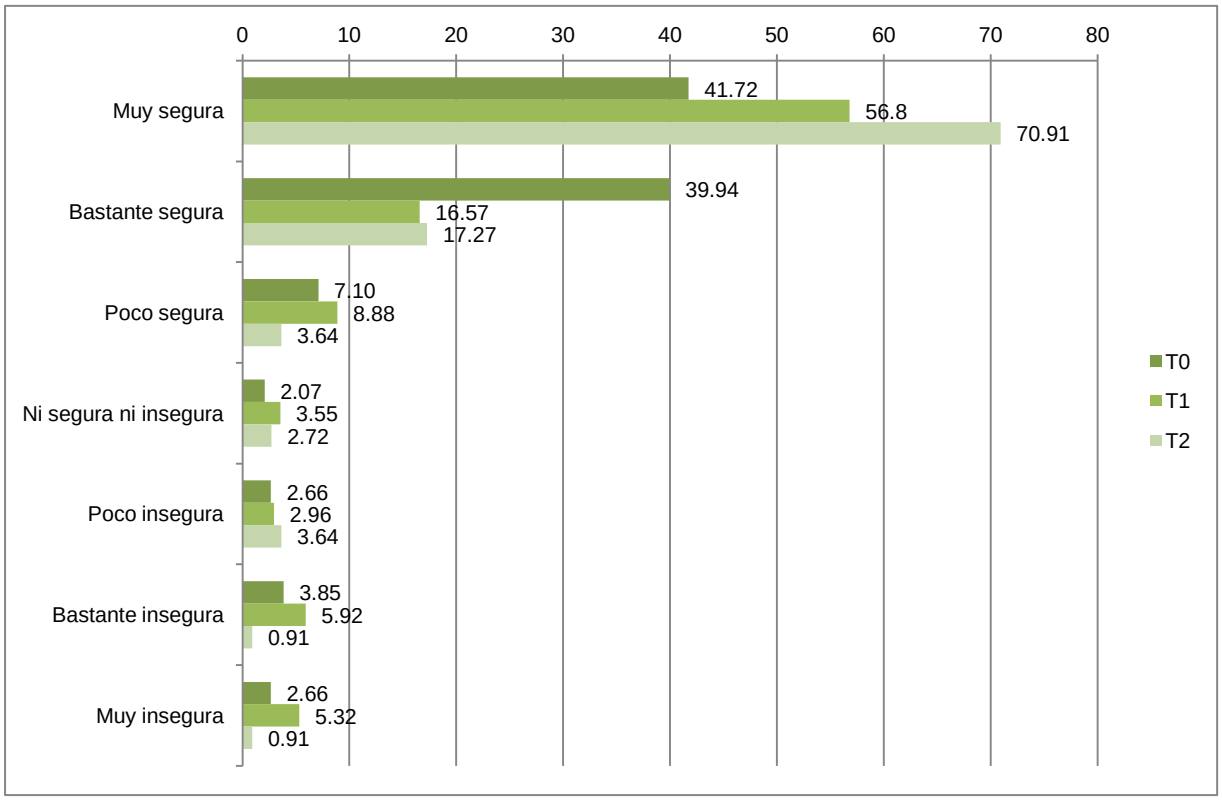


Figura 15. Comparación seguridad decisión todos los tiempos (%).

Se estudió si las diferencias entre los distintos momentos en seguridad de la decisión eran significativas (Figura 15). Asumiendo el carácter nominal de la variable seguridad de la decisión, se optó por analizar la diferencia con el estadístico V de Cramer, que indicó la presencia de diferencias significativas en la seguridad de la decisión entre el día de la IVE y el primer seguimiento (V = .34, $p < .001$), y entre ese primer seguimiento y el segundo (V = .22, $p < .001$). En el conjunto del estudio, al cabo de seis meses, se halló también significación de las diferencias en la expresión de la seguridad (V = .74, $p = .007$).

5.2.3. Relación de pareja.

Como puede observarse, se producen variaciones en la situación de pareja a lo largo de las distintas fases del estudio (Figura 16). Se comprobó la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las participantes que continuaron y las que abandonaron en las sucesivas fases del estudio. La prueba de Mann-Whitney resultó no significativa para el abandono entre T0 y T1 ($U = 13387.00$, $p = .223$), entre T1 y T2 ($U = 3206.50$, $p = .887$), y entre T0 y T2 ($U = 11831.50$, $p = .302$). Confirmada la representatividad de la muestra final respecto a la relación de pareja, a simple vista se aprecian algunas diferencias longitudinales (Tabla 20).

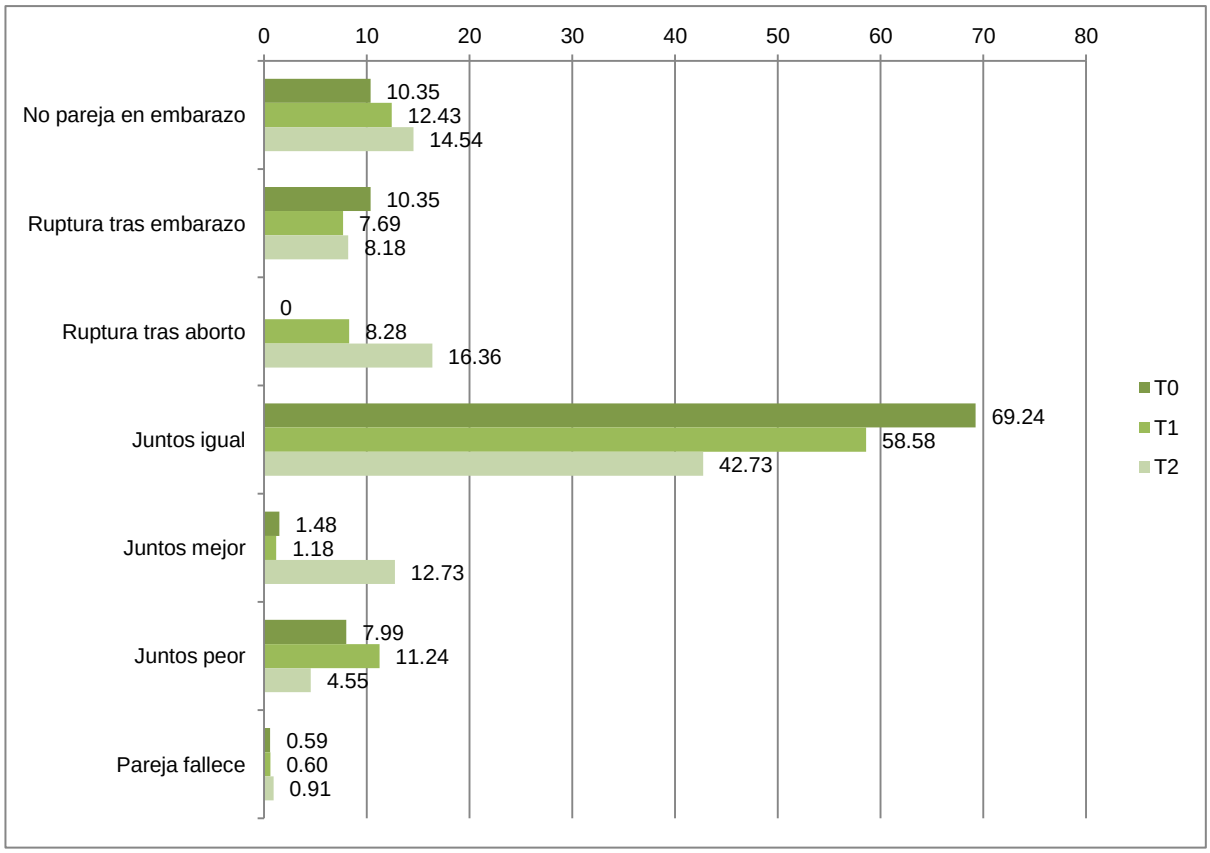


Figura 16. Comparación situación de pareja todos los momentos (%).

Tabla 20.
Frecuencias de la situación de pareja en todos los momentos.

	T0 *n* = 338		T1 *n* = 169		T2 *n* = 110	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No pareja en embarazo	35	10.35	21	12.43	16	14.54
Ruptura tras embarazo	35	10.35	13	7.69	9	8.18
Ruptura tras aborto	-	-	14	8.28	18	16.36
Relación estable	234	69.24	99	58.58	47	42.73
Relación mejor	5	1.48	2	1.18	14	12.73
Relación peor	27	7.99	19	11.24	5	4.55
Pareja fallece	2	0.59	1	0.60	1	0.91

La distribución de las participantes en el primer momento de medida, el día de la IVE, indicaba que algo más de dos tercios de las mujeres manifestaban encontrarse en una relación de pareja estable (Tabla 20). Además de aquellas mujeres que declararon no tener pareja estable en el momento del embarazo (10.35%), y las que indicaron que el fallecimiento de su pareja se produjo antes de la interrupción (0.59%), ya en T0 algunas mujeres hablaban de cambios en su relación de pareja. Un 1.48% percibía mejoras en su relación de pareja en el periodo del conocimiento del embarazo y la toma de decisión, y un 7.99% indicaba percibir un empeoramiento de su relación en el mismo periodo. Un nada desdeñable 10.35% de las participantes indicó que tras conocerse el embarazo la pareja se había roto, antes de realizarse la interrupción.

En el primer seguimiento es preciso señalar que algunas fluctuaciones menores podrían atribuirse a cambios en la composición de la muestra. De hecho, observando la tabla de contingencia, las mujeres que informaron de no tener pareja en el embarazo, de ruptura tras conocer el embarazo, o del fallecimiento de su pareja, son las mismas, aunque el porcentaje varíe debido al abandono al cabo del primer mes (Tabla 21).

Ahora bien, la proporción de mujeres que percibía estabilidad en su relación de pareja decreció más de un 10%. Observando la tabla de contingencia de ambos momentos (Tabla 21), esta proporción cambia porque algunas mujeres que expresaron estabilidad en T0, informaron en T1 de un empeoramiento (13.44%) y de ruptura de la pareja tras el aborto (5.88%). También el 58.33% de las mujeres que percibían un empeoramiento en el momento de la interrupción, indicó ruptura tras la IVE, y el 25% continuaba percibiendo una peor relación de pareja. En total, un 8.28% de las participantes en el primer seguimiento expresó el término de su relación de pareja con posterioridad a la IVE. Solo dos mujeres indicaron en este periodo percibir mejora en su relación de pareja, una había informado de estabilidad y otra de empeoramiento en T0. El resto de parámetros permaneció estable.

Tabla 21.
Contingencia situación de pareja T0-T1.

		Pareja T1							
		No pareja en embarazo	Ruptura tras embarazo	Ruptura tras aborto	Relación estable	Relación mejor	Relación peor	Pareja fallece	Total
Pareja T0	No pareja en embarazo	21	0	0	0	0	0	0	21
	Ruptura tras embarazo	0	13	0	3	0	0	0	16
	Relación estable	0	0	7	95	1	16	0	119
	Relación mejor	0	0	0	0	0	0	0	0
	Relación peor	0	0	7	1	1	3	0	12
	Pareja fallece	0	0	0	0	0	0	1	1
Total		21	13	14	99	2	19	1	169

Al comparar el primer y el segundo seguimiento (Tabla 22), nuevamente las participantes que informaron de no tener pareja en el embarazo, de ruptura tras conocer el embarazo, o del fallecimiento de su pareja, mantuvieron lógicamente su situación, aunque el porcentaje varíe debido al abandono cinco meses más tarde.

Sin embargo, en este segundo seguimiento volvieron a apreciarse cambios interesantes. Decreció nuevamente la proporción de mujeres que manifestó estabilidad en su relación de pareja (42.73%), pero se incrementó notablemente el porcentaje que percibió mejoría en su pareja (12.73%), mientras decreció la percepción de empeoramiento (4.55%). Efectivamente, de las mujeres que informaron de estabilidad en el primer seguimiento, el 9.83% de ellas reflejó la ruptura de su pareja en el segundo seguimiento, el 3.23% indicó un empeoramiento de su relación, y el 14.75% manifestó una mejoría de su situación de pareja.

La proporción de rupturas se incrementó en este último seguimiento, alcanzando un 16.39% de rupturas tras la IVE. A esta proporción contribuyen las rupturas comentadas de aquellas mujeres que al cabo de un mes informaron de estabilidad, y de las mujeres que ya percibían un empeoramiento en ese momento. De ellas, el 42.86% informó de ruptura cinco meses más tarde, el 14.28% reflejó estabilidad, y otro 21.43% manifestó que el empeoramiento persistía. Ahora bien, también se observa que el 21.43% informó de mejoría en su relación de pareja. Es más, las mujeres que informaron de mejora en el seguimiento al mes, mantuvieron la percepción de mejora en el seguimiento a los seis meses.

Tabla 22.
Contingencia situación de pareja T1-T2.

		Pareja T2							
		No pareja en embarazo	Ruptura tras embarazo	Ruptura tras aborto	Relación estable	Relación mejor	Relación peor	Pareja fallece	Total
Pareja T1	No pareja en embarazo	16	0	0	0	0	0	0	16
	Ruptura tras embarazo	0	9	0	0	0	0	0	9
	Ruptura tras IVE	0	0	7	0	0	0	0	7
	Relación estable	0	0	5	45	9	2	0	61
	Relación mejor	0	0	0	0	2	0	0	2
	Relación peor	0	0	6	2	3	3	0	14
	Pareja fallece	0	0	0	0	0	0	1	1
Total		16	9	18	47	14	5	1	110

La situación de pareja al término del estudio ofrece un panorama interesante si se observa la evolución a lo largo del tiempo (Tabla 23). Con la salvedad habitual de aquellas mujeres sin pareja estable en el embarazo, las que informaron de ruptura tras el conocimiento del embarazo, y aquellas cuya pareja falleció, el resto de parámetros sufrió considerables modificaciones. El 75% de las mujeres que inició el estudio informando de una percepción de empeoramiento en su relación finalmente indicó la ruptura de la relación. De las mujeres que iniciaron el estudio indicando una relación de pareja estable, se produjo la ruptura de la pareja en el 15.79% de los casos. Aunque el 6.58% informó de un empeoramiento, el 17.10% informó de una mejor situación en su relación de pareja respecto a la de partida. También mejoró alguna relación de pareja que en el inicio se informó como peor. En total, el 24.54% de las mujeres que finalizó el estudio informó de la ruptura tras el embarazo y el aborto, mientras que el 55.45% informó de estabilidad e incluso mejora en su relación de pareja.

La significación de las diferencias en la situación de pareja entre los distintos momentos de medida se confirmó mediante el estadístico V de Cramer. Así, las diferencias resultaron significativas entre el día de la interrupción y el seguimiento en el primer mes ($V = .88$, $p < .001$), entre ese primer seguimiento y el segundo al cabo de cinco meses ($V = .78$, $p < .001$), y en el conjunto del estudio, transcurridos seis meses ($V = .89$, $p < .001$).

Tabla 23.
Contingencia situación de pareja T0-T2.

		Pareja T2							
		No pareja en embarazo	Ruptura tras embarazo	Ruptura tras aborto	Relación estable	Relación mejor	Relación peor	Pareja fallece	Total
Pareja T0	No pareja en embarazo	16	0	0	0	0	0	0	16
	Ruptura tras embarazo	0	9	0	0	0	0	0	9
	Relación estable	0	0	5	45	9	2	0	61
	Relación mejor	0	0	12	46	13	5	0	76
	Relación peor	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pareja fallece	0	0	0	0	0	0	1	1
Total		16	9	18	47	14	5	1	110

5.2.4. Apoyo social.

Como cabía esperar, una amplia mayoría de mujeres declaró haber compartido su situación con alguien antes de la realización de la IVE (96.45%).

Respecto al apoyo social percibido medido con el VIDA-R, se comprobó la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las participantes que continuaron y las que abandonaron en las sucesivas fases del estudio. La prueba de Mann-Whitney resultó no significativa para el abandono entre T0 y T1 (U = 13653.00, p = .465), entre T1 y T2 (U = 2903.50, p = .235), y entre T0 y T2 (U = 12372.00, p = .835), confirmando la representatividad de la muestra final respecto al apoyo social.

La valoración del apoyo social proveniente de las personas significativas del entorno de la mujer mostró una tendencia a puntuaciones altas en estas participantes en los tres momentos de medida. Teniendo en cuenta que el rango de puntuaciones posibles está entre 8 y 32 puntos, el día de la IVE las participantes revelaron una media elevada (M = 28.60, DT = 4.82), algo inferior en el seguimiento al mes (M = 27.73, DT = 5.68), y nuevamente superior en seguimiento a los seis meses (M = 28.80, DT = 4.94).

Una primera inspección de estos resultados puede sugerir que las puntuaciones en los tres momentos no difieren significativamente entre sí. Pese a ello se comprobó esta impresión estadísticamente mediante la Z de Wilcoxon. La prueba reveló que la distribución difirió significativamente a lo largo del tiempo, pero la interpretación ha de hacerse con atención:

- Los resultados indicaron que el descenso en el rango promedio de puntuaciones que se observó entre el apoyo social percibido el día de la IVE y el primer seguimiento al mes es significativo ($Z(n = 169) = -2.16$, $p = .031$).
- También fue significativo el incremento en el rango promedio puntuaciones entre el primer seguimiento y el segundo, cinco meses más tarde ($Z(n = 110) = -2.14$, $p = .032$).
- Sin embargo, si se compara la distribución de la línea base (T0) y del último seguimiento (T2), no hubo diferencias significativas ($Z(n = 110) = -1.17$, $p = .241$). El rango promedio de las puntuaciones retornó a un punto en el que la mujer refería sentirse al menos tan satisfecha con el apoyo que percibía como el día de la IVE.

5.2.5. Crecimiento relacionado con el estrés.

Se tomó la precaución de analizar en cada seguimiento si las mujeres que continuaban en el estudio diferían significativamente de quienes habían abandonado. La prueba *t* para muestras independientes arrojó resultados no significativos en el abandono entre T0 y T1 ($t(336) = 0.86$, $p = .391$), entre T1 y T2 ($t(167) = -1.95$, $p = .053$), y también entre T0 y T2 ($t(107) = 0.60$, $p = .552$). Por tanto, es posible considerar que el grupo que finalizó el estudio es representativo del grupo que lo inició en cuanto a la puntuación en CRE.

En este grupo de mujeres, un 64.79% reflejó un crecimiento de moderado a muy alto en T0, y la proporción se elevó a un 73.37% en T1, y a un 76.36% en T2. Además, el CRE resultó tener puntuaciones elevadas en todos los momentos. Teniendo en cuenta que las puntuaciones posibles se encuentran entre 0 y 105, la puntuación media en el momento de la interrupción del embarazo fue de $M = 65.22$ ($DT = 23.41$). En el primer seguimiento al cabo de un mes se observó un incremento con una puntuación media de $M = 70.78$ ($DT = 23.43$), y un nuevo incremento en el segundo seguimiento al sexto mes de la IVE, con una media de $M = 74.05$ ($DT = 24.87$). A simple vista puede apreciarse un incremento progresivo en la valoración de las mujeres, sobre la medida en que percibieron cambios asociados a la experiencia de la IVE.

Ante estos resultados, se decidió estudiar si los cambios entre los momentos de medida resultaban significativos. Para ello se utilizó la prueba *t* para muestras relacionadas, empleando puntuaciones ajustadas (x^2). Efectivamente, los incrementos apreciados en las puntuaciones en la variable CRE resultaron en diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre los tres momentos para la escala total (Tabla 24).

Tabla 24.
Comparación puntuación crecimiento en todos los momentos de medida.

	T0→T1 *n* = 169		T1→T2 *n* = 110		T0→T2 *n* = 110	
	t(168)	*p*	*t*(109)	*p*	*t*(109)	*p*
Factores originales						
Nuevas posibilidades	-2.81**	.006	-5.18***	< .001	-4.86***	< .001
Relaciones con los otros	-4.80***	< .001	-3.13**	.002	-5.03***	< .001
Fortaleza personal	20.53***	< .001	-27.03***	< .001	-7.08***	< .001
Cambio espiritual	-2.51*	.013	-2.71**	.008	-2.93**	.004
Aprecio por la vida	-0.36	.717	-3.46**	.001	-0.88	.383
Escala total	-4.47***	< .001	-5.20***	.001	-5.96***	< .001

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Se consideró interesante conocer de qué modo se comportaban las puntuaciones en los factores teóricos, con fines descriptivos. Para ello se calculó la puntuación promedio en cada factor (Tabla 25), y también se calculó la significación de la diferencia en las puntuaciones entre los seguimientos (Tabla 24).

Tabla 25.
Puntuación media crecimiento en áreas originales en todos los momentos.

	T0 *n* = 338		T1 *n* = 169		T2 *n* = 110	
Factores originales	*M*	(*DT*)	*M*	(*DT*)	*M*	(*DT*)
Fortaleza personal	3.44	(1.25)	3.81	(1.22)	4.12	(1.16)
Relaciones con los otros	3.10	(1.26)	3.44	(1.25)	3.57	(1.34)
Nuevas posibilidades	3.11	(1.24)	3.30	(1.29)	3.51	(1.33)
Aprecio por la vida	3.32	(1.25)	3.41	(1.44)	3.49	(1.48)
Cambio espiritual	2.14	(1.58)	2.35	(1.61)	2.28	(1.62)

Nota. Las puntuaciones están expresadas en la escala Likert original (0-5)

Como puede apreciarse observando las puntuaciones medias en los distintos factores originales, en este estudio el factor "fortaleza personal" tuvo no solo las mayores puntuaciones de partida, sino también un incremento notorio y una menor variabilidad. En general las puntuaciones de todos los factores reflejaron incrementos a excepción del factor cambio espiritual, que tras incrementar en el seguimiento al mes, volvió a decrecer en seguimiento al sexto mes. De todos modos, la cifra final fue algo mayor que en el primer momento de medida (T0). El comportamiento longitudinal de los factores teóricos reflejó:

- Fortaleza personal. El factor se incrementó con una diferencia significativa entre la línea base y el seguimiento al mes y a los seis meses, apreciándose también incremento significativo entre los seguimientos.

- Relaciones con los otros. El factor siguió el mismo patrón de incremento significativo en ambos seguimientos.
- Nuevas posibilidades. El factor siguió también un patrón de incremento significativo en los dos seguimientos.
- Aprecio por la vida. El incremento en el seguimiento al mes no resultó significativo, aunque lo fuese el incremento entre el primer y segundo seguimiento. En el conjunto del estudio, el incremento no resultó significativo entre la línea base y el seguimiento al sexto mes.
- Cambio espiritual. En este caso, aunque las diferencias fueron significativas, no siguieron un patrón de incremento. Así, en el seguimiento al mes se produjo un discreto pero significativo incremento, pero entre el primer y segundo seguimiento se produjo un descenso en las puntuaciones, que resultaron también significativamente distintas entre los momentos de medida. Ahora bien, el incremento en el factor cambio espiritual a lo largo de todo el estudio (desde la línea base hasta el segundo seguimiento) también resultó significativo.

Estas observaciones, sin embargo, están basadas en los factores originales propuestos por el análisis de puntuaciones de los autores en el estudio original (Tedeschi y Calhoun, 1996). Como se comentó, en el presente estudio el análisis factorial no logró replicar los cinco factores originales siguiendo el método descrito en el estudio de referencia, y los resultados obtenidos distaron de ser satisfactorios. Pese a ello, y empleando las puntuaciones ajustadas para la escala total, los incrementos en la percepción de CRE en el primer y segundo seguimiento resultaron significativos entre sí y respecto a la línea base (Tabla 24).

5.3. Variables en los dos seguimientos (T1 y T2).

5.3.1. Síntomas físicos.

Se preguntó a las participantes por la presencia de síntomas físicos en ambos seguimientos, con la intención de controlar la influencia que esta variable pudiese tener sobre el resto de variables de interés del estudio. Se constató que la presencia de síntomas físicos relacionados con la IVE, como dolor, sangrado o infección, fue muy baja. Dos mujeres informaron haber tenido síntomas físicos post IVE en el primer seguimiento (1.2%), y solo una informó de su persistencia en T2 (0.9%).

5.3.2. Frecuencia de pensamientos sobre el aborto.

En cuanto a la frecuencia con la que la mujer informó pensar sobre la IVE, como cabía esperar, se produjo un cambio importante en las puntuaciones en ambos seguimientos (Figura 17). Por supuesto, se comprobó la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las participantes que continuaron y las que abandonaron respecto a la frecuencia de pensamientos (U = 2967.00, p = .321), lo que confirma la representatividad de la muestra final respecto a esta variable.

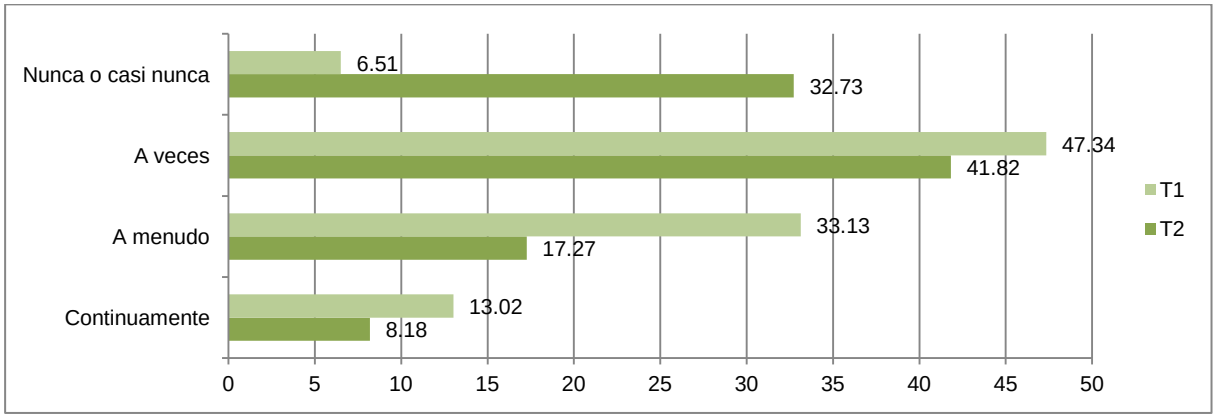


Figura 17. Comparación pensar en lo sucedido T1 y T2 (%).

A simple vista puede apreciarse cómo se fue incrementando el número de mujeres que pensaba en lo sucedido nunca o casi nunca, y de qué manera parece haber ido disminuyendo el número de mujeres que pensaba en la IVE a menudo o continuamente.

Efectivamente, analizando la tabla de contingencia puede observarse cómo en general se produce un decremento en la frecuencia de pensamientos sobre la IVE indicada por las mujeres (Tabla 26). El 75% de las mujeres que indicaron pensar nunca o casi nunca en el primer seguimiento, mantuvo su respuesta en el seguimiento del sexto mes. Puede observarse asimismo cómo el 50% de las mujeres que manifestaba pensar a veces en la IVE y en las circunstancias que la rodearon transcurrido un mes del aborto, pasados seis meses del mismo refiriríó no hacerlo nunca o casi nunca. Del mismo modo, el 71.43% de las mujeres que en T1 decía pensar en lo sucedido a menudo, respondió en T2 pensar a veces, casi nunca o nunca. Finalmente, también las mujeres que indicaban pensar continuamente en el seguimiento al mes reflejaron un decremento en la frecuencia, de manera que al sexto mes, un 46.15% indicó pensar a menudo en lugar de continuamente, y el 15.38% incluso refirió pensar a veces.

La significación de las diferencias en la frecuencia de los pensamientos sobre la interrupción y sus circunstancias entre los distintos momentos de medida se confirmó mediante el estadístico V de Cramer (V = .44, p < .001).

Tabla 26.
Contingencia pensamientos sobre el aborto inducido T1-T2.

		Pensar en lo sucedido T2				
		Nunca o casi nunca	A veces	A menudo	Continuamente	Total
Pensar en lo sucedido T1	Nunca o casi nunca	6	0	0	2	8
	A veces	27	22	3	2	54
	A menudo	3	22	10	0	35
	Continuamente	0	2	6	5	13
Total		36	46	19	9	110

5.3.3. Fantasías sobre otro curso de acción.

La presencia o ausencia de fantasías sobre el hijo que pudo ser o sobre la vida futura de la mujer de haber escogido la continuación del embarazo se distribuyó de manera bastante similar en ambos momentos de medida. Algo menos de la mitad informó, tanto en T1 (49.70%) como en T2 (43.64%), de la presencia de estas fantasías. Se comprobó la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las participantes que continuaron y las que abandonaron en cuanto a las fantasías sobre otro curso de acción (U = 3103.50, p = .590), lo que confirma la representatividad de la muestra final al respecto.

Tabla 27.
Contingencia fantasías sobre otro curso de acción T1-T2.

		Fantasías sobre otro curso de acción T2		
		Sí	No	Total
Fantasías sobre otro curso de acción T1	Sí	40	13	53
	No	8	49	57
Total		48	62	110

Aunque las diferencias no parezcan importantes a simple vista, la tabla de contingencia (Tabla 27), ofrece un panorama interesante. Un 24.53% de las mujeres que en el seguimiento al mes manifestaban la presencia de fantasías sobre el hijo que pudo ser o sobre la vida futura de la mujer de haber escogido la continuación del embarazo, en el seguimiento al sexto mes manifestaron que estas fantasías ya no estaban presentes. Por el contrario, solo un 14.03% que en T1 indicó no tener este tipo de fantasías, en T2 manifestó presentarlas. La prueba Chi cuadrado confirmó la significación de las diferencias en la presencia de fantasías entre ambos seguimientos ($\chi^2(1, n = 110) = 42.15, p < .001$).

5.3.4. Valoración positiva y negativa de la experiencia.

La particularidad de esta variable es que las mujeres respondían a ambas posibilidades, no debían elegir uno de los polos, lo que habría empobrecido la valoración. Se confirmó la representatividad de la muestra final tanto en valoración positiva (U = 2792.50, p = .107), como en la valoración negativa (U = 3224.00, p = .943), mostrando la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que continuaron y las que abandonaron en ambas variables.

Tabla 28.
Frecuencias categorías respuesta valoración positiva y negativa.

	T1 *n* = 169		T2 *n* = 110		T2 *n* = 110		T1 *n* = 169		
POSITIVA	Frec.	%	Frec.	%	%	Frec.	%	Frec.	NEGATIVA
Nada positiva	10	5.92	10	9.09	4.55	5	18.34	31	Muy negativa
Algo positiva	28	16.57	18	16.36	13.64	15	19.53	33	Bastante negativa
Bastante positiva	82	48.52	43	39.09	36.36	40	27.81	47	Algo negativa
Muy positiva	49	28.99	39	35.46	45.45	50	34.32	58	Nada negativa

Una primera inspección a las frecuencias de respuesta en ambas variables y momentos sugiere que hay variaciones interesantes en las respuestas dadas en ambos seguimientos (Tabla 28). En la valoración positiva se observaron algunas diferencias en las proporciones de mujeres que respondieron a cada una de las categorías en ambos seguimientos. Sin embargo, en la valoración negativa, se apreció un cambio más llamativo hacia una visión menos negativa de la experiencia a lo largo del tiempo. En ambas variables y momentos la moda permaneció en la misma categoría: la experiencia de la IVE ha tenido un impacto bastante positivo y nada negativo.

El análisis estadístico de las variables a lo largo del tiempo confirmó estas observaciones, ya que las diferencias resultaron significativas para ambas variables. El valor de la prueba V de Cramer indicó que entre T1 y T2 la variable valoración positiva difirió significativamente (V = .35, p < .001). El análisis de la tabla de contingencia (Tabla 29) permite entender esta significación, ya que el 48.28% de las mujeres que en T1 indicó que la experiencia había tenido un impacto *nada* o *algo positivo*, en T2 la catalogó de *bastante* o *muy positiva*. También un 36.54% de mujeres que valoró la experiencia como *bastante positiva* en T1, cambió su valoración a *muy positiva* en T2.

Tabla 29.
Contingencia valoración positiva del aborto inducido T1-T2.

		Valoración positiva T2				
		Nada positiva	Algo positiva	Bastante positiva	Muy positiva	Total
Valoración positiva T1	Nada positiva	4	1	3	0	8
	Algo positiva	1	9	8	3	21
	Bastante positiva	3	5	25	19	52
	Muy positiva	2	3	7	17	29
Total		10	18	43	39	110

La variable valoración negativa de la experiencia reflejó también significación estadística de la diferencia entre ambos seguimientos (V = .27, *p* = .004). Puede observarse cómo el 67.50% de las mujeres que en T1 realizó una valoración *bastante* o *muy negativa* del aborto, señaló en T2 que la experiencia había sido *nada* o *algo negativa*. También un 37.50% de las participantes que valoró el aborto como *algo negativo* en T1, en T2 lo percibió como *nada negativo* (Tabla 30).

Tabla 30.
Contingencia valoración negativa del aborto inducido T1-T2.

		Valoración negativa T2				
		Nada negativa	Algo negativa	Bastante negativa	Muy negativa	Total
Valoración negativa T1	Nada negativa	26	10	2	0	38
	Algo negativa	12	15	3	2	32
	Bastante negativa	6	9	2	1	18
	Muy negativa	6	6	8	2	22
Total		10	40	15	5	110

Para su representación gráfica se presentan las variables transformadas en dicotómicas, agrupando las categorías nada o algo positiva/negativa y bastante o muy positiva/negativa (Figura 18). El resultado de esta operación es que puede verse con mayor claridad que entre T1 y T2 la proporción de mujeres que percibía aspectos bastante o muy positivos de la experiencia de la IVE se mantuvo prácticamente igual (77.51% en T1 y 74.55% en T2). Sin embargo, algo más de la mitad de las mujeres que en T1 manifestaba un impacto muy o bastante negativo de la IVE en su vida (51.97%), en T2 engrosó la percepción de un nulo o bajo impacto negativo hasta llegar al 81.81% de las participantes.

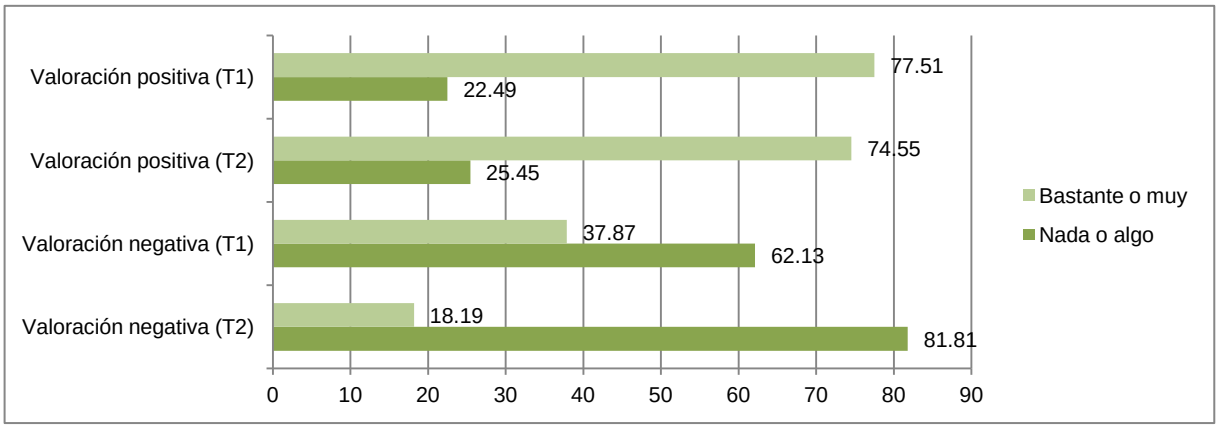


Figura 18. Comparación valoración positiva y negativa T1 y T2 (%).

Las puntuaciones de valoración positiva y negativa resultaron relacionadas entre sí de forma significativa en T2 (r_s = -.22, p = .020), pero no en T1. Al mes de realizarse la IVE, las puntuaciones de mujeres que hacen una valoración más positiva para su vida estuvieron disociadas de puntuaciones de un menor impacto negativo, y a los seis meses de realizado el procedimiento, esta relación inversa fue además significativa. Entre las mujeres que realizaron una valoración muy positiva en su vida en T2, el 46% informó también de un impacto nada negativo, mientras que ninguna de ellas lo vivió como muy negativo. Diferencias como esta entre las distintas categorías resultaron significativas (V = .27, p = .005).

5.4. Variables solo en último seguimiento (T2).

5.4.1. Centralidad del evento.

Como se describió, la posibilidad de que la interrupción voluntaria del embarazo pueda constituir un punto de inflexión para la mujer se planteó mediante una única pregunta con una escala Likert con 5 opciones de respuesta. Puede observarse en la representación gráfica cómo una buena proporción de mujeres ubicó esta experiencia como un acontecimiento que suponía un antes y un después para ellas (Figura 19).

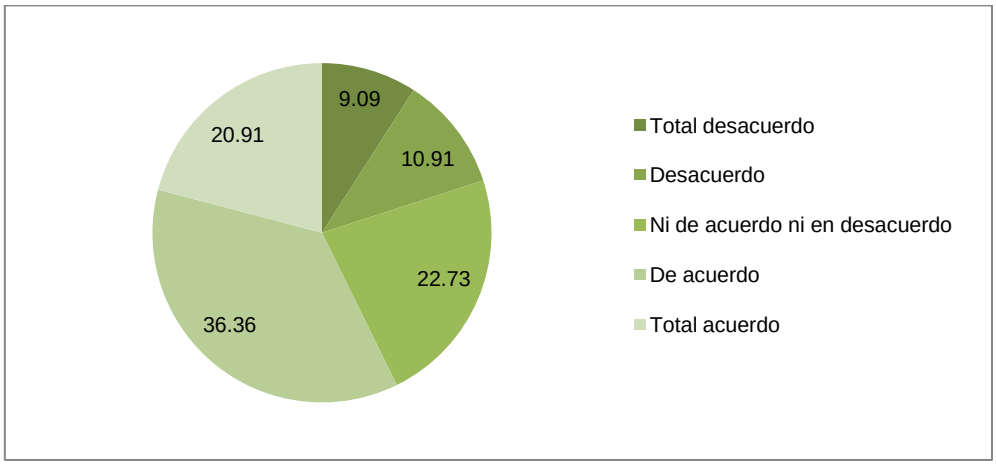


Figura 19. Proporción respuestas centralidad del evento (%).

De hecho, más de la mitad de las participantes transcurridos seis meses desde la realización de la interrupción manifestó estar de acuerdo o en total acuerdo con valorar la IVE como un punto de inflexión en su vida (58.27%).

5.4.2. Valoración general de la experiencia.

La pregunta abierta planteada en el último seguimiento solicitando a las mujeres su propio relato de lo que la IVE había supuesto para ellas, se propuso con carácter voluntario. Así, 56 de las 110 participantes en T2 decidieron comentar abiertamente su experiencia. Dadas las limitaciones que implica esta situación, se exponen los resultados con intención descriptiva.

Se han hallado cinco grandes grupos temáticos, relacionados con el procesamiento cognitivo, afectivo e interpersonal de la experiencia, así como con cuestiones asociadas a su propio estado psicológico de malestar o bienestar. La expresión de contenido compatible con la percepción de crecimiento fue abundante y variada y, como se comentará más adelante, puede categorizarse atendiendo a los tres conjuntos de creencias propuestos por Janoff-Bulman (1992) y reformulados por Tedeschi y Calhoun (1996). A continuación se abordarán estos cinco grupos temáticos separadamente.

Categorías de contenido relacionadas con el procesamiento cognitivo.

Las participantes reflejaron diversos aspectos vinculados al procesamiento cognitivo (Tabla 31). Respecto a la decisión de abortar, propuesta como categoría de primer nivel, las mujeres revisaron sus motivos, y expresaron su seguridad, conformidad y satisfacción con la decisión (categorías de segundo nivel). Notablemente la revisión de motivos en el periodo posaborto incluyó una mejor comprensión de la decisión tomada ("Reviso mis motivos y entiendo mi decisión", participante 1722), y pareció vincularse a la percepción de responsabilidad en distintos ámbitos de la vida de la mujer ("Yo quería cosas para mi vida, quiero cosas para un niño futuro y quiero cosas para mi familia presente, sin que se tengan que sacrificar por una decisión mía", participante 1446). La expresión de seguridad o inseguridad de la decisión tomada emergió como tema separado ("Estoy segura de la decisión tomada", participante 1302), pero también lo hizo la expresión de satisfacción, entendida como la estimación positiva de la decisión ("Entiendo que fue la mejor decisión", participante 1704). Finalmente, también respecto a la decisión se categorizó que las mujeres manifestaban su conformidad si expresaban que tomarían la misma decisión de hallarse en las mismas circunstancias, y su disconformidad, si indicaban que tomarían otra decisión.

También emergió como categoría de primer nivel la presencia de fantasías sobre la continuación del embarazo. Las mujeres expresaron fantasías congruentes con la decisión, de manera que fabulaban el futuro de la continuación del embarazo como algo no deseado ("De haber seguido adelante con el embarazo me habría visto muy mal", participante 1271). También manifestaron fantasías incongruentes con la decisión, en las que imaginaban su vida, a sí mismas y un bebé en un escenario futuro deseado ("A veces fantaseo con lo que podría haber sido", participante 1284).

Tabla 31.
Categorías de contenido relacionadas con el procesamiento cognitivo.

Categorías			
Primer nivel	Segundo nivel	Descriptores	Ejemplos
Decisión de abortar	Motivos	Revisión de motivos que llevaron a la decisión	"Reviso mis motivos y entiendo mi decisión" (1722) "Las razones vienen pronto a mi cabeza y lo tengo muy claro" (1265)
		Percepción de motivos vinculados a la responsabilidad	"Abortar era una obligación, una responsabilidad" (1831) "Fue una cuestión de responsabilidad como madre, con ese hijo" (1025)
	Seguridad	Expresión de seguridad de la decisión de abortar	"Estoy bastante segura de mi decisión"(1645) "Estoy muy segura de la decisión que tomé con el aborto" (1335)
		Inseguridad de la decisión de abortar	"Yo sabía que no iba a salir bien […] no estaba 100% segura" (1666)
	Conformidad	En igual situación tomaría igual decisión	"Sé que, en esas circunstancias, lo volvería a hacer" (1021)
		En la misma situación tomaría otra decisión	"No lo volvería a hacer" (1440) "Creo que lo que hice no fue mi decisión […] creo que yo habría hecho otra cosa" (1415)
	Satisfacción	Satisfacción con la decisión tomada	"Era lo mejor para mí, para el niño, y para toda mi familia" (1600) "Fue la mejor opción" (1536)
Fantasías sobre otro curso de acción	Congruentes	Fantasías sobre la continuación del embarazo como algo no deseado	"Pienso en cómo sería mi vida ahora de haber seguido adelante, y tengo muy claro que no habría sido bueno para mí" (1627) "Este embarazo, la vida que iba a tener…no era para mí" (1163)
	Incongruentes	Fantasías sobre la continuación del embarazo como algo deseado	"Pienso que a estas alturas podría ya tenerlo o tenerla entre mis brazos. Este mes es el peor, veo cómo estaría yo ahora" (1420) "A menudo me pregunto cómo estaría yo de haber seguido adelante con el embarazo, cómo sería mi vida, el bebé…" (1722)
Rumia	Deliberada	Pensamientos voluntarios sobre lo sucedido	"Pienso a propósito en ello" (1303) "A veces pienso (en ello) y apelo a la razón" (1362)
	Intrusa	Invasión no escogida de pensamientos sobre la experiencia	"Pienso a menudo en lo que pasó" (1666) "Lo más difícil para mí es ver otros embarazos seguir adelante. El camino que yo no tomé" (1334)
Búsqueda de sentido	-	Valoración de aspectos positivos en experiencias negativas	"Las cosas pasan por algo, mira tú, al final ya no estoy con la persona que estaba" (1347) "A pesar de todo lo que ha pasado, creo que todo ha sido para bien. Era lo mejor que podía pasar" (1265)
Centralidad del evento	-	El aborto como punto de inflexión en la narrativa	"Esto me ha llevado a cambiar […]. Ahora soy distinta" (1422) "El aborto ha cambiado mi forma de ver las cosas que me pasan a mí y a los demás"(1765)

La rumia, tanto deliberada como intrusa, constituyó otra de las categorías propuestas. La rumia deliberada incluyó específicamente la reflexión intencionada sobre lo sucedido. La invasión no escogida de pensamientos sobre la experiencia, por su parte, fue expresada por mujeres que indicaron asimismo una mayor frecuencia de pensamientos ("Pienso a menudo en lo que pasó", participante 1666), y también por aquellas a quienes determinadas situaciones les acarrearon la intrusión de pensamientos sobre la IVE, como en el caso de la fertilidad circundante ("Lo paso mal […] porque tengo amigas con hijos que yo no tengo, y porque tengo amigas luchando por un embarazo que yo interrumpí", participante 1645).

También se halló expresión de búsqueda de sentido entre las participantes, en su valoración de aspectos positivos en las experiencias negativas, respondiendo de algún modo a la pregunta "para qué" de la IVE ("A pesar de todo lo que ha pasado, creo que todo ha sido para bien", participante 1265).

Una última categoría propuesta respecto al procesamiento cognitivo es la noción de centralidad del evento, ya que algunas mujeres estimaron que el aborto suponía un punto de inflexión en su narrativa de vida ("Esto me ha llevado a cambiar […]. Ahora soy distinta", participante 1422).

Categorías de contenido relacionadas con el procesamiento afectivo.

Teniendo en cuenta el componente evaluativo del afecto en sentido amplio, se categorizó el afecto positivo como la valoración positiva de la experiencia y de su estado, con la expresión de emociones positivas presentes tales como contento, ilusión y libertad. Llamativamente, la percepción de alivio no fue expresada por ninguna participante. El afecto negativo comprendió expresiones de rabia y remordimientos (Tabla 32). Varias mujeres catalogaron lo vivido como una experiencia dura ("Ha sido una experiencia dura", participante 1297), y dieron muestras de cansancio al respecto ("Espero no tener que tomar decisiones duras durante mucho tiempo", participante 1778). Finalmente, tal y como sucediera en el análisis cuantitativo, el contenido cualitativo reflejó la coexistencia de valoración positiva y negativa, con expresiones como: "Para mí tiene más de positivo que de negativo" (participante 1056).

Tabla 32.
Categorías de contenido relacionadas con el procesamiento afectivo.

Categorías	Descriptores	Ejemplos
Afecto positivo	Valoración positiva de la experiencia	"Para mí tiene más de positivo que de negativo" (1056) "He ganado mi libertad" (1163) "Estoy muy contenta e ilusionada" (1396)
Afecto negativo	Valoración negativa de la experiencia	"Ha sido una experiencia muy dura" (1778) "Me dio mucha rabia quedarme embarazada" (1424) "Tuve remordimientos al principio" (1279)

Se quiere llamar la atención sobre los tiempos verbales que reflejaron el procesamiento afectivo. Todas las expresiones de afecto positivo se formularon en tiempo presente, indicando la existencia de una evaluación positiva actual de lo vivido. El afecto negativo, por su parte, presentó la mayor parte de sus expresiones formuladas en tiempo pasado, con una única excepción entre las 56 participantes. El procesamiento desplegado a lo largo del tiempo podría participar en esta percepción, como bien expresa una de las participantes: "Los primeros meses estuve peor, pero […] todo va mucho mejor ahora" (participante 1424).

Categorías de contenido relacionadas con el procesamiento interpersonal.

Al menos tres categorías de primer nivel emergieron en el análisis del contenido relativo al procesamiento interpersonal: aislamiento, apoyo social percibido y relación de pareja (Tabla 33).

En primer lugar, respecto al aislamiento, se recogió tanto la expresión de percepción de soledad o aislamiento, como la indicación de haber mantenido en secreto lo sucedido.

Tabla 33.
Categorías de contenido relacionadas con el procesamiento interpersonal.

Categorías			
Primer nivel	Segundo nivel	Descriptores	Ejemplos
Aislamiento	-	Secreto y percepción de soledad o aislamiento	"Solo se lo he dicho a una persona. Creo que eso ha influido en que me haya cerrado un poco" (1279) "Lo he mantenido en secreto, finalmente solo tres personas lo saben. Aquí estamos solos" (1104)
Apoyo social percibido	Buen apoyo	Presencia de apoyo social concordante	"He tenido mucho apoyo. Es fundamental" (1283) "Para estas cosas, hay que tener claro lo que vas a hacer, sin presiones. Me ha confirmado que tengo a mi lado a quien debo tener" (1212)
	Mal apoyo	Presencia de apoyo social discordante	"Siento que mucha gente me ha fallado. Creo que todos opinaban […]" (1158)
Relación de pareja	Mejora	Percepción de cambios positivos en la pareja relacionados con el aborto	"Que nos pasara esto…nos ha hecho bien. Pasar por esto, tomar esta decisión, hacerlo juntos…nos ha hecho hablar, abrirnos, entendernos. Ahora siento que estamos juntos como hacía tiempo que no estábamos. Esto o te une o te separa. Nosotros estamos mejor" (1675) "Nos lo hemos currado. Todo va mucho mejor ahora" (1424) "Esto […] ha hecho que incluso mi relación de pareja vaya mejor" (5722)
	Ruptura	Ruptura de pareja en el periodo que rodea al aborto	"Mi relación de pareja se rompió en cuanto supo que estaba embarazada" (1464) "Después del aborto se desveló su verdadera naturaleza. Descubrí muchas cosas que estaban pasando […] ya era demasiado" (1335) "Mi pareja y yo rompimos después del aborto"(1666)

En segundo lugar, respecto al apoyo social percibido, las mujeres refirieron como buen apoyo aquel que resultaba concordante con su elección, y lo valoraron como fundamental. Alguna manifestó la presencia de apoyo social discordante, con otras personas opinando respecto a la decisión, y la percepción de que algunas personas han fallado o defraudado a la mujer ("Siento que mucha gente me ha fallado. Creo que todos opinaban […]", participante 1158).

En tercer lugar, respecto a la relación de pareja, las participantes expresaron situaciones de cambio positivo que, a pesar del riesgo de solapamiento con categorías de crecimiento relacionado con los otros (percepción de mayor proximidad en las relaciones), se ha definido codificarlo aquí como parte del procesamiento interpersonal de la experiencia. Así, algunas mujeres indicaron cambios positivos en la pareja relacionados claramente con el aborto y, como indica alguna de ellas, debido al tipo de procesamiento emprendido al respecto ("Pasar por esto […] nos ha hecho hablar, abrirnos, entendernos", participante 1675). También declararon la ruptura de la pareja en el periodo que rodeó al aborto, tanto antes como después ("Ya no estoy con la persona que estaba, se terminó todo después del aborto", participante 1347).

Categorías de contenido relacionadas con la salud mental.

Algunas mujeres indicaron haber presentado síntomas psicológicos o malestar subjetivo que se ha categorizado como alteraciones psicológicas. La expresión genérica de malestar "pasarlo mal" se repitió en varias participantes, y algunas concretaron que las alteraciones psicológicas fueron de ansiedad y nerviosismo, tristeza intensa, dificultades sexuales, y desrealización (Tabla 34).

Tabla 34.
Categorías de contenido relacionadas con la salud mental.

Categorías	Descriptores	Ejemplos
Alteraciones	Expresión de malestar subjetivo o sintomatología psicológica	"Tuve mucha ansiedad al principio, a las dos semanas de abortar. Creo que no entendía qué me pasaba y por eso estaba nerviosa" (1056) "He tenido una enorme sensación de irrealidad, como si me sobrevolase" (1021) "Lo he pasado mal, estuve muy triste" (1704)
Bienestar	Expresión de bienestar subjetivo o psicológico	"Estoy muy bien" (1580) "Después de todo lo que ha pasado, quién soy ahora, cómo estoy ahora, es como quiero que sea" (1765)

Emergió también una categoría para contener la expresión tanto de bienestar subjetivo ("No ha habido secuelas. Estoy muy bien", participante 1663), como de bienestar psicológico, específicamente con la sensación de dominio y autoaceptación ("Quién soy ahora, cómo estoy ahora, es como quiero que sea", participante, 1765). Otras cuestiones que se han relacionado con

el bienestar psicológico en la literatura, como por ejemplo el crecimiento personal, las relaciones positivas con los otros, o el propósito en la vida, se han considerado más claramente vinculadas con el CRE, como se describe a continuación en las categorías de contenido propuestas al respecto.

Categorías de contenido vinculadas al crecimiento relacionado con el estrés.

Para la obtención de las categorías se dedujo que los datos contenían información identificable con los conjuntos de creencias enunciados por Janoff-Bulman (1992) en su teoría sobre la ruptura de las creencias básicas, y con la elaboración que sobre la misma propusieron Tedeschi y Calhoun (1996) al distinguir tres áreas de percepción de cambios positivos compatibles con la noción de crecimiento.

Primeramente, emergió una categoría más directamente relacionada con la percepción de ruptura con las creencias y supuestos previos de funcionamiento ("Esta decisión es algo que no me esperaba de mí misma", participante 1647), y que se consideró que incumbe al área temática de CRE. Sin embargo, las otras tres categorías se relacionaron más bien con la reconstrucción de las creencias en las tres áreas previstas por la autora (Tabla 35).

En primer lugar, en la categoría que abarca los cambios en la filosofía de la vida y la reconstrucción de las creencias sobre la naturaleza significativa y con sentido del mundo, se ubicaron expresiones indicativas de una mayor percepción de control ("Esto no me vuelve a pasar. No hasta que sea como yo quiero", participante 1233), aceptación realista ("Yo creo que según cómo te lo plantees lo agrandas o no", participante 1283), y cambio en las prioridades y en la forma de entender la propia vida ("Esto […] me ha llevado a cambiar mi modo de vivir", participante 1422).

Asimismo, la experiencia global de la IVE, que comprende el embarazo inesperado, la decisión de la interrupción, el propio aborto, y los acontecimientos concurrentes que hayan tenido lugar en la vida de la mujer, apareció vinculada a una percepción de responsabilidad incrementada ("Todo esto me ha hecho [...] darme cuenta de que necesito y quiero ser más responsable", participante 1279).

También contribuyó al contenido de la categoría de cambios en la filosofía de la vida, la revisión de valores morales y espirituales. Esta experiencia constituyó para algunas mujeres un profundo reto a sus creencias, particularmente las relacionadas con los valores y la fe. Estas parecieron reconstruirse hacia una concepción más tolerante y flexible que efectivamente ha modificado el sentido de su comprensión del mundo ("Para mí ha supuesto un cambio muy grande, desde 'es pecado' a, 'es decisión de cada uno' ", participante 1104).

En segundo lugar, en la categoría que engloba los cambios en las relaciones interpersonales y la reconstrucción de creencias sobre la benevolencia del mundo, se contemplaron expresiones que denotaban la percepción de cambio en la idea de los otros, y que implicaban una valoración más positiva de su contexto social ("Esto me ha cambiado, me ha hecho ver a los demás de otra manera", participante, 1722). También se hallaron expresiones indicativas de apoyo social percibido como fuente de cambio personal, de manera que era la percepción de apoyo la que subjetivamente intervenía en la experiencia de crecimiento y cambio ("Creo que lo que me ha cambiado ha sido ver el apoyo que he tenido", participante 1208). En concordancia con la teoría revisada, hay expresiones en esta categoría que señalan la apreciación de una mayor proximidad en las relaciones sociales ("Lo que más valoro es lo que me ha acercado a mis seres queridos", participante 1024).

También se consideró que se englobaba en la reconstrucción de este conjunto de creencias, las manifestaciones que señalaron a los otros como ejemplo para las mujeres ("A mí me ayuda […] ver que no soy la única, conocer a las chicas en la clínica y a otras personas que han hablado conmigo después", participante 1303), y las que situaban a la propia mujer como ejemplo para otras personas. Algunas mujeres quisieron aprovechar la oportunidad de expresión para dejar constancia de su consejo, tanto para otras mujeres ("Este es el último recurso, y no debe ser tomado a la ligera", participante 1284), como para los profesionales que trabajan en el terreno de la IVE ("Yo pediría a los profesionales […] que asuman que no tienen ni idea de cómo es la mujer que tienen delante. No conocen sus valores, sus miedos, sus circunstancias […]. No deberían dar consejos", participante 1689).

En tercer y último lugar, se contempló una categoría que contiene las expresiones relacionadas con los cambios en uno mismo y la reconstrucción de las creencias sobre la propia valía y el yo digno de respeto. Contenidos afines a esta temática fueron, por ejemplo, los cambios en el autoconcepto. Las mujeres se vieron a sí mismas con mayor fortaleza, además de otros cambios en la idea de sí mismas ("Yo era una persona muy negativa y he aprendido a tener ilusión", participante 1208). Resultó llamativa la frecuencia con la que las mujeres refirieron percibirse con mayor madurez: el 20% de las 56 participantes. Estas expresiones se hallaron en mujeres de todas las edades ("Me siento más madura, a mi edad", participante 1391). Este concepto de mayor madurez no debe ser confundido con la ocurrencia de cambios madurativos, ya que en el contexto en el que las mujeres lo expresan implica sin duda la noción de crecimiento, asociado a un mayor desarrollo personal.

En este contexto de desarrollo y crecimiento personal, las mujeres referenciaron también mayor autoconfianza "Creo que tengo mayor capacidad para enfrentarme a los problemas. […] he ganado confianza", participante 1663), percepción de mayor libertad ("Ya sé que no importa lo

que piensen los demás", participante 1163), y notoriamente percepción de mejora en su capacidad para tomar decisiones. Las participantes expresaron el cambio percibido en la forma en la que tomaban sus decisiones tras la experiencia de la IVE, con un procesamiento distinto y mejor al que empleaban anteriormente ("Sopeso mis decisiones de otra manera", participante 1420).

Las participantes manifestaron asimismo el cuestionamiento de su propia maternidad, y expresaron en ocasiones el descubrimiento de su deseo de ser madre ("He aprendido de mí misma que quiero hijos en el futuro", participante 1464). Algunas emprendieron el proyecto de la maternidad de forma inmediata, informando de un nuevo embarazo planificado. Expresaron al respecto que se trataba de una decisión meditada, y explicitaron la diferencia percibida entre el embarazo interrumpido y el deseo cumplido de maternidad ("He decidido volver a quedarme embarazada: estoy de cuatro meses. Este bebé no sustituye al otro, lo tengo muy claro. Pero entonces no me sentía preparada, y ahora sí", participante 1396).

Otros proyectos, como los cambios en el trabajo o en los estudios ("He vuelto a estudiar. Mi vida es otra", participante 1265), conformaron la expresión de un sentido de propósito asociado al deseo y consecución de proyectos personales. La experiencia suscitó en algunas mujeres la aspiración de emprender cambios en diversos ámbitos de su vida, y varias de ellas lograron sus pretensiones en el tiempo transcurrido hasta el segundo seguimiento.

También respecto a las creencias sobre sí mismas, algunas participantes comentaron su voluntad de mayor cambio y mejora en su funcionamiento intra- e interpersonal ("Espero […] ser capaz de llevar mi vida sin que los problemas de los demás me afecten tanto como lo hacen", participante 1778). En ciertos casos, la integración de la experiencia de la IVE les hizo ser conscientes de esta necesidad de mejora, de forma que algunas mujeres informaron en T2 del inicio de una intervención psicológica (Tabla 35).

Además de los cinco grandes grupos temáticos comentados (procesamiento cognitivo, afectivo e interpersonal de la experiencia, salud mental y CRE), emergieron otras dos cuestiones marginales y difícilmente codificables con la estructura descrita. La primera de ellas tiene que ver con la expresión de expectativas de afrontamiento. Algunas mujeres manifestaron haber anticipado aspectos de la experiencia de la IVE, siempre negativamente, y expresaron en T2 su apreciación de la diferencia con el afrontamiento que luego sucedió realmente ("Me preparé para pasarlo mal […] y descubrí que [...] estaba fuerte y con las cosas muy claras", participante 1829). La segunda de ellas comprende la ocurrencia de acontecimientos positivos en el periodo posterior a la IVE, como por ejemplo el inicio de una relación de pareja ("Ahora he empezado a salir con alguien que significa mucho […] para mí", participante 1564). Sin embargo, otras áreas que habría cabido hallar, vista la teoría e investigación en el área, no emergieron, como sucede con la sensación de alivio o la percepción de estigma.

Tabla 35.
Categorías de contenido vinculadas al crecimiento relacionado con el estrés.

Categorías	Descriptores	Ejemplos
Ruptura de las creencias básicas	Ruptura en las creencias y supuestos previos de funcionamiento	"Tuvo que ver el aborto en que yo me replantease muchas cosas" (1829) "Con la interrupción me di cuenta de muchas cosas, de mí misma, de mi relación de pareja, de lo que quiero" (1748)
Cambios en la filosofía de la vida (naturaleza significativa y con sentido del mundo)	Mayor percepción de control	"Esto no me vuelve a pasar. No hasta que sea como yo quiero" (1233)
	Aceptación realista	"Interrumpir un embarazo…es lo que es. Yo creo que según cómo te lo plantees lo agrandas o no" (1283)
	Cambio en las prioridades	"Valoras las cosas de otra manera, das importancia a lo verdaderamente importante" (1298)
	Percepción de responsabilidad incrementada	"Esto me hizo ser más responsable, tanto el embarazo, como la decisión, el aborto, la ruptura con mi novio…" (1060)
	Revisión de valores morales y espirituales	"No creo que abortar sea algo que esté bien, a mi me supone un conflicto moral y religioso muy duro […]. Esto te enseña a no juzgar" (1021)
Cambios en las relaciones interpersonales (benevolencia del mundo y de los otros)	Cambio en la idea de los otros	"Esto me ha cambiado, me ha hecho ver a los demás de otra manera" (1722)
	Apoyo social percibido como fuente de cambio personal	"Para mí, comprender que hay apoyo, que hay fuentes de apoyo, ha sido lo mejor" (1298) "Creo que lo que me ha cambiado ha sido ver el apoyo que he tenido" (1208)
	Mayor proximidad en las relaciones	"Lo que más valoro es lo que me ha acercado a mis seres queridos. No me lo esperaba" (1024)
	Los otros como ejemplo	"A mí me ayuda […] ver que no soy la única, conocer a las chicas en la clínica y a otras personas que han hablado conmigo después" (1303)
	Mi ejemplo para otros	"Estoy […] convencida de que la mujer tiene la última palabra. Ahora bien, este es el último recurso, y no debe ser tomado a la ligera" (1284) "Yo pediría a los profesionales que trabajan en esto que asuman que no tienen ni idea de cómo es la mujer que tienen delante. No conocen sus valores, sus miedos, sus circunstancias […]. No deberían dar consejos" (1689)
Cambios en uno mismo (valía de uno mismo y yo digno de respeto)	Cambios en el autoconcepto	"Para mí ha habido cambios en todo. En lo personal me veo más fuerte" (1600) "Todo esto me ha cambiado de otra forma. Yo era una persona muy negativa y he aprendido a tener ilusión" (1208)
	Autoconfianza mejorada	"Si he podido afrontar lo que me ha pasado, puedo hacer cualquier cosa" (1415)
	Libertad incrementada	"Ya sé que no importa lo que piensen los demás" (1163)
	Mejora en procesos de toma de decisiones	"He adquirido seguridad en mis decisiones, y he aprendido que, sea lo que sea, hay que pensarlo bien" (1231)
	Cambio en la idea de la propia maternidad	"Todo esto […] me ha abierto los ojos sobre mi propia maternidad. No sabía que tenía tantas ganas de ser madre" (1420)
	Proyectos y sentido de propósito personal	"He cogido mucha fuerza para mis proyectos, para darle otro rumbo a mi vida" (1264)
	Voluntad de mayor cambio y mejora	"He empezado a ir a un psicólogo. Quiero dejar de involucrarme en relaciones de dependencia emocional"(1025)

5.5. Relación entre las variables principales.

5.5.1. Relación entre las variables en T0.

Embarazo y decisión.

Con la totalidad de las participantes informando de un embarazo inesperado, más del 90% de las mujeres informó de bastante o mucho estrés asociado al conocimiento de ese embarazo. Ahora bien, algunas variables parecen estar más relacionadas que otras con esta valoración (Tabla 36).

Por ejemplo, la alta intensidad de estrés por la noticia del embarazo se relacionó significativamente con no compartir su situación con nadie. Al menos en T0, las pocas mujeres que prefirieron no comunicar sus circunstancias a otras personas, informaron también de mayor estrés por la noticia de estar embarazadas.

También la presencia de uno o más acontecimientos estresantes concurrentes a lo largo del último año se relacionó con informes más elevados de estrés por el conocimiento de estar embarazadas. En un momento en el que estas mujeres se encontraban afrontando otras dificultades en sus vidas, la noticia de un embarazo inesperado parece haber tenido mayor impacto para ellas. La diferencia en el estrés referido por la noticia del embarazo resultó significativa (V = .18, p = .012), como refleja el dato de que entre las mujeres que informaron de un estrés bastante o muy alto por la noticia del embarazo, el 59.74% indicó la presencia de uno o más acontecimientos estresantes concurrentes, a diferencia quienes refirieron ninguno.

Tabla 36.
Correlaciones de estrés por embarazo y decisión con otras variables en T0.

	Estrés por embarazo		Estrés por decisión	
	r_s	p	r_s	p
Compartir situación	-.13*	.021	n.s.	
Apego al embarazo	n.s.		.28***	< .001
Seguridad de la decisión	.12*	.033	-.23***	< .001
Percepción de cambio personal	n.s.		.26***	< .001
Estrés situacional	.26***	< .001	.18**	.001
Estrés concurrente	.12*	.012	.14**	.010

Nota. n.s. = No significativa. n = 338
* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Del mismo modo, la presencia de uno o más acontecimientos estresantes concurrentes a lo largo del último año se relacionó con mayor estrés por la toma de decisión de interrumpir el embarazo inesperado. La diferencia respecto al nivel de estrés referido por la decisión de la interrupción

resultó estadísticamente significativa en las distintas categorías ($\chi^2(3, n = 338) = 11.23, p = .011$). Por ejemplo, la decisión fue de mucho estrés para un 66.67% de quienes informaron de uno o más acontecimientos estresantes concurrentes, a diferencia de quienes informaron de ninguno.

Además del estrés concurrente, ciertas características de la decisión respecto al embarazo inesperado parecieron estar vinculadas al nivel de estrés que refirieron las mujeres. Así, se hallaron diferencias significativas en el estrés asociado la toma de decisión de la interrupción entre aquellas mujeres que indicaron que el embarazo era deseado y las que no ($\chi^2(3, n = 338) = 26.62, p < .001$). Entre quienes indicaron apego al embarazo, el 46.67% indicó que la noticia el embarazo supuso un evento muy estresante, mientras que ninguna de ellas lo valoró como nada estresante.

Aquí merece la pena señalar que esta variable se relacionó con el lugar de procedencia de la mujer. Así, la procedencia extranjera se relacionó significativamente ($r_s = .14, p = .010$) con la respuesta de apego, a diferencia de las españolas. Concretamente, el 23.08% de las extranjeras indicó que deseaba este embarazo inesperado, mientras que en el caso de las españolas la proporción fue del 10.99%. La diferencia resultó estadísticamente significativa ($\chi^2(1, n = 338) = 6.65, p = .010$). El lugar de procedencia supuso también una diferencia en el área teórica de crecimiento denominada "cambio espiritual", la única en la que el rango promedio de puntuaciones fue significativamente distinto para españolas y extranjeras. Concretamente, la percepción de crecimiento para las mujeres nacidas en Latinoamérica fue significativamente mayor en cambio espiritual, que para las mujeres nacidas en España ($U = 4436.50, p = .001$).

La percepción del embarazo como deseado correlacionó también con una mayor percepción de cambio personal percibido ($r_s = .20, p = .010$). Las que identificaron el embarazo como deseado tendieron a informar de una percepción distinta de sí mismas a raíz de la decisión tomada. Se comprobó la presencia de diferencias significativas entre las distintas categorías de percepción de cambio personal ($V = .28, p < .001$), en función del apego al embarazo. Por ejemplo, entre quienes indicaron desear el embarazo, el 38.46% indicó que había cambiado mucho la idea que tenía de sí misma, mientras que el 7.96% dijo percibirse igual que siempre.

Este cambio en la idea de sí mismas se produjo además vinculado a otras variables. Por ejemplo, las mujeres a quienes la toma de decisión les supuso un acontecimiento de bastante o mucho estrés son también quienes refirieron que esta decisión cambiaba la idea que tenían de sí mismas, ya que se halló una correlación significativa entre la mayor percepción de cambio personal y un mayor nivel de estrés referido por la toma de decisión de interrumpir el embarazo. Asimismo se relacionó con una mayor percepción de cambio personal la consulta a un psicólogo o psiquiatra en el último año ($r_s = .11, p = .047$) y el consumo de psicofármacos ($r_s = .17, p = .001$). También correlacionó significativamente con la presencia de otro estrés concurrente ($r_s = .17, p = .002$).

Estas circunstancias de estrés asociado al embarazo y a la decisión de interrumpirlo, el apego al embarazo y el cambio en la idea de sí mismas a raíz de la decisión, se relacionaron claramente con la seguridad de la decisión (Tabla 37).

Tabla 37.
Correlaciones de seguridad de la decisión con otras variables en T0.

	Seguridad de la decisión T0 n = 338	
	r_s	p
Edad	.19**	.001
Estrés por el embarazo	.12*	.033
Estrés por la decisión de interrumpirlo	-.23***	< .001
Apego al embarazo	-.34***	< .001
Percepción de cambio personal	-.40***	< .001
Consumo de psicofármacos	-.11*	.039
Apoyo social	.14**	.008

*p < .05, **p < .01, *** p < .001

De este modo, aquellas mujeres que informaron sentirse más sacudidas por la noticia del embarazo inesperado, se mostraron también más seguras de la decisión tomada en T0. La mayor seguridad de la decisión se relacionó con informes de mayor estrés por el conocimiento de estar embarazada (*bastante* o *mucho*) de forma débil aunque significativa.

El estrés asociado a la decisión de interrumpir el embarazo mostró signo contrario, como cabía esperar. Se halló una correlación significativa entre menor estrés por la decisión de interrumpir el embarazo y mayor seguridad de la decisión. Se comprobó la significación de las diferencias en el nivel de estrés por la toma de decisión (V = .33, p = .005), como por ejemplo se observó entre las mujeres que dijeron no haber percibido estrés en la toma de decisión, ya que el 62.50% dijo sentirse muy segura de la decisión, y ninguna refirió sentirse muy insegura.

Paralelamente, se halló que las mujeres que habían expresado no desear el embarazo mostraron mayores valores en la seguridad de su decisión. La diferencia en el nivel de seguridad resultó significativa (V = .44, p < .001), como ejemplifica que entre las mujeres que indicaron sentirse bastante o muy seguras de la decisión el 88.05% reflejase no desear el embarazo, a diferencia del 40% que sí mostró apego al embarazo.

También se halló una correlación significativa entre una mayor seguridad de la decisión en T0 y una menor percepción de cambio personal. Esta relación muestra cómo aquellas mujeres que informaron de niveles más altos de seguridad de su decisión, sentían que seguían siendo ellas mismas ante esta decisión. Así, se halló un nivel de congruencia entre la estabilidad de la idea de sí mismas y la seguridad de la decisión tomada. Las diferencias, teniendo en cuenta el contenido de la tabla de contingencia entre ambas variables, resultaron significativas a nivel estadístico

(V = .76, $p < .001$), de manera que entre aquellas mujeres que se veían igual que siempre, más mujeres refirieron sentirse bastante o muy seguras de su decisión (53.85%), mientras que ninguna dijo sentirse muy insegura.

También la edad, el consumo de psicofármacos y el apoyo social resultaron correlacionar con la seguridad de la decisión (Tabla 37). En el primer caso, la edad más joven se relacionó con puntuaciones más próximas al polo de inseguridad. Para conocer qué categorías de la variable seguridad suponían una diferencia significativa respecto a la edad, y realizadas las comprobaciones favorables de normalidad de la distribución y de homogeneidad de varianzas, se llevó a cabo un ANOVA de un factor, con la edad como variable continua. Diferencias en las respuestas respecto a la seguridad se relacionaron con edades significativamente distintas ($F(6, 331) = 3.16$, $ECM = 40.35$, $p = .005$, $\eta^2 = .01$). Para conocer en qué categorías se estaban produciendo las diferencias se realizó la prueba *post hoc* de Tukey. El resultado indicó que la media de edad en la categoría de *mucha seguridad* de la decisión ($M = 28.67$, $DT = 6.55$), fue significativamente mayor que la media edad en la categoría de *mucha inseguridad* de la decisión ($M = 22.00$, $DT = 3.20$).

Finalmente, se observó que una menor seguridad de la decisión correlacionó significativamente con el consumo de psicofármacos, mientras que el mayor apoyo social se relacionó con una mayor seguridad. Ambos resultados se comentarán más adelante.

Estrés situacional y concurrente.

Se observó una correlación significativa y positiva entre puntuaciones más elevadas en estrés situacional percibido y los informes de estrés asociado separadamente a las experiencias del embarazo inesperado y de la decisión de la interrupción (Tabla 36).

Realizadas las comprobaciones favorables de normalidad de la distribución y de homogeneidad de varianzas, se efectuó un análisis con ANOVA de un factor empleando la puntuación en estrés situacional como variable dependiente y estrés asociado al embarazo como factor de la diferencia. Diferencias en las respuestas respecto al estrés por el embarazo se relacionaron con valores significativamente distintos en estrés situacional ($F(3, 334) = 10.12$, $ECM = 44167.90$, $p < .001$, $\eta^2 = .08$). Para conocer en qué categorías se estaban produciendo las diferencias, se realizó la prueba *post hoc* de Tukey y se comprobó asimismo la significación ($p < .05$) con otro análisis más conservador, el *post hoc* de Bonferroni. El resultado indicó que la media de puntuaciones en estrés situacional percibido en la categoría de poco estrés asociado a la noticia del embarazo

(*M* = 711.39, *DT* = 82.64), era significativamente más baja que la media de puntuaciones en estrés situacional percibido en la categoría de mucho estrés (*M* = 777.18, *DT* = 63.29).

De manera idéntica se realizaron las comprobaciones y análisis para conocer las variaciones en estrés situacional en relación al estrés por la decisión de interrumpir el embarazo. El ANOVA reveló diferencias significativas en las respuestas respecto al estrés por la decisión, ya que se relacionaron con valores significativamente distintos en estrés situacional percibido medido con el IDDA-EA ($F(3, 334) = 6.66$, $ECM = 4491.58$, $p < .001$, $\eta^2 = .06$). Los análisis *post hoc* de Tukey y Bonferroni indicaron que la media de puntuaciones en estrés situacional percibido en la categoría de poco estrés por la decisión (*M* = 734.29, *DT* = 68.72), era significativamente más baja que la media de puntuaciones en estrés situacional percibido en la categoría de mucho estrés por la decisión (*M* = 778.39, *DT* = 62.78).

Especialmente llamativo es el nivel de estrés situacional percibido por la mujer medido con el IDDA-EA y el consumo de psicofármacos ($r_s = .12$, $p = .034$), ya que la correlación indica que el estrés percibido es mayor para estas mujeres. Además, y respecto al consumo de psicofármacos, se recordará la relación significativa con una menor seguridad de la decisión, y una mayor percepción de cambio personal. El consumo de psicofármacos en el último año correlacionó también con mayor edad de la mujer ($r_s = .17$, $p = .002$), y en el análisis de las tablas de contingencia merece señalar que un 19.50% de las mujeres que informó de consumo de psicofármacos señaló un patrón de convivencia agrupada, con varias generaciones en convivencia (hijos propios, padres, pareja, etc.), el más elevado de todas las categorías. En conjunto, aquellas mujeres que a lo largo del año anterior a la IVE habían tenido psicofármacos prescritos, no solo acusaron niveles más elevados de estrés situacional, sino que señalaron también otras situaciones complicadas en su vida personal (patrones de convivencia agrupada), así como menor seguridad de la decisión y mayor cambio en la idea de sí mismas al tomarla.

Como ya se ha comentado, se halló relación entre la presencia de estrés concurrente y el estrés asociado al embarazo y a la decisión de interrumpirlo. Sin embargo, los informes de las mujeres sobre la presencia de estrés concurrente no se relacionaron con las puntuaciones en el IDDA-EA sobre estrés situacional percibido. La correlación entre ambas variables arrojó un valor no significativo ($r_s = .08$, $p = .170$), y el análisis con ANOVA de un factor indicó que no había diferencias significativas en ninguno de los grupos ($F(1, 336) = 1.72$, $ECM = 1581793.90$, $p = .190$, $\eta^2 = .01$), es decir, las mujeres que informaron de ningún acontecimiento estresante concurrente al embarazo y su interrupción experimentados en el último año, no difirieron en la puntuación en el IDDA-EA respecto a las mujeres que indicaron la presencia de uno o más acontecimientos estresantes.

El IDDA-EA parece estar midiendo efectivamente el estrés situacional asociado al conjunto de la situación (embarazo inesperado y decisión de interrumpirlo) conforme a las instrucciones que se indicó a las participantes. No parece reflejar en absoluto el estrés asociado a otros acontecimientos concurrentes, por lo que puede emplearse como medida de la experiencia global de la IVE, sin que otras experiencias estresantes se vean reflejadas en la medida.

Apoyo social y relación de pareja.

Como puede observarse en la Tabla 38, diversas variables se relacionaron con los resultados en apoyo social en este estudio. Por ejemplo, niveles mayores de apoyo social percibido se relacionaron significativamente con una menor percepción de estrés situacional medido con el IDDA-EA. Al separar subgrupos en función de las puntuaciones en el IDDA-EA para baja activación (M – 1DT), alta activación (M + 1DT), y el grupo intermedio resultante, se hallaron diferencias significativas en el rango promedio de puntuaciones en apoyo social percibido. La prueba de Kruskal-Wallis arrojó un resultado significativo ($\chi^2(2, n = 338) = 10.52$, $p = .005$), y las comparaciones dos a dos mediante la prueba de Mann-Whitney ayudaron a conocer mejor las diferencias entre categorías. El rango promedio de las puntuaciones en apoyo social en las mujeres que percibían menor nivel de estrés subjetivo fue significativamente mayor comparado con el de quienes percibían un mayor nivel de activación ($U = 1029.50$, $p = .002$).

En la misma línea, la percepción de apoyo social se relacionó significativamente en T0 con la seguridad de la decisión. Conociendo el comportamiento de ambas variables, puede interpretarse que las personas que expresaron mayor apoyo social de personas relevantes en el momento de la IVE, informaron también de mayores niveles de seguridad de su decisión en ese momento.

Tabla 38.
Correlaciones de apoyo social con otras variables en T0.

	Apoyo social T0 $n = 338$	
	r_s	p
Procedencia: España vs. extranjero	-.19**	.001
Consumo de psicofármacos	-.19**	.001
Visita a un psicólogo o psiquiatra	-.15**	.006
Seguridad de la decisión	.14**	.008
Percepción de cambio personal	-.16**	.004
Estrés situacional percibido	-.19**	.001
Situación de pareja (*sí*/*no*)	.15**	.007
Compartir situación	.25***	< .001
Crecimiento relacionado con el estrés	.25***	< .001

**$p < .01$, *** $p < .001$

Asimismo, aquellas mujeres que percibían mayor nivel de apoyo por parte de figuras significativas de su entorno, informaron también de menor percepción de cambio en la idea de sí mismas al tomar la decisión de interrumpir el embarazo.

Dentro de estas figuras significativas, la pareja juega un importante papel en la percepción de apoyo por parte de las mujeres. Tener pareja se relacionó con informes más elevados de apoyo social de figuras relevantes. De hecho, considerando la variable de manera dicotómica (tener o no tener pareja), el rango promedio de las puntuaciones en apoyo social de las mujeres con pareja fue significativamente mayor (U = 7507.50, p = .007) que el de quienes no tenían pareja estable en el momento de la IVE.

Sin embargo, también se halló que la ausencia de pareja correlacionó significativamente con informes sobre estrés concurrente (r_s = -.11, p = .040), por lo que es posible que un análisis más detallado a las distintas categorías de la situación de pareja contribuya a comprender este resultado. Es preciso recordar aquí que el 13.61% de las mujeres informó en T0 de estrés de pareja en el último año (conflictos de pareja, conflictos por la custodia de los hijos, maltrato de pareja o ruptura de pareja), otorgándole un nivel de estrés percibido bastante o muy alto el 82.61% de ellas. Con ello hay que considerar que el 10.35% de las mujeres informó en T0 de la ruptura de la pareja tras embarazo y antes de la IVE, y casi un 8% manifestó percepción de empeoramiento de su relación de pareja.

Por ello, cabe preguntarse si respecto al apoyo social es realmente la ausencia de pareja lo que conlleva puntuaciones inferiores, o si más bien puede intervenir el deterioro o la ruptura de la relación existente. La prueba de Kruskal-Wallis confirmó la significación de las diferencias ($\chi^2(5, n = 338) = 21.64$, p = .001), y las comparaciones dos a dos mediante la prueba U de Mann-Whitney ayudaron a conocer mejor las diferencias entre categorías. Por ejemplo, la ausencia de pareja en el momento de realizarse la IVE no supuso una diferencia significativa en apoyo social con respecto a ninguna otra situación de pareja. Además, el rango promedio de las puntuaciones en apoyo social de las mujeres que percibían estabilidad en su situación de pareja fue significativamente mayor comparado con el de quienes informaron de ruptura antes de la IVE (U = 2833.00, p = .002), y con el de quienes percibían un empeoramiento en su relación de pareja (U = 2083.50, p = .002).

Ahora bien, la ausencia de pareja estable en el embarazo, la ruptura antes del aborto, y la percepción de empeoramiento en la relación de pareja en T0, aglutinaron a casi el 60% de las mujeres que indicaron no haber compartido su situación con nadie. Quienes optaron por no compartir su situación con nadie, además, refirieron haber consultado a un profesional de la salud mental en el último año (r_s = -.11, p = .046), informaron de un mayor estrés por la noticia del embarazo y, como cabría imaginar, indicaron menor apoyo social percibido.

Niveles más bajos en apoyo social percibido se relacionaron asimismo con la prescripción de psicofármacos y con haber acudido a la consulta de un psicólogo o psiquiatra en el último año. Ambas cuestiones parecen relacionarse con niveles menores de apoyo social, pero la existencia de diferencias significativas solo pudo confirmarse en el caso del consumo de psicofármacos. Las diferencias en la percepción de apoyo social fueron significativas entre mujeres con psicofármacos prescritos y las que no (U = 3518.501, p = .001). Quienes tenían psicofármacos prescritos obtuvieron un rango promedio de puntuación en apoyo social significativamente menor que quienes no los tenían prescritos.

Finalmente, vale la pena comentar que en el momento de realizarse la interrupción, puntuaciones más bajas en apoyo social percibido medido con el VIDA-R correlacionaron significativamente con ser de procedencia extranjera. El rango promedio de sus puntuaciones fue significativamente más bajo que el de las mujeres que declararon haber nacido en España (U = 6574.50, p = .001).

Crecimiento relacionado con el estrés.

Se detectó una relación positiva entre CRE y las puntuaciones en apoyo social percibido en todos los momentos de medida. De forma significativa, una mayor percepción de apoyo social se relacionó con una mayor puntuación en crecimiento relacionado con el estrés en T0 (r_s = .25, p < .001).

Puntuaciones más altas en CRE se relacionaron en T0 con un menor nivel de formación (r_s = -.16, p = .003). No se halló otra relación significativa entre CRE y otras variables de su medida.

El menor nivel de formación, por su parte, se relacionó como es lógico con edad más joven (r_s = .19, p < .001), pero también con tener hijos en el momento de la IVE (r_s = -.17, p < .001). Las mujeres de mayor edad señalaron en una proporción significativamente superior (77.78%), que ya tenían hijos ($\chi^2(1, n = 338) = 49.75$, p < .001). Respecto a la situación laboral, había más mujeres estudiando en el grupo de edad más joven (84.44%) que en el de mayor edad donde, por su parte, había significativamente (V = .39, p < .001) más mujeres trabajando (73.53%). También había significativamente menos mujeres en situación laboral activa (V = .15, p = .032) entre quienes indicaron haber completado estudios primarios (35.09%), comparado con quienes finalizaron estudios universitarios o superiores (53.85%).

Realizadas las comprobaciones favorables de normalidad de la distribución y de homogeneidad de varianzas, se efectuó un análisis con ANOVA de un factor empleando la puntuación en CRE como variable dependiente y nivel de formación como factor de la diferencia. Diferencias en nivel de formación se relacionaron con valores significativamente distintos en estrés situacional ($F(3, 334) = 2.65$, ECM = 14069.05, p = .049, η^2 = .02). Para conocer en qué categorías se

estaban produciendo las diferencias, se realizó la prueba *post hoc* de Dunnett. La prueba señala significación estadística ($p < 0.05$) para la diferencia de medias en las puntuaciones en CRE entre las categorías de estudios universitarios u otros estudios superiores y la categoría de estudios primarios.

Ante estos resultados, se decidió llevar a cabo un análisis de regresión múltiple para saber qué variables de la línea base predecían el nivel de CRE en T0 (Tabla 39), con la sospecha de que el nivel de formación, el apoyo social de personas relevantes y el estrés situacional percibido explicarían cierta cantidad de varianza del CRE.

Previo a la realización del análisis se comprobó el cumplimiento de los supuestos ya descritos: los residuos tipificados se encontraron en el intervalo [-2.85, 2.24], la colinealidad no supuso un problema (apoyo social, Tolerancia = .95, VIF = 1.06; formación, Tolerancia = .99, VIF = 1.01; estrés situacional, Tolerancia = .96, VIF = 1.05), el índice de Durbin-Watson tomó un valor de 2.14, no hubo varianzas iguales a cero, y el histograma y los gráficos de regresión y dispersión cumplieron los criterios descritos.

Los resultados confirmaron las sospechas, ya que empleando el método de pasos sucesivos se halló que el nivel de formación, el apoyo social de personas relevantes y el estrés situacional percibido efectivamente explicaban una cantidad pequeña pero significativa de la varianza del CRE ($F(3, 334) = 12.31$, $p < .001$, $R^2 = .10$, $R^2_{\text{corregida}} = .09$).

El análisis muestra que las tres variables predicen valores significativos de crecimiento relacionado con el estrés: En primer lugar y con una mayor contribución, el apoyo social, ($\beta = .27$, $t(334) = 5.07$, $p < .001$); en segundo lugar la formación ($\beta = -.18$, $t(334) = -3.52$, $p < .001$); y finalmente el estrés situacional, predictor con una menor contribución ($\beta = .13$, $t(334) = 2.42$, $p = .016$). El signo de β indica además la dirección de la relación, de manera que un mayor crecimiento en T0 estuvo predicho por mayor percepción de apoyo social, mayor estrés situacional percibido y menor formación académica.

Tabla 39.
Predictores de crecimiento relacionado con el estrés en T0.

	Crecimiento relacionado con el estrés T0 $n = 338$		
	b	*SE b*	β
Constante	-48.32	87.15	
Apoyo social	6.71	1.32	.27***
Formación académica	-19.91	5.66	-.18***
Estrés situacional percibido	0.22	0.09	.13*
R^2	.10		
F	12.31***		

* $p < .05$, *** $p < .001$

5.5.2. Relación entre las variables en T1.

Seguridad de la decisión, pensamientos y fantasías.

Como puede observarse en la Tabla 40, la seguridad de la decisión correlacionó significativamente en T1 con numerosas variables de su momento de medida, aunque a continuación se presentará su relación con estrés concurrente, frecuencia de pensamientos sobre la IVE, y presencia o no de fantasías sobre el curso alternativo de acción.

Respecto al estrés concurrente, informes de ausencia de acontecimientos estresantes en el mes tras la IVE se relacionaron con mayor seguridad de la decisión. Se comprobó que había diferencias significativas respecto al nivel de seguridad (V = .35, p =.002), como refleja el dato de que entre quienes refirieron la ausencia de eventos estresantes en el primer mes tras el aborto, el 66.67% indicó sentirse muy seguro de la decisión tomada, a diferencia del 2.86% que manifestó sentirse muy inseguro. Solo el 40.63% de quienes señalaron la presencia de estrés concurrente indicaron estar muy seguras de su decisión.

Tabla 40.
Correlaciones de seguridad de la decisión con otras variables en T1.

	Seguridad de la decisión T1 n = 169	
	r_s	p
Frecuencia de pensamientos sobre la IVE	-.63***	< .001
Fantasías sobre otro curso de acción	-.56***	< .001
Estrés concurrente	-.28**	< .001
Apoyo social	.21**	.005
Valoración positiva de la experiencia	.25**	.001
Valoración negativa de la experiencia	-.54***	< .001

* p < .05, ** p < .01, ***p < .001

También en el primer seguimiento una mayor seguridad correlacionó significativamente con menor frecuencia de pensamientos sobre la IVE. Se averiguó que el nivel de seguridad era significativamente distinto en las distintas categorías de frecuencia de pensamientos (V = .44, p <.001), como ilustra que entre las mujeres que indicaron sentirse muy seguras de su decisión, el 77.08% pensara en la IVE *nunca* o *a veces*, mientras solo el 2.08% dijera pensar *continuamente*. Ahora bien, la frecuencia de pensamientos sobre la IVE fue mayor entre quienes informaron de uno o más acontecimientos estresantes en el último mes (r_s = .17, p = .031).

Se analizó también la relación entre la seguridad de la decisión y las fantasías sobre cómo sería el niño o la vida de la mujer de haber tomado otra decisión. Se vio que la ausencia de fantasías se relacionaba de forma significativa con informes de mayor seguridad, de manera que hubo

diferencias significativas en la seguridad entre quienes dijeron tener estas fantasías y quienes no (V = .56, p <.001). Prueba de ello es que entre quienes afirmaron no presentar este tipo de fantasías, el 82.35% indicó sentirse muy seguro de la decisión tomada, mientras que ninguna mujer se situó en categorías de inseguridad (*poco*, *bastante*, o *muy insegura*). La presencia de fantasías, por su parte, se relacionó significativamente con el estrés concurrente (r_s = .18, p = .023). También en este caso las diferencias fueron significativas entre las categorías de las variables ($\chi^2(1, n = 169) = 5.20$, p = .023), ya que se halló que un 60.94% de las mujeres que indicaron la presencia de fantasías informó también de estrés concurrente, a diferencia de la proporción restante que refirió ningún acontecimiento.

Finalmente, y aunque era un resultado esperado, se comprobó que en ambos seguimientos la presencia de fantasías se relacionaba con informes de mayor frecuencia de pensar en lo sucedido. Concretamente se confirmó estadísticamente que en T1 las mujeres que informaron de presencia de fantasías, manifestaron también una mayor frecuencia de pensamientos relacionados con la IVE (r_s = .62, p < .001). La frecuencia de pensamientos sobre la IVE difirió significativamente entre quienes informaron de la presencia de fantasías y quienes dijeron no manifestarlas ($\chi^2(3, n = 169) = 65.41$, p < .001). El 76.19% de las mujeres que indicaron la presencia de fantasías declaró pensar en la IVE a menudo o continuamente, mientras que solo el 1.19% dijo no hacerlo nunca o casi nunca.

Estas tres variables, seguridad de la decisión, frecuencia de pensamientos sobre la IVE y presencia de fantasías, se relacionaron de distinta forma con el apoyo social percibido, como se revisará a continuación.

Apoyo social y relación de pareja.

Una percepción de mayor apoyo social se relacionó significativamente con mayor seguridad de la decisión, menor frecuencia de pensamientos sobre la IVE, ausencia de fantasías, ausencia de acontecimientos estresantes en el periodo de un mes transcurrido desde la IVE, así como con mayor percepción de CRE, valoración más positiva de la experiencia, y menor valoración negativa (Tabla 41). No se halló sin embargo relación alguna con la situación de pareja en T1.

La mayor percepción de apoyo social correlacionó con mayor seguridad de la decisión de manera significativa. Para conocer si había diferencias significativas en la puntuación asignada a apoyo social entre las distintas categorías previstas en la variable seguridad, se empleó la prueba de Kruskal-Wallis, que confirmó la significación de las diferencias ($\chi^2(6, n = 169) = 16.38$, p = .012). Las comparaciones dos a dos mediante la prueba de Mann-Whitney ayudaron a conocer mejor las diferencias entre categorías. El rango promedio de las puntuaciones en apoyo social en las

mujeres indicaron estar muy seguras de su decisión fue significativamente mayor comparado con el de quienes percibieron la categoría inmediatamente inferior de *bastante seguridad* (U = 895.00, p = .004), y con el de quienes informaron de *mucha inseguridad* (U = 212.502, p = .007).

Tabla 41.
Correlaciones de apoyo social con otras variables en T1.

	Apoyo social T1 n = 169	
	r_s	p
Seguridad de la decisión	.21**	.005
Frecuencia de pensamientos sobre la IVE	-.22**	.004
Fantasías sobre otro curso de acción	-.25**	.001
Estrés concurrente	-.20**	.009
Valoración positiva de la experiencia	.21**	.006
Valoración negativa de la experiencia	-.24**	.002
Crecimiento relacionado con el estrés	.20*	.010

* $p < .05$, ** $p < .01$

Informes de mayor apoyo social percibido correlacionaron también con una menor frecuencia de pensamientos sobre la IVE. El mismo procedimiento mediante Kruskal-Wallis permitió confirmar que las diferencias entre pensar con mayor o menor frecuencia resultaban significativas ($\chi^2(3, n = 169) = 9.67$, p = .022), de manera que quienes indicaron pensar *nunca o casi nunca* obtuvieron un rango promedio de puntuaciones significativamente más alto en apoyo social que quienes indicaron pensar *a menudo* (U = 176.50, p = .020), y que quienes dijeron pensar *continuamente* (U = 68.00, p = .033). También se halló significación de la diferencia en el rango promedio de puntuaciones en la mayor percepción de apoyo social de quienes indicaron pensar *a veces*, comparado con quienes dijeron hacerlo *a menudo* (U = 1756.00, p = .024).

La relación en el caso de la presencia de fantasías es inversa, ya que correlacionó con menor puntuación en apoyo social. Aquellas mujeres que manifestaron albergar fantasías sobre el curso no escogido de acción, obtuvieron un rango promedio significativamente inferior en apoyo social (U = 2611.50, p = .001) que quienes indicaron no presentar estas fantasías.

Asimismo, la ocurrencia de uno o más acontecimientos estresantes en el mes posterior a la interrupción del embarazo se relacionó con informes de menor apoyo social percibido, de manera que aquellas mujeres que refirieron la presencia de uno o más eventos estresantes obtuvieron un rango promedio de puntuaciones en apoyo social significativamente inferior (U = 2594.50, p = .009) que las que indicaron ninguno. Vale la pena recordar aquí, que el estrés de pareja fue la categoría de mayor proporción en estrés concurrente (Tabla 15).

Finalmente, la variable apoyo social resultó también relacionarse significativamente con la valoración positiva y negativa de la experiencia en ambos seguimientos. En el seguimiento al mes,

quienes informaron de mayor percepción de apoyo social de personas relevantes, informaron también de valoración más positiva y menos negativa del conjunto de la experiencia. Sin embargo, no se alcanzó la significación estadística de las diferencias en cuanto al apoyo social respecto a las distintas categorías de valoración positiva de la experiencia, empleando la prueba de Kruskal-Wallis ($\chi^2(3, n = 169) = 7.45$, $p = .059$).

Sí se halló que las puntuaciones en apoyo social fueron significativamente distintas en las diferentes categorías de respuesta de valoración negativa de la experiencia, mediante la prueba de Kruskal-Wallis ($\chi^2(3, n = 169) = 10.61$, $p = .014$). La comparación dos a dos reveló que el rango promedio de las puntuaciones en apoyo social de las mujeres que indicaron un impacto *nada* negativo resultó significativamente mayor ($U = 557.00$, $p = .002$) que el de las mujeres que indicaron una valoración *muy negativa*.

Valoración positiva y negativa de la experiencia.

Además de la relación con apoyo social descrita, la valoración positiva y negativa se relacionó significativamente con otras variables en el seguimiento al mes (Tabla 42).

Tabla 42.
Correlaciones de valoración positiva y negativa con otras variables en T1.

	Valoración positiva		Valoración negativa	
	r_s	p	r_s	p
Seguridad en la decisión	.25**	.001	-.54***	< .001
Frecuencia pensamientos IVE	-.18*	.017	.67***	< .001
Fantasías sobre otro curso de acción	-.17*	.025	.55***	< .001
Apoyo social percibido	.21**	.006	-.24**	.002
Estrés concurrente	n.s.		.35***	< .001
Crecimiento relacionado con el estrés	.15*	.046	n.s.	

Nota. n.s. = No significativa. $n = 169$
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Concretamente, un valoración más positiva se relacionó significativamente con una mayor seguridad, menor frecuencia de pensamientos acerca de lo sucedido, y con la ausencia de fantasías, aunque esta relación, si bien significativa, resultó de menor fuerza.

Se estudió mediante análisis de las tablas de contingencia y selección del estadístico más adecuado, si los distintos valores asignados a la valoración positiva de la experiencia eran significativamente distintos en función de las categorías de las variables relacionadas. No pudo hallarse significación estadística ni el caso del nivel de seguridad, ni en el de la presencia de fantasías, pero sí respecto a la frecuencia de pensamientos ($V = .22$, $p = .003$). Por ejemplo, entre

las mujeres que realizaron una valoración muy positiva de la experiencia en T1, el 45.45% decía pensar nunca o casi nunca, a diferencia del 18.18% que indicó pensar en la IVE continuamente.

Por su parte, una valoración menos negativa de la experiencia correlacionó significativamente en el seguimiento al mes con una mayor seguridad, menor frecuencia referida a pensar sobre lo sucedido, con la ausencia de fantasías, y con la no concurrencia de acontecimientos estresantes (Tabla 42). No se halló relación alguna entre la valoración negativa e informes de síntomas físicos, que de hecho no se relacionaron con ninguna variable en T1.

El análisis de las tablas de contingencia y los estadísticos seleccionados indicaron diferencias significativas en las categorías de "valoración negativa de la experiencia" indicadas por las mujeres, respecto a las categorías de las variables relacionadas.

En primer lugar, la valoración negativa fue significativamente distinta en las categorías asignadas a la seguridad de la decisión (V = .37, $p < .001$). Por ejemplo, entre las mujeres que indicaron un impacto nada negativo de la experiencia, un 89.66% dijo sentirse muy segura de su decisión, mientras que el 1.72% manifestó mucha inseguridad en su decisión.

En segundo lugar, la valoración negativa fue significativamente distinta en las categorías asignadas a la frecuencia de pensamientos sobre la IVE (V = .42, $p < .001$). Por ejemplo, en la categoría de impacto nada negativo de la experiencia, el 91.38% de las mujeres dijo pensar *nunca* o *a veces* en la IVE, mientras que ninguna dijo hacerlo *continuamente*.

En tercer lugar, también la valoración negativa resultó significativamente distinta entre quienes indicaron la presencia de fantasías y quienes dijeron no experimentarlas ($\chi^2(3, n = 169) = 56.52$, $p < .001$). Ejemplo de ello es que entre las mujeres que hicieron una valoración nada negativa de la IVE, las fantasías estaban ausentes en el 82.76%.

Finalmente, la valoración negativa fue también significativamente distinta para las mujeres que señalaron la ocurrencia de uno o más acontecimientos estresantes a lo largo del primer mes tras la IVE, que para las mujeres que indicaron ninguno ($\chi^2(3, n = 169) = 23.41$, $p < .001$). Sirva como ejemplo que entre las mujeres que informaron de un impacto nada negativo de la experiencia, el 81.03% señaló que ningún acontecimiento estresante había sucedido a lo largo de ese mes.

Crecimiento relacionado con el estrés.

En este primer seguimiento, fue la ausencia de otros acontecimientos estresantes en la vida de la mujer lo que correlacionó significativamente ($r_s = -.17$, $p = .024$) con puntuaciones más altas en CRE. La percepción de cambio fue por tanto mayor cuando la mujer refirió la no ocurrencia de

otros eventos distintos de la IVE en el periodo inmediato posterior al aborto. Es el único momento de medida en el que se registró relación entre estrés concurrente y CRE.

Se halló un resultado interesante entre la valoración positiva y negativa, y la experiencia de CRE en el seguimiento al primer mes. En T1, una mayor percepción de CRE no se relacionó con la valoración negativa de la experiencia. Sin embargo, las correlaciones entre CRE y valoración positiva tuvieron significación en T1. Concretamente, en el seguimiento al mes, esta relación fue significativa y positiva, indicando que cuanto más positivo consideró la mujer el impacto de la IVE en su vida, mayor nivel de crecimiento informó experimentar.

Al analizar qué categorías de respuesta podían estar contribuyendo a esta relación, se realizó un análisis con ANOVA de un factor, con el CRE como variable dependiente y la valoración positiva de la experiencia como el factor de diferencia. Comprobada la normalidad de la distribución y la homogeneidad de varianzas, la prueba *F* no resultó significativa ($F(3, 165) = 1.20$, $ECM = 12704.54$, $p = .313$, $\eta^2 = .02$).

Se detectó asimismo una relación entre las puntuaciones en CRE y apoyo social percibido en todos los momentos de medida. De forma significativa, una mayor percepción de apoyo social se relacionó con una mayor puntuación en CRE.

Aunque en T0 no pudo hallarse ninguna relación, en el seguimiento al primer mes se hallaron diferencias significativas entre categorías de relación de pareja tomando la percepción de CRE como variable continua ($F(5, 162) = 2.56$, $ECM = 14183.80$, $p = .030$, $\eta^2 = .07$). Comprobada la normalidad y homocestacidad, fue preciso excluir del análisis la categoría que refleja el fallecimiento de la pareja, ya que al tener menos de dos casos no permitía el análisis *post hoc*. El resultado es que la percepción de crecimiento positivo fue mayor para las mujeres que percibían mejoría en su relación de pareja ($M = 456.00$) respecto a quienes percibían un empeoramiento en su relación de pareja ($M = 235.21$), y la prueba de Scheffé situó a ambas categorías en subconjuntos homogéneos separados ($p < .050$).

Las puntuaciones de CRE fueron distintas en las categorías de la variable pensar en lo sucedido. Dada la falta de homocestacidad, se empleó la prueba de Kruskal-Wallis, que confirmó la significación de las diferencias ($\chi^2(3, n = 169) = 9.36$, $p = .025$). Las comparaciones dos a dos mediante la prueba de Mann-Whitney ayudaron a conocer mejor las diferencias entre categorías. El rango promedio de las puntuaciones en CRE en las mujeres indicron pensar *continuamente* fue significativamente mayor ($U = 58.00$, $p = .015$), comparado con el de quienes informaron pensar *nunca o casi nunca*.

Ante estos resultados, se decidió llevar a cabo un análisis de regresión múltiple para saber qué variables de T1 predecían el nivel de CRE, que como se observará resultó significativo para las variables apoyo social y frecuencia de pensamientos sobre la IVE (Tabla 43).

Previo a la realización del análisis se comprobó el cumplimiento de los supuestos ya descritos: los residuos tipificados se encontraron en el intervalo [-2.45, 2.02], la colinealidad no supuso un problema (apoyo social, Tolerancia = .96, VIF = 1.04; frecuencia de pensamientos, Tolerancia = .96, VIF = 1.04), el índice de Durbin-Watson tomó un valor de 2.91, no hubo varianzas iguales a cero, y el histograma y los gráficos de regresión y dispersión cumplieron los criterios descritos.

Empleando el método de pasos sucesivos se halló que el apoyo social de personas relevantes y la frecuencia con la que la mujer indicaba pensar sobre el aborto explicaban una cantidad de varianza pequeña pero significativa del crecimiento relacionado con el estrés ($F(3, 167) = 8.69$, $p < .001$, $R^2 = .10$, $R^2_{\text{corregida}} = .08$).

El análisis muestra que las dos variables predicen valores significativos de crecimiento relacionado con el estrés: En primer lugar y con una mayor contribución, el apoyo social ($\beta = .26$, $t(167) = 3.49$, $p = .001$); y en segundo lugar la frecuencia de pensamientos sobre el aborto ($\beta = -.18$, $t(167) = 2.94$, $p = .004$). El signo de β indica además la dirección de la relación, de manera que mayor percepción de apoyo social, y mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE predijo mayor crecimiento.

Tabla 43.
Predictores de crecimiento relacionado con el estrés en T1.

	Crecimiento relacionado con el estrés T1 *n* = 169		
	b	*SE b*	β
Constante	64.04	58.46	
Apoyo social	5.62	1.61	.26**
Frecuencia pensamientos sobre la IVE	33.48	11.41	.22**
R^2	.10		
F	8.69***		

** $p < .01$, ***$p < .001$

5.5.3. Relación entre las variables en T2.

Seguridad de la decisión, pensamientos y fantasías.

En la Tabla 44 se resumen las correlaciones significativas entre seguridad de la decisión y otras variables de T2. A continuación se comentará su relación con estrés concurrente, frecuencia de pensamientos sobre la IVE, y presencia o no de fantasías sobre el curso alternativo de acción.

Del mismo modo que sucedía en el primero, en este segundo seguimiento, la mayor seguridad de la decisión correlacionó significativamente con la ausencia de estrés concurrente en los cinco meses transcurridos. Se hallaron diferencias significativas en el nivel de seguridad (V = .36, p =.027) entre las mujeres que indicaron ausencia de acontecimientos estresantes, ya que, por ejemplo, 80.26% marcó mucha seguridad de la decisión tomada, mientras que ninguna señaló mucha inseguridad. Solo el 50% de quienes señalaron la presencia de estrés concurrente indicaron estar muy seguras de su decisión.

Asimismo se repite la significación de la relación entre la mayor seguridad y la menor frecuencia de pensamientos sobre la IVE. Se comprobó que había diferencias significativas respecto al nivel de seguridad (V = .36, p =.001), como refleja que entre quienes se sentían muy seguras de su decisión, el 82.05% dijera pensar nunca o a veces, frente al 8.9% que indicó pensar continuamente. También en T2 la frecuencia de pensamientos sobre la IVE fue más elevada entre quienes indicaron la presencia de estrés concurrente en los cinco meses transcurridos (r_s = .27, p = .004).

Tabla 44.
Correlaciones de seguridad de la decisión con otras variables en T2.

	Seguridad de la decisión T2 n = 110	
	r_s	p
Frecuencia de pensamientos sobre la IVE	-.41***	< .001
Fantasías sobre otro curso de acción	-.38***	< .001
Estrés concurrente	-.32**	.001
Valoración positiva de la experiencia	.24**	.013
Valoración negativa de la experiencia	-.30***	.001

* p < .05, ** p < .01, ***p < .001

Respecto a las fantasías sobre otro curso de acción, su ausencia se relacionó también de manera significativa con mayor seguridad de la decisión. Se hallaron diferencias significativas en el nivel de seguridad (V = .40, p =.009), por ejemplo, entre las mujeres que señalaron no presentar este tipo de fantasías, de quienes un 85.49% indicó estar muy seguro de la decisión tomada, a diferencia de las categorías de inseguridad (*poco*, *bastante*, o *muy insegura*), que no señaló ninguna participante. Por su parte, la presencia de este tipo de fantasías se relacionó nuevamente con el estrés concurrente (r_s = .21, p = .032). También se repitió la significación de las diferencias ($\chi^2(1, n = 110) = 4.62$, p = .032), puesto que, por ejemplo, el 58.82% de las participantes que dijo tener fantasías, refirió también la ocurrencia de uno o más acontecimientos estresantes en los últimos cinco meses, a diferencia de la proporción restante, que refirió ninguno.

Finalmente, se confirmó también la significación estadística en T2 de informes sobre ausencia de fantasías relacionados con menor frecuencia de pensamientos sobre lo sucedido (r_s = .43,

$p < .001$), del mismo modo que había ocurrido en T1. La frecuencia de pensamientos sobre la IVE difirió significativamente ($\chi^2(3, n = 110) = 27.27, p < .001$), como refleja el que entre las mujeres que señalaron no tener este tipo de fantasías, el 51.61% declarase pensar en la IVE *nunca o casi nunca*, frente al 8.33%, que respondió hacerlo *continuamente*.

Apoyo social y relación de pareja.

En este último seguimiento, se constataron diferencias significativas entre las categorías asignadas a la seguridad de la decisión ($V = .32, p = .001$), y las situaciones de pareja referidas por las participantes. Todas las situaciones de pareja reflejaron mayoritariamente seguridad de la decisión (fallecimiento de la pareja, 100%; sin pareja en el embarazo, 87.50%; ruptura tras el embarazo, 77.78%; ruptura tras la IVE, 72.22%; estabilidad, 70.21%; y mejoría, 64.28%) excepto la categoría de percepción de empeoramiento en la relación de pareja, en la que la proporción mujeres que indicó sentirse muy segura de la decisión tomada descendió a un 20%.

En T2 no se alcanzó la significación en las correlaciones entre apoyo social y seguridad de la decisión, frecuencia de pensamientos sobre la IVE, fantasías sobre otro curso de acción, y estrés concurrente, aunque las tendencias mantuvieron el mismo signo que en T1.

Como se comentó en el primer seguimiento, la valoración positiva y negativa de la experiencia resultó relacionarse con la variable apoyo social, pero en el seguimiento al sexto mes la fuerza de la asociación disminuyó. Las mujeres que en T2 informaron de mayor nivel de apoyo social también indicaron una valoración más positiva de la experiencia de IVE, con una relación aún significativa ($r_s = .19, p = .044$). No se alcanzó la significación en la valoración negativa.

Valoración positiva y negativa de la experiencia.

Además de la relación con apoyo social descrita, la valoración positiva y negativa se relacionó significativamente con otras variables en el segundo seguimiento. Como puede observarse en la Tabla 45, en el seguimiento al sexto mes una valoración más positiva se relacionó significativamente con una mayor seguridad, y con una menor frecuencia de pensamientos acerca de lo sucedido, aunque desaparece la relación significativa con la ausencia de fantasías que se halló en T1. También se obtuvo una relación significativa con la no concurrencia de acontecimientos estresantes.

Se valoró mediante análisis de las tablas de contingencia, si los distintos valores asignados a la valoración positiva de la experiencia eran significativamente distintos en función de las categorías

de las variables seguridad y frecuencia de pensamientos, pero solo se halló significación estadística respecto a la frecuencia de pensamientos (V = .31, p = .032). Por ejemplo, entre las participantes que realizaron una valoración muy positiva de la experiencia en T2, el 84.62% indicó estar muy segura de la decisión tomada, frente a ninguna en las categorías de *mucha* o *bastante inseguridad*, o incluso frente al 5.13% que señaló un poco de inseguridad.

La ausencia de acontecimientos estresantes concurrentes se relacionó significativamente con una valoración más positiva de la experiencia. Además, se comprobó la significación de las diferencias entre las distintas categorías de respuesta de la variable valoración positiva ($\chi^2(3, n = 110) = 13.13$, p = .004), como sucede por ejemplo entre las mujeres que indicaron un impacto bastante o muy positivo de la experiencia, de las que el 76.32% señaló la ausencia de eventos estresantes en los cinco meses transcurridos desde T1, a diferencia de la proporción restante, que indicó la ocurrencia de uno más acontecimientos.

Tabla 45.
Correlaciones de valoración positiva y negativa con otras variables de T2.

	Valoración positiva		Valoración negativa	
	r_s	*P*	r_s	*p*
Seguridad en la decisión	.24*	.013	-.30**	.001
Frecuencia pensamientos IVE	-.22*	.024	.40***	< .001
Fantasías sobre otro curso de acción	n.s.		.38***	< .001
Apoyo social percibido	.19*	.044	n.s.	
Estrés concurrente	-.25**	.008	.21*	.029
Centralidad del evento	.36***	< .001	.21*	.027
Crecimiento relacionado con el estrés	.36***	< .001	n.s.	

Nota. n.s. = No significativa. n = 110
* p < .05, **p < .01, *** p < .001

Por su parte, una valoración menos negativa de la experiencia correlacionó significativamente en T2 con una mayor seguridad, menor frecuencia referida a pensar sobre lo sucedido, con la ausencia de fantasías, y con la no concurrencia de acontecimientos estresantes (Tabla 45). No se halló ninguna relación entre la percepción de valoración negativa e informes de síntomas físicos, que tampoco en T2 se relacionaron con ninguna variable.

Mediante la valoración de las tablas de contingencia y selección de estadísticos, se constataron diferencias significativas en las categorías de la variable "valoración negativa de la experiencia" indicadas por las participantes, respecto a las categorías de las variables relacionadas.

La valoración negativa fue significativamente distinta respecto a la seguridad de la decisión (V = .30, p = .001). Por ejemplo, entre las mujeres que valoraron la experiencia como nada negativa, un 76% dijo sentirse muy seguro de su decisión, mientras que el 2% manifestó mucha inseguridad de su decisión.

La valoración negativa resultó también significativamente distinta en cuanto a la frecuencia de pensamientos sobre la IVE (V = .37, p < .001). Sirva como ejemplo que en la categoría de impacto nada negativo de la experiencia, el 78% de las mujeres dijo pensar *nunca* o *a veces* en la IVE, mientras que el 2% dijo hacerlo *continuamente*.

Se halló también diferencia significativa en la valoración negativa respecto a las fantasías sobre otro curso de acción (V = .30, p = .017). Por ejemplo, entre las mujeres que indicaron un impacto nada negativo de la IVE, las fantasías estaban ausentes en el 66%.

Finalmente, la valoración negativa fue también significativamente distinta respecto a la concurrencia de acontecimientos estresantes (V = .32, p = .011). Ejemplo de ello es que entre las mujeres que valoraron la experiencia de la IVE como nada negativa, el 74% señaló que ningún acontecimiento estresante había sucedido a lo largo de esos cinco meses.

Centralidad del evento.

La valoración de la experiencia de la IVE como un punto de inflexión en la vida de la mujer se relacionó con algunas variables de su momento de medida. Por ejemplo, se halló una relación positiva y significativa tanto con la valoración positiva como negativa de la experiencia, aunque la fuerza de la asociación fue mayor para la valoración positiva del impacto.

De esta forma, se comprobó la significación de las diferencias en las distintas categorías de la variable "centralidad del evento" entre los niveles de valoración positiva de la experiencia de la IVE (V = .29, p = .007). Por ejemplo, entre quienes se mostraron totalmente de acuerdo en valorar la IVE como un punto de inflexión en su vida, el 60.87% indicó un impacto muy positivo, frente al 4.38% que señaló un impacto nada positivo.

La relación hallada entre la centralidad del evento y el CRE se comentará a continuación.

Crecimiento relacionado con el estrés.

Se detectó una relación positiva entre las puntuaciones en CRE y apoyo social percibido en todos los momentos de medida. De forma significativa, una mayor percepción de apoyo social se relacionó con una mayor puntuación en CRE en T2 (r_s = .21, p = .027). Es un resultado significativo pero de menor fuerza que en los otros dos momentos de medida (T0, r_s = .25, p < .001; T1, r_s = .20, p = .010).

Tal y como sucediera al primer mes, en el seguimiento al sexto mes se hallaron diferencias significativas entre categorías de relación de pareja, tomando la percepción de CRE como variable

continua ($F(5, 103) = 2.80$, $ECM = 16320.50$, $p = .021$, $\eta^2 = .11$). Comprobada la normalidad y homocestacidad, fue preciso excluir del análisis la categoría que refleja el fallecimiento de la pareja, ya que al tener menos de dos casos no permitía el análisis *post hoc*. El resultado fue que la percepción de crecimiento positivo resultó mayor para las mujeres que dijeron haber terminado su relación de pareja tras el embarazo ($M = 397.44$) que para las que percibían un empeoramiento en su relación de pareja ($M = 276.91$), y la prueba de Duncan situó a ambas categorías en subconjuntos homogéneos separados ($p < .050$).

Asimismo, la significación hallada en T1 en la correlación entre CRE y valoración positiva se mantuvo e intensificó, a los seis meses (T2). Resultó haber una correlación entre la valoración más positiva de la experiencia e informes de mayor magnitud de cambio positivo como CRE (Tabla 45).

Al analizar qué categorías de respuesta pueden estar contribuyendo a esta diferencia, se realizó un análisis con un ANOVA de un factor empleando puntuaciones ajustadas (x^2), con CRE como variable dependiente y la valoración positiva de la experiencia como el factor de diferencia. Comprobadas la normalidad de la distribución y la homogeneidad de varianzas, se halló que las puntuaciones en CRE fueron significativamente distintas en función de la valoración positiva referida por las participantes ($F(3, 106) = 3.52$, $ECM = 16406.02$, $p = .018$, $\eta^2 = .09$). La información aportada por los análisis *post hoc* de Tukey y Bonferroni en T2 indicó que la puntuación media en CRE en las mujeres que indicaron un impacto *muy positivo* resultó significativamente mayor ($M = 375.62$, $DT = 137.94$), que en las mujeres que indicaron un impacto *nada positivo* ($M = 261.40$, $DT = 107.39$).

La presencia de fantasías, que en T1 no se relacionó con CRE, sí arroja una correlación significativa en T2 ($r_s = .21$, $p = .027$). No cumpliéndose en este caso el criterio de homocestacidad, se recurrió a la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para conocer la significación de las diferencias. Efectivamente, las mujeres que indicaron tener fantasías sobre el curso alternativo de acción tuvieron un rango promedio de puntuaciones significativamente más alto ($U = 1123.50$, $p = .028$) que las que indicaron no tener estas fantasías. Atendiendo a las áreas teóricas descritas en el PTGI, las mujeres con fantasías obtuvieron un rango de puntuaciones significativamente mayor en tres de las cinco áreas teóricas de crecimiento. Se detectó un rango promedio mayor en el área de nuevas posibilidades ($U = 955.00$, $p = .001$), en la de aprecio por la vida ($U = 1086.00$, $p = .015$), y en la de cambio espiritual ($U = 1121.50$, $p = .026$).

Finalmente, también se halló una relación significativa y positiva entre CRE y la consideración de la IVE como evento central ($r_s = .58$, $p < .001$). Se aplicó un ANOVA de un factor con test *post hoc* de Tukey y Bonferroni para conocer mejor qué categorías ofrecían la variabilidad en las respuestas. Comprobada la homogeneidad de varianzas y la normalidad de la distribución con

puntuaciones ajustadas (x^2), se empleó el CRE como variable continua y la centralidad del evento como factor de diferencia. El estadístico *F* del ANOVA confirmó diferencias significativas entre las distintas categorías de respuesta para la IVE como punto de inflexión respecto a las puntuaciones en CRE ($F(4, 105) = 9.30$, $ECM = 13447.98$, $p < .001$, $\eta^2 = .26$).

Las pruebas *post hoc* indicaron que la puntuación media en CRE de las mujeres que indicaron *total desacuerdo* ($M = 202.00$, $DT = 162.92$), *desacuerdo* ($M = 234.75$, $DT = 133.22$), en incluso *ni acuerdo ni desacuerdo* ($M = 296.72$, $DT = 101.14$) con la consideración de la IVE como punto de inflexión en sus vidas, era significativamente menor que la de las mujeres que seleccionaron las opciones *de acuerdo* ($M = 344.70$, $DT = 123.36$), o *total acuerdo* ($M = 421.78$, $DT = 79.48$). Es decir, puntuaciones más bajas en CRE se obtuvieron en las categorías de menor acuerdo con la percepción de la IVE como punto de inflexión, de manera significativamente distinta a las mujeres que indican acuerdo o total acuerdo con la visión de la experiencia como un evento central, quienes obtuvieron puntuaciones más altas en CRE.

Ante estos resultados, se decidió llevar a cabo un análisis de regresión múltiple para saber qué variables de T2 predecían el nivel de CRE. La propuesta por el método de pasos sucesivos fue de significación únicamente para la variable centralidad del evento ($F(1, 108) = 37.23$, $p < .001$, $R^2 = .26$, $R^2_{\text{corregida}} = .25$), que predeciría valores significativos de crecimiento relacionado con el estrés ($\beta = .51$, $t(108) = 6.10$, $p < .001$), de manera que un mayor crecimiento se relacionaría con mayor centralidad del evento. Sin embargo, uno de los supuestos previstos para el análisis de regresión no pudo cumplirse. El gráfico de dispersión sugería que los datos no cumplían los criterios de linealidad y homogeneidad de varianzas. Por tanto, se desestimó el valor obtenido.

5.5.4. Análisis longitudinal: crecimiento relacionado con el estrés.

Para saber qué variables del conjunto del estudio predecían el nivel de CRE al término del mismo, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple. Como se observará (Tabla 46) resultó significativo para las variables centralidad del evento, nivel de formación, frecuencia de pensamientos sobre la IVE de ambos seguimientos y apoyo social del primer seguimiento.

Previo a la realización del análisis se comprobó el cumplimiento de los supuestos ya descritos: los residuos tipificados se encontraron en el intervalo [-3.08, 2.07], la colinealidad no supuso un problema (centralidad del evento, Tolerancia = .94, VIF = 1.06; nivel de formación, Tolerancia = .94, VIF = 1.06; frecuencia de pensamientos T1, Tolerancia = .69, VIF = 1.45; frecuencia de pensamientos T2, Tolerancia = .71, VIF = 1.40; apoyo social T1, Tolerancia = .94, VIF = 1.07), los errores de los datos resultaron independientes (Durbin-Watson = 1.69), la

distancia de Cook se situó entre [.00 y .09], no hubo varianzas iguales a cero, y el histograma y los gráficos de regresión y dispersión cumplieron los criterios previstos.

Empleando el método de pasos sucesivos se halló que considerar la IVE como un evento central en la vida, el nivel de formación, la frecuencia de pensamientos sobre la IVE en T1 y T2, y el apoyo social al cabo del primer mes, explicaban un 40% significativo de varianza del crecimiento relacionado con el estrés ($F(5, 104) = 13.73$, $p < .001$, $R^2 = .40$, $R^2_{\text{corregida}} = .37$).

El análisis muestra que las variables predijeron valores significativos de crecimiento relacionado con el estrés. En primer lugar y con la mayor contribución, la centralidad del evento ($\beta = .47$, $t(104) = 5.93$, $p < .001$); a continuación el nivel de formación ($\beta = -.23$, $t(104) = -2.86$, $p = .005$); en tercer lugar, la frecuencia de pensamientos sobre la IVE en el primer seguimiento ($\beta = .34$, $t(104) = 3.71$, $p < .001$); seguida de la frecuencia de pensamientos sobre la IVE en T2 ($\beta = -.20$, $t(104) = -2.23$, $p = .028$); y finalmente, el apoyo social en el primer seguimiento ($\beta = .17$, $t(104) = 2.15$, $p = .034$). El signo de β indica además la dirección de la relación, de manera que un mayor crecimiento sería predicho por un menor nivel de formación, mayor centralidad del evento, mayor apoyo social percibido y mayor frecuencia de pensamientos en el primer mes tras la IVE, pero menor frecuencia de pensamientos al cabo del sexto mes.

Tabla 46.
Predictores longitudinales de crecimiento relacionado con el estrés.

	Crecimiento relacionado con el estrés $n = 110$		
	b	*SE b*	β
Constante	8.60	75.52	
Centralidad del evento	51.28	8.64	.47***
Formación	-28.04	9.80	-.23**
Frecuencia pensamientos IVE (T1)	56.41	15.20	.34***
Frecuencia pensamientos IVE (T2)	-29.07	13.07	-.20*
Apoyo social (T1)	4.37	2.03	.17*
R^2	.40		
F	13.73***		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

6.1. Discusión.

El presente trabajo ofrece evidencia empírica del desarrollo de crecimiento relacionado con el estrés en mujeres que se han sometido a una interrupción voluntaria del embarazo. En el marco de la Psicología de la Salud, estos resultados suponen un progreso en ambos campos de estudio, el del aborto electivo y el del crecimiento relacionado con el estrés. Por una parte, se constata la existencia de cambios compatibles con un crecimiento personal positivo en una amplia mayoría de mujeres que ha interrumpido voluntariamente un embarazo. Por otra parte, se plantea la ocurrencia de crecimiento relacionado con el estrés en un escenario nunca antes contemplado, en el que la propia persona escoge libremente atravesar una situación potencialmente estresante.

Al mismo tiempo, el desarrollo del estudio pretende integrar las aportaciones de los dos modelos preponderantes en el campo de estudio del CRE en el contexto más amplio de la teoría transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Folkman, 1997). Bajo este planteamiento, el proceso de CRE ante la interrupción voluntaria del embarazo dependerá de factores relacionados con la propia mujer, de la evaluación primaria que realice del suceso y de lo que para ella implica en términos de controlabilidad y transgresión, y de la evaluación secundaria de sus recursos cognitivos, afectivos y sociales. El compromiso de estos factores en la integración de la experiencia de la IVE es lo que puede contribuir a la transformación en las tres áreas fundamentales que presenta el CRE: la visión de sí mismas, la percepción de las relaciones con los demás, y la filosofía de vida y comprensión del mundo.

El crecimiento relacionado con el estrés resultó tener puntuaciones elevadas en todos los momentos de medida. En ausencia de datos más adecuados para su comparación, se observa que en estudios con otras poblaciones se han obtenido valores similares a la línea base en numerosas ocasiones (p.ej. Kashdan y Kane, 2011; Widows et al., 2005), aunque se reproducen con menor frecuencia los valores elevados obtenidos tanto en el primer (p.ej. Shakespeare-Finch y Enders, 2008) como en el segundo seguimiento (p.ej. Tedeschi y Calhoun, 1996).

Asimismo, se produjeron cambios estadísticamente significativos en la magnitud del crecimiento experimentado por las mujeres a lo largo del tiempo. El patrón de incremento constante detectado para el conjunto del cuestionario ofrece apoyo empírico a algunos hallazgos procedentes de estudios longitudinales (Frazier, et al., 2001; Manne et al., 2004; McMillen et al., 1997). A lo

largo de los seis primeros meses, la mujer experimentaría un crecimiento gradual relacionado con el proceso de cambio en sus esquemas fundamentales. Estos cambios se traducen en la significación de las diferencias en las puntuaciones de los distintos momentos de medida. Muy posiblemente, y de acuerdo con la propuesta de una relación curvilínea entre CRE y el paso del tiempo (Pratri y Pietrantoni, 2009), en el periodo de tiempo contemplado en el presente estudio asistiríamos al tramo ascendente de la curva, ya que se ha sugerido que el descenso en la percepción de crecimiento podría producirse décadas tras la ocurrencia del evento estresante.

El apoyo al supuesto de que la experiencia de la IVE desencadena un proceso de crecimiento puede verse asimismo reflejado en la percepción que tienen las participantes de la ocurrencia de cambios positivos en distintas áreas al cabo de esos primeros seis meses.

El área teórica que sin duda ofreció mayor puntuación y diferencia en el incremento a lo largo del tiempo, fue la percepción de cambios en la "fortaleza personal". Las participantes refirieron sentirse con mayor capacidad de lidiar con retos y dificultades futuras, manifestaron una sensación de mayor confianza en sí mismas, y valoraron haber adquirido madurez en distintas edades cronológicas. Este tipo de resultados ya había sido recogido en algún estudio previo (p.ej. Kero et al., 2004), aunque sin la vinculación al CRE que aquí se pretende. En aquellos estudios sobre la IVE que así lo contemplan es posible registrar cambios en aspectos compatibles con una percepción de mayor madurez, mayor responsabilidad, sentimiento de autoconocimiento más profundo, fortalecimiento de la autoestima y de la identidad. Kero et al. (2004) recogieron cómo las mujeres expresaban haber tomado conciencia de una fortaleza interior que no sabían que tenían antes de enfrentarse al embarazo inesperado, la toma de decisión y la vivencia del periodo posaborto. También las mujeres de este estudio se expresaron en ese sentido: "En lo personal me veo más fuerte, siento que he podido aclararme y tomar mis propias decisiones" (participante 1600).

También mostró un patrón de incremento significativo el dominio teórico "relaciones con los otros". A pesar del silencio y estigma que rodea aún a la IVE en nuestro medio, las mujeres mayoritariamente compartieron su situación con una o más personas de su entorno. Las participantes percibían una mayor cercanía e intimidad compartida en sus relaciones interpersonales y reflexionaban acerca de sus relaciones. Algunas se volvieron significativas o mejoraron ("Ahora siento que estamos juntos como hacía tiempo que no estábamos", participante 1675), y otras se deterioraron ("Siento que mucha gente me ha fallado", participante 1158), o finalmente se rompieron ("Mi pareja y yo rompimos después del aborto", participante 1666).

A lo largo del tiempo, las mujeres de este estudio descubrieron nuevas oportunidades en su vida, apreciaron nuevas posibilidades y se embarcaron en nuevos proyectos. De manera constante, el dominio teórico denominado "nuevas posibilidades" reflejó incrementos significativos a lo largo

de todo el estudio. En los distintos seguimientos las mujeres comentaban espontáneamente la materialización de sus proyectos y no solo la ilusión de acometerlos. Las participantes retomaron sus estudios, obtuvieron su carnet de conducir, se emanciparon, o buscaron activamente un nuevo empleo, por ejemplo. Aunque algunos autores han propuesto que el verdadero crecimiento ha de traducirse en acciones concretas (Hobfoll et al., 2007; R. J. Johnson et al., 2007), en este estudio se asume que la percepción de CRE puede relacionarse con cambios cognitivos no traducidos a la acción o, al menos, no en todas las áreas de crecimiento (Pat-Horenczyk y Brom, 2007; Shakespeare-Finch y Barrington, 2012).

El dominio teórico de "aprecio por la vida", que pretende recoger el grado de cambio en las prioridades, ocupó el cuarto lugar en áreas de crecimiento: "Valoras las cosas de otra manera, das importancia a lo verdaderamente importante" (participante 1298). Ahora bien, el aumento fue constante pero solo significativo al cabo del primer mes, por lo que la magnitud del cambio en esta área no fue tan acusada como en las restantes. Una de las cuestiones que esta población no pareció reflejar es el aprecio incrementado por el valor de la propia vida, ítem con puntuaciones llamativamente bajas en el conjunto del inventario, posiblemente relacionado con la baja amenaza para la propia vida que puede suponer una IVE en las condiciones sanitarias y legales que en España se garantizan. En la misma línea, la no significación de los cambios en las prioridades podría guardar relación con que la decisión de someterse a una IVE permite a la mujer preservar cierta estabilidad en la consecución de otros compromisos existentes. La IVE sería precisamente lo que permitiría mantener las prioridades, de ahí que el cambio no sea significativo: "Esto me ha permitido seguir con normalidad en mi vida y mis proyectos" (participante 1271).

En quinto lugar, la posibilidad de "cambio espiritual" en un país con un laicismo progresivo, pareció estar más vinculada a la comprensión de algunas cuestiones espirituales y de su repercusión en los tres ámbitos de cambio, que a aspectos relacionados estrictamente con la fe. Para algunas participantes ha sido precisamente el conflicto moral y religioso el que ha abierto la puerta hacia la tolerancia consigo mismas y con los demás, facilitando un cambio profundo en su desarrollo espiritual: "Para mí ha supuesto un cambio muy grande, desde 'es pecado' a 'es decisión de cada uno' " (participante 1104). A pesar del descenso entre seguimientos, la puntuación total de esta área teórica reflejó un crecimiento significativo al cabo de seis meses. Fue, en consonancia con otros estudios en España (Vázquez y Páez, 2010), el área de crecimiento con menor presencia relativa.

La discusión de los resultados por áreas teóricas responde a un deseo de describir de forma comparada los resultados de este estudio respecto a los hallazgos de otros investigadores. Sin embargo, en este trabajo se ha realizado un esfuerzo por mantener el rigor y la coherencia metodológicos, y es preciso recordar aquí que los resultados del inventario PTGI no lograron replicar la estructura factorial propuesta originalmente. Ante la IVE y con estas participantes, un

único factor dio cuenta de las correlaciones entre los ítems del cuestionario, reflejando un resultado repetido en la literatura (p.ej. Garnefski et al., 2008; Polatinsky y Esprey, 2000; Sheikh y Marotta, 2005). Dada esta situación, se optó por emplear la puntuación del cuestionario total, decisión que cuenta con amplio consenso en esta área de estudio (Anderson y López-Báez, 2008; Helgeson et al., 2006; Manne et al., 2004; Sheikh, 2004; Widows et al., 2005).

Se ha propuesto que la estructura factorial del PTGI podría depender de aspectos culturales (Calhoun et al., 2010; Vázquez y Páez, 2010), y se plantea que "puesto que la estructura factorial de este tipo de escalas puede variar en función de la población que responde, es lógico esperar que la estructura factorial del CRE original necesite ser modificada para adaptarse a distintas poblaciones" (Ho et al., 2004, p. 386). Sin embargo, en un contexto social heterogéneo como el español actual, la posibilidad de analizar factores culturalmente relacionados con el CRE podría resultar engañosa. Este estudio ha procurado reproducir de manera natural la distribución de la población que acude a realizar una IVE, por lo que una proporción visible de las participantes ha nacido en el extranjero (19.23%).

En cualquier caso, los datos procedentes del presente estudio no pueden servir al propósito de realizar una comparación de los resultados desde un punto de vista cultural además de teórico, por dos motivos metodológicos fundamentales. En primer lugar, porque para examinar el impacto cultural en la estructura factorial del PTGI con una muestra no americana sería necesario recoger los datos de participantes similares a los que intervinieron en el desarrollo original del inventario. En el estudio original, los participantes comprendieron ambos sexos, las edades oscilaron entre los 17 y los 25 años, con un nivel homogéneo de formación como estudiantes universitarios, informando de diversos acontecimientos estresantes en el periodo de cinco años anterior al estudio (Tedeschi y Calhoun, 1996). En este estudio, las participantes son en su totalidad mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años, con diversos niveles de formación, afrontando un acontecimiento estresante definido y de reciente ocurrencia. En segundo lugar, porque las participantes en este estudio difirieron significativamente de quienes rechazaron participar en su situación de pareja, edad, patrón de convivencia, situación laboral y número de hijos. Estas diferencias afectan lógicamente a la representatividad de la muestra, por lo que no sería prudente considerar los resultados obtenidos para aventurar comparaciones culturales que puedan explicar la imposibilidad de replicar la estructura factorial del instrumento.

Sí es posible establecer, para este acontecimiento y población, que las participantes informaron de percepción de crecimiento relacionado con el estrés, y que esta se incrementó progresivamente a lo largo del tiempo. Como consecuencia de esta experiencia, la mujer inicia un proceso hacia la reconstrucción de su mundo de creencias, en un delicado equilibrio entre confrontar y evitar los pensamientos, sentimientos e imágenes relacionados con el acontecimiento (Janoff-Bulman,

1992). En este proceso, la percepción de CRE se relacionará con distintos parámetros que se revisarán a continuación. Considerando las aportaciones de la teoría transaccional del estrés, estos parámetros comprenderán factores relacionados con la propia mujer, con su percepción del acontecimiento (embarazo, decisión e interrupción), y con el uso de estrategias de procesamiento cognitivo, emocional e interpersonal que le permitan integrar la experiencia (Manne et al., 2004).

6.1.1. Características de la mujer.

En este estudio la única variable sociodemográfica de la mujer que se asoció a la experiencia de CRE fue la formación. Un menor nivel de formación académica correlacionó significativamente con una mayor puntuación en CRE en T0, y resultó un predictor del nivel de CRE informado tanto transversal como longitudinalmente.

Los resultados del presente estudio se sumarían a los obtenidos por otros autores (Hall et al., 2010; Jansen et al., 2011; Weiss, 2004; Widows et al., 2005), aunque la evidencia al respecto resulta contradictoria. En la literatura revisada, además de resultados concordantes con la presente investigación, son varios los estudios que han encontrado que un mayor nivel de formación se relacionaba con una mayor percepción de CRE (Jin et al., 2014; Linley y Joseph, 2004; Sears, 2003; Xu y Liao, 2011). Lo cierto es que los resultados en la mayor parte de los estudios no son concluyentes respecto al nivel de formación, y los distintos metaanálisis no parecen haber confirmado que esta relación efectivamente exista, y mucho menos determinar su dirección y relevancia en la percepción de CRE.

Por ejemplo, Jansen et al. (2011) especulaban con el papel de la formación como representante del estatus socioeconómico. En su interpretación, las personas con una situación social y económica más baja se verían confrontadas más a menudo con situaciones adversas, por lo que podrían tener más experiencia en extraer aspectos positivos en los eventos estresantes. Weiss (2004) consideraba el posible papel del afrontamiento religioso o espiritual, indicando que el mayor uso de este tipo de afrontamiento ha mostrado correlacionar negativamente con el nivel educativo y positivamente con la percepción de CRE. En el presente estudio se carece de datos para contribuir a una u otra explicación. Se plantea, eso sí, la posibilidad de que sean otros aspectos los que estén influyendo en esta relación, en este papel diferencial del nivel de formación en la magnitud de cambio percibido por las mujeres.

Es posible que la percepción de crecimiento sea mayor en las mujeres con menor nivel de formación (estudios primarios) por su distinto punto de partida en el procesamiento de la experiencia, dado el contexto en el que habitualmente desarrollan su actividad. Solo el 35.09% de las participantes con estudios primarios se encontraba en situación laboral activa, un porcentaje

significativamente inferior al de las participantes con estudios universitarios o superiores que se encontraba trabajando. Por tanto, una proporción importante de mujeres con estudios primarios se encontraba en situación de desempleo, o dedicada al cuidado del hogar y la familia. Ambas circunstancias se han asociado a un mayor aislamiento psicológico, cambios en el sentido de la propia identidad, y restricciones en el proceso de socialización de la mujer. Además, respecto a la proporción que declara una situación laboral activa, se ha registrado que las personas con estudios primarios efectúan mayoritariamente tareas monótonas (de escaso reto cognitivo) y tienen significativamente menos autonomía en el trabajo (Parent-Thirion, Fernández-Macías, Hurley, y Vermeylen, 2007). En suma, el grupo de participantes con estudios primarios podría encontrarse más aislado y alienado, más habituado a tareas rutinarias, de bajo reto y motivación.

En estas circunstancias, estas mujeres afrontan una experiencia como la IVE, en la que son protagonistas de cada uno de los acontecimientos (p.ej. conocimiento del embarazo, toma de decisión, contacto con los recursos sociosanitarios). Este papel central en el conjunto del proceso puede ser percibido por la propia mujer, o quizás ser reconocido por su entorno significativo, apreciado en el discurso social proelección, y desde luego validado en el entorno sociosanitario donde se realizan las IVE. El afrontamiento del conjunto de la experiencia del aborto puede estar suponiendo para las mujeres con estudios primarios, el nivel de protagonismo, reto y autonomía necesario para la percepción de un volumen de cambio significativamente mayor que el de las mujeres con estudios universitarios. El grado de ruptura de sus creencias (Janoff-Bulman, 1992) y la medida en la que su cambio de rol ante este acontecimiento hace que se cuestione a sí misma, a los otros y al mundo, puede ser mayor y, por tanto, también sería mayor la percepción de CRE.

Las mujeres con estudios universitarios pueden a su vez haber reflejado un menor margen de crecimiento, porque en sus contextos de desarrollo han tenido la oportunidad de enfrentar otros retos en los que se sienten puestas a prueba o fuerzan sus límites, que les han hecho cuestionarse sus necesidades y deseos, los vínculos con sus significativos, y su papel en contextos más amplios, y que han posibilitado el despliegue de sus proyectos de manera autónoma. Para ellas, la experiencia del aborto puede no haber supuesto un cambio tan importante, ya que la IVE constituiría el medio para la recuperación de una normalidad que ha sido escogida libremente. La ruptura generada por la experiencia en su comprensión de sí mismas, los otros y el mundo tendría un menor impacto, y la mujer apreciaría cambios de menor magnitud.

A excepción de la formación, ninguna otra variable sociodemográfica mostró relación alguna con el CRE. Este estudio no puede, en consecuencia, contribuir a otros debates de este campo de estudio, como podría ser la relación entre CRE y edad, o entre CRE y experiencia. De hecho, la realización de una o más IVE previas no contribuyó por ninguna vía a diferencias, ni en la percepción de activación, ni en la percepción de CRE.

Sin embargo, se desea comentar las diferencias halladas en relación a la percepción de apoyo social y a la percepción del embarazo como deseado o no deseado respecto a una variable demográfica: el lugar de procedencia.

En primer lugar, respecto al apoyo social, en el momento de realizarse la interrupción puntuaciones más bajas en apoyo social percibido medido con el VIDA-R correlacionaron significativamente con ser de procedencia extranjera. Cabía hallar un resultado semejante pues, en los últimos años, con el incremento de la heterogeneidad en la composición social de España, se ha llevado a cabo diversos estudios que apuntan en la misma dirección (p.ej. García, 2010). Lo que el presente trabajo revela es que la disponibilidad física, emocional y moral de figuras relevantes de apoyo para las mujeres que afrontan la IVE, podría ser inferior en el caso de las nacidas en el extranjero, dado que su percepción de apoyo social fue significativamente menor que la de las mujeres nacidas en España: "Lo he mantenido en secreto […] aquí estamos solos" (participante 1104). A pesar de que el apoyo social, como se comentará más adelante, resultó relacionarse de manera significativa con el CRE tanto transversal como longitudinalmente, no se halló relación entre la procedencia de la mujer y su percepción de crecimiento global.

En segundo lugar, respecto a la percepción del embarazo como deseado o no deseado, la proporción de mujeres nacidas en el extranjero que indicó respuesta de apego al embarazo fue significativamente mayor que la de las mujeres de origen español.

Puede que esta diferencia en la respuesta de apego en el embarazo en función del lugar de origen esté vinculada con factores culturales, dada la interacción con elementos contextuales. Sin embargo, la investigación en el área no ha podido determinar la magnitud y dirección de la relación entre la respuesta de apego al embarazo y factores culturales, principalmente por motivos metodológicos (Alhusen, 2008). Sí que se ha hallado, en un estudio metaanalítico (Yarcheski et al., 2009), un tamaño del efecto pequeño pero significativo de diversos factores sociodemográficos, entre ellos la etnia, en los informes de apego al embarazo de las mujeres.

Asimismo, es posible que aspectos relacionados con la espiritualidad y la fe puedan acusar diferencias en función del lugar de origen. No en vano, el área teórica de cambio espiritual fue la única en la que el rango promedio de puntuaciones fue significativamente distinto entre españolas y extranjeras. Este resultado se debió únicamente a la significación de la diferencia entre las mujeres nacidas en Latinoamérica y en España, siendo mayor la percepción de crecimiento en esta área para las mujeres nacidas fuera de España. Asimismo, cuando en otros países se han incluido a personas de Latinoamérica entre los participantes, la religiosidad ha aparecido relacionada positivamente con la ocurrencia de CRE (Park et al., 1996; Tedeschi y Calhoun, 1996). Asimismo, se ha observado que el porcentaje de latinoamericanos que informa hallar consuelo y fortaleza en la religión es superior al que reflejan los españoles (Inglehart et al., 2004).

Paralelamente, la secularización gradual en España ha ido desvinculando la religión del comportamiento social hacia diversos temas, entre ellos, el aborto (Valiente, 2006).

En suma, elementos culturales, étnicos e incluso religiosos podrían estar desempeñando un papel en las distintas reacciones de las mujeres a la IVE, y las diferencias halladas en percepción de apoyo social y de apego al embarazo entre mujeres extranjeras y autóctonas sugieren la necesidad de atención específica, como se desarrollará oportunamente.

6.1.2. Características del embarazo y de la decisión.

Según la teoría de la ruptura de creencias básicas (Janoff-Bulman, 1992), la posibilidad de una experiencia de cambio positivo tras la interrupción voluntaria del embarazo sería el resultado de la lucha por integrar uno o más cambios en el mundo de creencias de la mujer. La toma de conciencia del embarazo y elección del aborto implicaría para algunas mujeres cierto grado de desafío o crisis, en función del grado de amenaza y cambio sobre las suposiciones fundamentales de la mujer sobre sí misma, el mundo y los otros. Sin embargo, separar las experiencias psicológicas asociadas al aborto inducido de otros aspectos de un embarazo inesperado resulta complicado (Adler et al., 1990, 1992; Toledo et al., 1999). Esta circunstancia, poder disociar una situación estresante inesperada y otra escogida, ha dificultado la investigación en este campo, ya que los dos elementos aparecen diferenciados en origen, para finalmente suponer en conjunto el acontecimiento estresante.

En este estudio se ha intentado analizar ambos eventos, al solicitar a las mujeres que valorasen el nivel de estrés asociado separadamente. Los resultados ofrecen un nuevo panorama sobre la perspectiva tradicional, ya que plantean que aunque ambos acontecimientos han supuesto mucho estrés para las mujeres, para una mayor proporción de mujeres la afectación derivada del embarazo inesperado ha sido significativamente más alta que la de la toma de decisión de interrumpirlo.

Esta diferencia puede atribuirse precisamente al carácter inesperado del embarazo, que rompe el curso del devenir presente de la mujer, exponiendo sus esquemas pasados (p.ej. ideas sobre sí misma, valores) y futuros (p.ej. expectativas sobre los otros, proyectos personales) a reconstrucción. La naturaleza inesperada de esta ruptura podría explicar la relación hallada entre el nivel de estrés asociado a la noticia del embarazo y el grado de seguridad declarado respecto a la decisión. La mujer compensaría la percepción de pérdida de control generada por la noticia, con el control asociado a la expresión de una mayor seguridad. Como se comentará más adelante, cabe plantear la posibilidad de una sobreestimación en esta expresión de seguridad que podría explicar,

al menos en parte, las fluctuaciones longitudinales en el grado de seguridad de la decisión detectadas en este estudio.

Asimismo, el mayor estrés por el conocimiento del embarazo se relacionó con no compartir su situación. Aunque es común que las mujeres deseen conservar su situación en secreto respecto a algunas personas de su entorno, lo que este dato expresa es la proporción de mujeres que en T0 no la había compartido con nadie. Es preciso recordar que la proporción de mujeres que no compartió su situación en este estudio fue especialmente baja, como cabía esperar por resultados de otros estudios (Rowlands, 2008). Sin embargo, la situación de estas mujeres, que hasta el momento de la IVE habían sobrellevado en soledad la noticia del embarazo, implica obviamente un menor apoyo social y las pone en riesgo de otras dificultades. El aislamiento y el secreto se han asociado a niveles más elevados de sintomatología ansiosa y depresiva, así como a patrones alterados de procesamiento emocional y cognitivo (Major y Gramzow, 1999).

Resulta llamativo que el hallazgo de la relación descrita entre mayor seguridad y mayor estrés por la noticia del embarazo, haya sido de signo contrario al encontrado respecto al estrés por la decisión. Esta relación diferencial entre ambas variables se observó también respecto a no compartir su situación, que no resultó asociada al estrés por la decisión; y respecto a la percepción de cambio personal y valoración del embarazo como deseado o no deseado, que no se relacionaron con el estrés por la noticia. En conjunto, que distintas variables se relacionaran o no, o lo hicieran de distinta forma, añade peso a la consideración de los dos acontecimientos, embarazo y decisión, como eventos estresantes distintos.

El estrés por la toma de decisión, por su parte, fue elevado para un porcentaje significativamente menor de mujeres, si bien la proporción continuó siendo amplia (60%). Este resultado se repite en los escasos estudios que incluyen esta variable de forma separada, de manera que más de la mitad de las mujeres estiman la toma de decisión como un proceso difícil (Törnbom et al., 1999). Para algunas participantes, el periodo de decisión es el más duro: “El peor tiempo sin duda es el de la decisión, pero una vez que está clara, ya está” (participante 1424). El proceso de decisión, con la valoración de los motivos para la interrupción, y la ambivalencia emocional y cognitiva asociada, ha de producir una respuesta en la que los motivos para abortar superen a los motivos para continuar con el embarazo, propiciando la conformidad con la decisión tomada.

Ciertas características estuvieron asociadas específicamente en las mujeres que informan de un nivel elevado de estrés por la decisión de la IVE. Tal fue el caso de la valoración del embarazo como deseado o la percepción de un mayor grado de cambio en la idea de sí mismas.

Efectivamente, el estrés por la toma de decisión fue mayor para aquellas mujeres que mostraron reacciones de apego al embarazo. Estas reacciones comprenden elementos cognitivos y afectivos

que se traducen en representaciones del no nacido, como la atribución de características físicas o emocionales, e implica también escenarios imaginados de interacción madre-hijo. Este tipo de fantasías es claramente incongruente con la decisión tomada. Así, la toma de decisión se vuelve un proceso penoso, y acaba por influir en el grado de seguridad manifestado por la mujer, que resultó ser menor en presencia de apego al embarazo.

Podríamos estar ante un grupo de especial vulnerabilidad, con mujeres que además de una respuesta de apego al embarazo, muestren alto estrés asociado a la toma de decisión, menor seguridad del camino escogido, y mayor percepción de cambio en la idea de sí mismas. El que las mujeres con apego al embarazo puedan constituir un grupo de atención especial se ve apoyado por los hallazgos de otros investigadores, quienes han señalado que las mujeres que indican mayor compromiso con el embarazo y lo interrumpen, informan significativamente de menor afecto positivo y mayor afecto negativo en el periodo posaborto (Lydon et al., 1996).

Por su parte, el cambio en la idea de sí mismas resultó ser también de mayor magnitud entre aquellas mujeres que manifestaron mayor estrés por la toma de decisión. El que tempranamente y asociado a la toma de decisión, la mujer refleje ya cambios en la idea de sí misma, añade evidencia empírica a las propuestas de Janoff-Bulman (1992). Los tres grandes grupos de creencias que plantea la autora se verían desafiados ante la IVE: la mujer pierde sustento en sus creencias sobre el control, orden y predictibilidad de lo que le sucede, restringe su relación con el mundo social, y entra en crisis la idea de su propia suerte, autocontrol y motivación. Es decir, la mujer no se ve a sí misma como antes de tomar la decisión. El proceso de construcción de una nueva imagen de sí misma y los términos en los que lo haga (más o menos positiva, más o menos flexible), pueden dar lugar finalmente a la percepción de crecimiento y cambio positivo que contempla el CRE.

En último lugar, la ocurrencia de uno o más acontecimientos estresantes concurrentes a lo largo del último año se relacionó con informes más elevados de estrés tanto por el conocimiento de estar embarazada como por la decisión de la IVE. La ocurrencia de uno o más acontecimientos estresantes en el periodo anterior al embarazo y el aborto, mayormente estrés familiar, supuso para estas mujeres una percepción mayor de estrés por ambos eventos. Como se recordará, el estrés familiar en el presente estudio incluía acontecimientos como el cuidado de hijos pequeños o enfermos, la crianza de los hijos en soledad o la enfermedad grave de un ser querido. La presencia de estos compromisos en el momento de producirse un embarazo inesperado, dispararía la percepción de estrés asociado a este acontecimiento, e incrementaría también el peso de la toma de decisión. En este sentido, la responsabilidad sobre otras personas ha sido en otros estudios la motivación mayoritaria que contemplan las mujeres en su toma de decisión (Finer et al., 2005).

Aunque se tiene constancia de que la experiencia de la mujer en relación al aborto inducido parece variar también en función de las circunstancias de la vida de la mujer en el momento en el que se toma la decisión de interrumpir el embarazo (American Psychological Association, 2008), los resultados al respecto han sido contradictorios. Esta investigación podría ir en la línea de las que indican haber hallado repercusión en el estado de la mujer que además de la interrupción del embarazo han vivido otras experiencias estresantes no relacionadas con el mismo (Lundell et al., 2013b). La dirección en la que actuaría el estrés concurrente sería por tanto negativa.

Tampoco en el ámbito del CRE se dispone de resultados concluyentes al respecto, aunque se sugiere que los cambios registrados a lo largo del tiempo en los informes sobre crecimiento no estarían solo relacionados con el procesamiento del trauma, sino con otras experiencias que acontezcan en el periodo de integración del acontecimiento estresante (Calhoun y Tedeschi, 2004). Así sucedió en el periodo inmediato posterior a la IVE, ya que estrés concurrente y CRE se relacionaron de forma significativa únicamente en el primer seguimiento. En ese primer momento de medida posaborto, el procesamiento a todos los niveles acusó puntuaciones características (las más bajas en seguridad de la decisión y apoyo social percibido, las más altas en frecuencia de pensamientos sobre lo sucedido y afecto negativo). En estas circunstancias, la mujer podría encontrarse más vulnerable al impacto del estrés concurrente en su comprensión de los cambios que experimenta, lo que explicaría la correlación negativa y significativa hallada, indicativa de la relación entre estrés concurrente y una menor percepción de crecimiento. Atender a otros acontecimientos estresantes en el periodo inmediato posterior a la IVE puede interferir con el procesamiento necesario para la percepción de cambios positivos asociados a ella, si los eventos que concurren suponen un nuevo reto y demanda para la mujer, y requieren una nueva valoración e inversión de sus recursos para hacerles frente. La posibilidad de percibir crecimiento vinculado a la IVE se vería, por tanto, comprometida.

Este papel del estrés concurrente es muy distinto del que literatura e investigación sugieren para la percepción subjetiva de estrés asociada al evento estresante, en este caso la IVE, ya que se ha relacionado con frecuencia a la medida de CRE (p.ej. Meyerson et al., 2011; Taku et al., 2012). Como se verá a continuación, la experiencia subjetiva de estrés vinculada a la experiencia conjunta del embarazo y la interrupción sí se relacionó con la ocurrencia de CRE en este estudio.

6.1.3. La experiencia subjetiva de estrés.

La percepción de activación ante la IVE se empleó como medida de la experiencia subjetiva de estrés en respuesta al conjunto de la situación, conforme a las instrucciones que se indicó a las participantes. Esta variable correlacionó positiva y significativamente tanto con el estrés asociado

al embarazo como con la decisión de interrumpirlo, y no se relacionó con informes de estrés concurrente, por lo que se consideró una medida válida de estrés situacional percibido ante el conjunto de la experiencia del aborto.

Se ha propuesto que la probabilidad de desarrollo de CRE se incrementa en función de la intensidad de los síntomas que rodean a una experiencia estresante (p.ej. Dekel et al., 2011; Saccinto et al., 2013). En el presente trabajo, el mayor nivel de estrés subjetivo explicó una proporción de varianza pequeña pero significativa del CRE informado únicamente en T0. Es decir, el estrés situacional percibido resultó ser un predictor de CRE de manera transversal, pero no longitudinal.

Estos resultados permiten ofrecer apoyo al planteamiento de que el estrés percibido en relación al evento es el detonante que dispara el proceso de CRE, aunque a lo largo del tiempo pierda relevancia y sean otros aspectos los que participen de la percepción de crecimiento longitudinalmente. Estos hallazgos se explican, asimismo, en el marco de la teoría transaccional del estrés. El estrés situacional percibido influiría en la evaluación primaria de esa relación particular entre la mujer y la situación que atraviesa, y por tanto en la valoración subjetiva de la magnitud del reto y de la necesidad de ajuste. La evaluación secundaria de sus recursos abriría la posibilidad de poner en marcha los procesos disponibles para el afrontamiento. En este estudio, como se verá en los próximos apartados, el procesamiento cognitivo, afectivo e interpersonal de la IVE resultó de importancia en la percepción de CRE desde el punto de vista transversal o longitudinal.

6.1.4. Procesamiento cognitivo.

Decisión.

En el contexto del aborto, debido precisamente a que la experiencia estresante contiene la decisión de pasar por ella, una las fuentes de ruptura y malestar que puede facilitar el inicio de procesos de crecimiento incluye aspectos implicados en la toma de decisión. Como se comentó, la decisión de interrumpir un embarazo es fruto de ciertas ideas previas a la constatación del embarazo, la formulación y balance de las opciones tras el conocimiento del embarazo, la selección del aborto inducido como mejor alternativa, el compromiso con el resultado y la adhesión a la decisión (Bracken y Kasl, 1975; citados en Rowlands, 2008).

La revisión de los motivos y el manejo de la ambivalencia emocional y de la inconsistencia cognitiva en la toma de decisión difiere para cada mujer, tanto en el momento de la interrupción

como posteriormente. Es decir, aunque la mayor parte de las mujeres valore que se trató de la decisión adecuada para ella y sus circunstancias, la estabilidad posdecisión no está garantizada, y se ha hallado cierta disminución de la conformidad con la decisión con el paso del tiempo (Major et al., 2000).

El presente estudio va en la misma línea, con una amplia proporción de mujeres indicando seguridad de su decisión, y con un descenso significativo al mes. Sin embargo, la seguridad de la decisión volvió a incrementarse significativamente en el seguimiento al cabo de seis meses, resultando que en el conjunto del estudio había también un incremento significativo en la expresión de seguridad. Explicación para esta evolución puede hallarse tanto en las variables con las que el nivel de seguridad se relacionó en cada momento de medida, como en los datos procedentes de teoría e investigación sobre toma de decisiones.

Efectivamente, la mayor parte de las participantes (más del 80%) indicó sentirse bastante o muy segura de su decisión en T0, un resultado repetido en la literatura (Cohan et al., 1993; Major et al., 2000). La mayor seguridad de la decisión estuvo vinculada en la línea base a otras variables del estudio, como por ejemplo mayor edad, mayor estrés asociado a la noticia del embarazo, valoración del embarazo como no deseado, ausencia de percepción de cambio personal, y mayor percepción apoyo social.

En el caso de la edad, las mujeres cerca de la treintena se mostraron significativamente más seguras que las más próximas a la veintena. Esta situación puede atribuirse tanto a cuestiones más directamente relacionadas con la edad, como a diferencias en el procesamiento cognitivo de la toma de decisión.

En el primer grupo de explicaciones se descubren antecedentes relevantes en la literatura, como por ejemplo los hallazgos del equipo de Sihvo et al. (2003). En su estudio encontraron que las mujeres más jóvenes aludían como motivos para interrumpir un embarazo la ausencia de pareja o estar aún estudiando, mientas que las más mayores (a partir de 25 años) señalaban la inestabilidad en su relación de pareja, el deseo de no tener más hijos, o la incompatibilidad con su trabajo. Aunque en este estudio la relación con la situación de pareja no se pudo replicar, se comprobó que efectivamente las mujeres del grupo de mayor edad indicaron que ya tenían hijos en una proporción significativamente mayor que las mujeres más jóvenes. Asimismo, había significativamente más mujeres estudiando en el grupo de edad más joven que en de mayor edad, en el que había significativamente más mujeres trabajando. Otros autores ya habían señalado la relevancia de las cuestiones laborales en la toma de la decisión del aborto (Kero et al., 2001; Törnbom et al., 1999), y que en este caso podrían tener algún papel en la seguridad expresada respecto a la decisión, dentro de las responsabilidades ya contraídas por la mujer cuyo cumplimiento entra en conflicto con el embarazo inesperado.

Sin embargo, estos factores no aclaran del todo por qué el nivel de seguridad fue mayor en mujeres de más edad y el de inseguridad mayor en las más jóvenes, lo que nos lleva a la exploración del segundo grupo de explicaciones. En este sentido, se hace necesario considerar la perspectiva naturalista del proceso de toma de decisión, que investiga las decisiones en el mundo real (Sanz de Acedo, Sanz de Acedo, y Cardelle-Elawar, 2007). Esta teoría, más descriptiva que normativa, pone énfasis en factores como la experiencia y la competencia personal en el proceso de decisión, lógicamente relacionados con la edad.

En un estudio con participantes españoles, Sanz de Acedo et al. (2007) explicaban que la edad supuso una diferencia significativa en determinados factores que afectan al proceso de toma de decisiones: los jóvenes (18-25 años) manifestaron una influencia significativamente mayor que los adultos a la presión social, y mostraron emplear métodos basados en la emoción en su toma de decisiones. Los adultos, por su parte, emplearon un espectro más amplio de consideraciones en su decisión que los jóvenes, entre los que se cuentan el manejo de la incertidumbre, los elementos económicos y de disponibilidad de tiempo, las metas, la información disponible y la valoración de las consecuencias. Además, emplearon métodos basados en recursos motivacionales, cognitivos y de autorregulación. Los autores interpretaban que la falta de conocimiento y experiencia en algunas áreas de decisión haría que los jóvenes no puedan considerar el proceso en toda su complejidad, y tampoco emplear métodos desarrollados que incluyan detalles directamente relacionados con la decisión (Sanz de Acedo et al., 2007).

La distinta disponibilidad de herramientas para la toma de decisiones podría explicar las diferencias en el nivel de seguridad expresado por las participantes. Con esa diferencia de partida afrontan una decisión altamente ambivalente ya que se trata de escoger una opción dicotómica, de entre dos alternativas que se desea evitar, en un periodo de tiempo limitado.

Sería posible hablar incluso de un sustrato neuroanatómico en esta diferencia, dada la implicación del córtex prefrontal ventrolateral en la toma de decisiones, y su menor activación en el cerebro joven cuando se compara con el cerebro adulto (Eshel, Nelson, Blair, Pine, y Ernst, 2007). Esta zona cerebral está implicada en los juicios ambivalentes y se relaciona con el procesamiento sistemático de la información, que no estaría tan fácilmente disponible para las más jóvenes en contextos de alta presión social y de tiempo, así como en situaciones nuevas. Claramente, este sería el contexto de un embarazo inesperado, con las características particulares de la decisión de interrumpirlo que se han comentado.

Además, considerando las aportaciones de la teoría de la disonancia cognitiva, se trataría de una decisión particularmente difícil, ya que puede entrar en conflicto con la idea de la propia maternidad, los valores personales, familiares, sociales, o morales y religiosos, de manera que actitud y comportamiento (decisión) estarían en discordancia.

El procesamiento cognitivo necesario para reducir la ambivalencia y la disonancia vinculadas a las decisiones opera por distintas rutas, cuya accesibilidad podría estar relacionada con la edad. Una de ellas, según plantean van Harreveld, van der Pligt, y de Liver (2009), implicaría un procesamiento sistemático y de bajo o nulo sesgo cognitivo. Sería una vía de elevado esfuerzo, en la que se encontraría el tipo de procesamiento que podría realizar, por su experiencia y capacidad, un adulto. Sin embargo, cuando no hay posibilidad de reducir la ambivalencia mediante este procesamiento, entraría en juego la siguiente ruta, que podría ser más accesible a la población más joven. Esta vía supone menor esfuerzo e implica tanto procesamiento sistemático pero sujeto a sesgos, como procesamiento heurístico. El procesamiento sistemático sesgado se relacionaría en las jóvenes con el uso de métodos basados en las emociones, en detrimento del procesamiento de alta demanda cognitiva. El procesamiento heurístico se vincularía en las jóvenes a la influencia de la presión social en sus decisiones, por ejemplo escoger la alternativa que han escogido otras personas, o la que le recomiende alguien a quien considere experto o con autoridad. Depositar en otros la responsabilidad, enfatizando la presión externa para escoger el aborto, contribuiría a la reducción de la disonancia y de la ambivalencia a un bajo coste.

La disponibilidad de una u otra ruta podría finalmente explicar las diferencias halladas en la seguridad de la decisión en función de la edad. La toma de decisión mediante un proceso sistemático sin apenas sesgos en las mujeres adultas que abortan, les permite una valoración compleja de su decisión. Es más, cuanto mayor esfuerzo se pone en considerar los diversos factores implicados en la decisión de abortar, menor posibilidad de arrepentimiento tras la misma (Rowlands, 2008). El día de la IVE, por tanto, las adultas manifestaron un mayor nivel de seguridad, habiendo reducido la disonancia de manera efectiva. Las mujeres más jóvenes, por su parte, habrían llegado a la IVE con un procesamiento emocional y socialmente influenciado de su decisión. La decisión tomada, vinculada a ciertos sesgos y atajos, implicaría una reducción menos efectiva de la disonancia, lo que la convierte en una decisión más insegura que la adulta.

Vale la pena comentar que esta diferencia significativa en la seguridad en función de la edad desapareció en el primer seguimiento, debido principalmente al incremento en el nivel de seguridad de las más jóvenes, lo que las igualó gradualmente con las adultas. Podría interpretarse que en el transcurso del mes hasta llegar al primer seguimiento, las jóvenes pueden haber accedido mucho mejor a un procesamiento cognitivo más complejo respecto a su decisión, dado que ciertos elementos de presión habrían desaparecido.

Además de la edad, se halló que quienes dijeron estar más seguras, también indicaron un menor estrés percibido por la toma de decisión. Lógicamente, quienes en su consideración de motivos alcanzaron la elección del aborto con menor nivel de estrés, abordaron el día de la IVE con una percepción de mayor seguridad de su decisión. Asimismo, las mujeres que experimentaron un menor choque en su revisión de valores y creencias, es decir, quienes no percibían que esta

decisión alterase la idea que tenían de sí mismas, también expresaron una seguridad mayor. Como se comentó, aquellas que no desarrollaron una respuesta de apego al embarazo, indicaron también mayor seguridad de la decisión. La ambivalencia generada por la decisión de abortar habría sido mayor para aquellas mujeres que presentaron pensamientos y emociones relacionados con el no nacido y el vínculo con él, lo que podría explicar la menor seguridad entre quienes sí presentaron este tipo de respuestas de apego. Cuanto más significativo es el embarazo para la mujer, más difícil le resulta la IVE (Adler et al., 1990).

Al mismo tiempo, los resultados revelaron que aquellas que informaron de mayor percepción de apoyo social se mostraron también más seguras de la decisión tomada. Este resultado no es nuevo en la literatura, ya que en otros estudios y revisiones se ha hallado que las mujeres que perciben más apoyo en su decisión de abortar, se sienten más satisfechas con su decisión (Adler et al., 1990). En el presente estudio, además, esta relación se repitió en la línea base y en el primer seguimiento de manera significativa. La relación en T2, sin embargo, desapareció. El apoyo social muestra así su relevancia en dos momentos críticos de la integración de la experiencia de la IVE, en el tiempo de toma de decisión y en el periodo inmediato posterior al aborto, perdiendo posteriormente su papel en el nivel seguridad que manifiestan las mujeres.

El papel del apoyo social ante una decisión habitualmente difícil (Törnbom et al., 1999), vendría dado también por su contribución a la resolución de la ambivalencia y disonancia generadas. Es más, no se puede descartar que la mujer escoja compartir la decisión con aquellas personas que más probablemente van a apoyarla sin suponer una fuente de conflicto o reproche (Major et al., 1997). En este sentido, el apoyo social que se obtenga ha de contribuir a la resolución de la ambivalencia, ofreciendo sostén a la alternativa escogida por la mujer. Hay que considerar además que el conflicto con personas significativas respecto la IVE no haría sino incrementar la experiencia subjetiva de estrés asociada al conjunto de la situación: “Para estas cosas, hay que tener claro lo que vas a hacer, sin presiones” (participante 1212). Teniendo en cuenta los hallazgos del efecto deletéreo sobre el estado de ánimo y el equilibrio afectivo de la mujer cuando reciben consejo contrario a su decisión (Allanson, 2007), este comportamiento proactivo tendría la función de mejorar la integración de la experiencia en una doble dirección. Por una parte, mediante la búsqueda de apoyo social concordante con su elección y, por otra parte, desestimando otras fuentes de apoyo disponibles potencialmente contrarias a su decisión de abortar.

Finalmente, se halló que la seguridad expresada por las mujeres fue mayor para quienes informaron de mayor estrés asociado a la noticia del embarazo. Como se comentó, se propone que esta respuesta el día de la IVE podría relacionarse con un componente ilusorio de sobrecompensación. La expresión de seguridad de la decisión sería mayor en un intento de acallar el notable impacto percibido por la noticia para algunas mujeres. La ambivalencia asociada a la

decisión haría que las mujeres anticipen consecuencias positivas y negativas asociadas a cada alternativa. Posiblemente la anticipación de consecuencias negativas sea lo que puede incrementar la inseguridad y, por tanto, el malestar asociado a la decisión. En un intento por reducir el malestar, la mujer trataría de resolver la ambivalencia adhiriéndose con mayor firmeza a la alternativa de la IVE. Esta situación podría influir en que se esté produciendo una sobreestimación del nivel de seguridad en T0, con ciertas implicaciones en el descenso detectado en T1 en la seguridad informada.

Tradicionalmente se ha propuesto que las personas se adhieren a las elecciones que realizan como un mecanismo de defensa del ego, como por ejemplo, la necesidad de mantener una autoimagen positiva o, quizás mejor expresado, una visión coherente del *self* (Foa y Kozak, 1986). En general, estos planteamientos proponen que las personas necesitan mantener ciertas ideas sobre sí mismas en situaciones en las que se percibe responsabilidad sobre las consecuencias negativas de las elecciones (Gawronski, 2012). Adicionalmente, en este trabajo se asumen planteamientos más amplios sobre los cambios que el acontecimiento estresante provoca en el sistema de creencias. Por tanto, además de la idea de uno mismo, se reestructuraría la idea sobre los otros significativos y sobre el funcionamiento del mundo.

En el seguimiento al mes, en un momento en el que el comportamiento se ha consumado, descendió el número de mujeres en el polo de seguridad, mientras que se incrementó el que indica inseguridad. Es posible que efectivamente opere algún tipo de sobrecompensación en la elevada puntuación de seguridad en T0 pero, al mismo tiempo, cuestiones relevantes estarían sucediendo en ese periodo inmediato tras el aborto relacionadas con que la mujer reconsidere su decisión, informando de descenso en el nivel de seguridad. A la luz de las teorías, tanto de la disonancia cognitiva de Festinger como de la ruptura de las creencias básicas de Janoff-Bulman, es posible que este descenso al mes se corresponda con el intenso trabajo de revisión del propio sistema de creencias, en un intento por resolver la disonancia cognitiva generada por la experiencia de la IVE.

Estos cambios que emprende la mujer tras una IVE, reflejados en el volumen de crecimiento a lo largo del estudio, requieren de un esfuerzo cognitivo importante, como de hecho indica el rol predictor de la mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE en el crecimiento percibido en T1. Como se verá con mayor detalle en el siguiente apartado, las participantes efectivamente reflejaron pensar en la experiencia de la IVE tras llevarla a cabo, y la proporción que indicó pensar a menudo o continuamente en la IVE en T1 (46.15%) fue casi el doble que en T2 (25.45%). En el periodo posaborto más inmediato, la mujer parece repasar sus motivos, sus circunstancias, lo que pensó, sintió e hizo, además de la forma (intensidad y dirección) en la que su contexto próximo y social amplio participó en su situación.

Este intenso trabajo cognitivo abre la puerta así al cuestionamiento del sistema de creencias, y la flexibilidad en la búsqueda de consistencia cognitiva llevará a las transformaciones necesarias para adaptarse a la nueva realidad. En este sentido, las mujeres no solo rechazaron creencias no deseadas: "Yo era muy cobarde, y he ganado confianza y seguridad" (participante 1663), sino que lucharon por mantener las creencias deseadas. Por ejemplo, ante la disonancia con la idea de sí mismas, algunas mujeres parecían necesitar mantener algunas ideas previas, reformulando su situación de modo que esa idea quedara preservada: "Nuestra vida habría sido mucho más difícil de seguir adelante. Yo tomé la decisión, pero los motivos no me incluyen" (participante 1399).

Se ha sugerido que el esfuerzo por reducir el malestar asociado a la disonancia conlleva frecuentemente esfuerzos de justificación (van Harreveld et al., 2009), que podrían contribuir a la resolución del conflicto adhiriéndose a la elección tomada. La mujer repasaría la experiencia y concluiría que era la mejor decisión para ella y sus circunstancias: "El aborto…a veces pienso cómo habría sido, pero las razones vienen pronto a mi cabeza y lo tengo muy claro" (participante 1265). Se ha indicado que la mayor parte de las mujeres toma la decisión apelando a cuestiones prácticas (Allanson y Astbury, 1996), y en el periodo posaborto estos motivos podrían tener la función de contribuir a reafirmar la decisión tomada y a reducir la disonancia, provocando previsiblemente un nuevo incremento de la seguridad de la decisión.

De hecho, a pesar del descenso significativo en el nivel de seguridad de la decisión en el primer seguimiento, se observó un incremento significativo en el segundo, tanto que entre T0 y T2 hubo diferencias significativas hacia un incremento en el nivel de seguridad y un descenso en el de inseguridad. Es posible, pues, que el nivel de seguridad informado en T0 tenga una función defensiva de preservación de creencias previas a corto plazo, que en la lucha efectuada a medio plazo (T1) abre esa posibilidad de reconstrucción de las creencias cuestionadas, y establezca a largo plazo (T2) nuevos esquemas que integran la decisión de la IVE. La rigidez y defensa en origen, se tornaría flexible en respuesta a la crisis.

Otro argumento a favor del posible papel defensivo de la seguridad expresada en T0 es que en ambos seguimientos las variables que se relacionaron con la seguridad de la decisión mantuvieron su dirección y significación, revelando que la tendencia real de la seguridad sería la del incremento gradual. De esta manera, tanto en T1 como en T2, una mayor seguridad de la decisión se relacionó nuevamente con el ya comentado mayor apoyo social de figuras relevantes, y además con una menor frecuencia de pensamientos sobre la IVE, ausencia de fantasías sobre otro curso de acción, ausencia de estrés concurrente, mayor afecto positivo, y menor afecto negativo.

Efectivamente, la seguridad de la decisión fue más elevada para quienes en T1 y T2 informaron de una frecuencia menor de pensamientos sobre la IVE y de la ausencia de fantasías sobre el curso alternativo de acción. Es cierto que en el contexto del presente estudio no es posible descartar la

existencia de algún patrón de evitación de pensamiento, pero tampoco en la literatura se encuentran datos relevantes. La evitación se ha estudiado como elemento diagnóstico del TEPT, y los valores en el contexto de la IVE oscilan alrededor de cifras próximas a la población general (Lundell et al., 2013a). Teniendo esto en cuenta, la menor frecuencia de pensamientos sobre la IVE y la ausencia de fantasías podría considerarse indicativa no tanto de la evitación, como de la resolución de la disonancia en el periodo posaborto: "Estoy totalmente segura de mi decisión. Lo tenía tan claro que algunos días ni me acuerdo" (participante 1580). Esto posibilitaría la adhesión a la elección realizada y el consecuente incremento en la seguridad percibida.

No es extraño que la ausencia de estrés concurrente en los seguimientos se relacionara con una mayor seguridad informada. La evaluación que se realiza de una decisión a lo largo del tiempo es un proceso dependiente del contexto (M. D. Johnson, Ilies, y Boles, 2012), en el que la ocurrencia de nuevos acontecimientos estresantes, así como la persistencia o el agravamiento de los que ya estuvieran presentes, podría interferir con el procesamiento cognitivo de la decisión de abortar, influyendo en el nivel de seguridad informado.

Como se ha comentado, el procesamiento cognitivo dirigirá los esfuerzos hacia la resolución de la disonancia asociada a la decisión, pero los procesos más efectivos pueden no estar disponibles si además la mujer ha de afrontar nuevas situaciones estresantes. Aunque debe atenderse a las diferencias individuales, en situaciones de estrés y presión diversos procesos cognitivos pueden verse alterados. En consecuencia, la interpretación de la decisión tomada puede estar estrechada o sesgada, dificultando la resolución de la disonancia cognitiva, y motivando la persistencia de la ambivalencia a lo largo del tiempo. De hecho, en este estudio, el estrés concurrente correlacionó en ambos seguimientos con una mayor frecuencia de pensamientos sobre lo sucedido.

Ahora bien, tal y como documenta un amplio cuerpo de teoría e investigación, el estado de ánimo y las emociones pueden influir profundamente los procesos cognitivos (Schwarz, 2000), y el propio Lazarus (1982) considera inaceptable desvincular afecto y cognición. Se ha propuesto que los estados afectivos en la evaluación *post hoc* de las decisiones influyen en la atención que se presta a determinadas referencias que deberían contribuir a integrar la decisión y sus consecuencias (M. D. Johnson et al., 2012). De esta manera, el procesamiento de la decisión seguiría la tendencia consistente con el estado afectivo en el periodo posaborto, influyendo así en la evaluación que la mujer realice de la misma (Schwarz, 2000). Aquellas mujeres que afrontan otro estrés subsecuente a la IVE podrían hallarse en un estado afectivo que influyese negativamente su evaluación de la decisión tomada, contribuyendo al menor nivel de seguridad hallado.

Siguiendo la relación entre afecto y cognición, se halló que las mujeres que expresaron sentirse más seguras de la decisión tomada hicieron una valoración más positiva y menos negativa del

impacto de la IVE en su vida tanto en T1 como en T2. Puede parecer comprensible que una mujer que ha deliberado libremente su decisión y ha tenido el apoyo deseado para llevarla a cabo, se sienta no solo segura, sino conforme y satisfecha con su elección, lo que podría asociarse a mayor afecto positivo y menor afecto negativo. Las propias mujeres relacionan ambas cuestiones en sus valoraciones: "Fue una decisión dura, pero tal y como yo lo veo, era lo mejor para mí, para el niño y para toda mi familia. Hay más de positivo que de negativo" (participante 1600).

Sin embargo, en este estudio se ha sostenido un planteamiento bivariado del afecto (y no univariado, con afecto positivo y negativo como dos polos de un continuo), y se ha partido de otros resultados de investigación que recogen la coexistencia de afecto positivo y negativo, tanto antes (Foster et al., 2012) como después del aborto (Kero et al., 2004; Major et al., 2000). Al mismo tiempo, la ambivalencia afectiva tras el aborto no se ha podido relacionar con alteraciones relacionadas con el estrés (Kero y Lalos, 2000), por lo que los valores en afecto positivo y negativo vinculados a la decisión no pueden ser tomados como argumentos de un mejor o peor estado psicológico. La relación entre afecto y seguridad de la decisión, por tanto, ha de explicarse por otras vías.

En primer lugar, la elevada seguridad reflejaría la consolidación de la elección de la interrupción como la mejor alternativa, por encima de la continuación del embarazo. Esta situación mantendría la diferenciación en el periodo posdecisión, incrementando la distancia entre alternativas (Svenson, Salo, y Lindholm, 2009), lo que favorecería la adhesión a la decisión de la IVE al proteger a la mujer ante la inseguridad y el arrepentimiento. De hecho, una proporción muy pequeña de mujeres se mostró muy insegura de la decisión tomada tanto en este (algo más del 5% en T1, y menos del 1% en T2) como en otros estudios (Broen et al., 2004; Fergusson et al., 2009; Major et al., 2000).

Esta consolidación no estaría libre de sesgos, y es posible que se sobrevalore la decisión de la IVE, minusvalorando la continuación del embarazo. Tal es el caso de que la elección suponga para la mujer un conflicto de valor, por ejemplo, que la IVE implique renunciar a un atributo importante para la mujer, que la continuación del embarazo sí posea para ella: "Al fin y al cabo…es un niño […] porque yo quiero niños" (participante 1647). En presencia de conflictos de este tipo se ha hallado que las personas reestructuran los hechos mediante procesos de distorsión sistemática (Svenson et al., 2009), que finalmente favorecen la adhesión a la decisión consumada y protegen del afecto negativo.

En segundo lugar, se ha propuesto que el afecto positivo y negativo se asocian a determinadas representaciones cognitivas a través del aprendizaje (Finucane, Peters, y Slovic, 2003). El tipo de procesamiento heurístico asociado a estos afectos se ha relacionado con el periodo predecisión, pero se ha planteado su influencia también tras su consumación. Tanto en este como en otros

estudios (Kero et al., 2004), se ha hallado que a lo largo del tiempo se incrementa el afecto positivo en relación a la IVE, mientras que desciende el negativo. El conjunto de afectos asociado funcionaría como señal para la emisión de juicios heurísticos sobre la decisión tomada, que resultan más eficientes y sencillos que reevaluar los pros y contras de su elección (Finucane et al., 2003). Con el tiempo y la combinación de mayor afecto positivo y menor afecto negativo, la mujer no solo mostraría mayor seguridad de la decisión, sino que previsiblemente pensaría menos a menudo en la experiencia. Como se verá a continuación, este resultado también se ve confirmado en este estudio.

Frecuencia de pensamientos.

Las teorías del procesamiento del trauma sugieren que la recuperación tras un acontecimiento estresante requiere del procesamiento de información relacionada con él, hasta que pueda ser integrado en un modelo coherente del *self* (Foa y Kozak, 1986). Por tanto, los intentos para integrar la experiencia de la IVE requerirán de alguna variante de exposición a pensamientos, emociones e imágenes relacionadas (Orsillo y Batten, 2005), es decir, representaciones que realice la mujer con información sobre el embarazo, la decisión y el aborto. En el presente trabajo, la frecuencia con la que la mujer ha indicado pensar en lo sucedido se ha considerado representativa del grado de rumia (sea esta intrusa o deliberada) a la que la mujer ha estado expuesta.

Como se comentó, en el seguimiento al mes casi la mitad de las mujeres indicó pensar continuamente o a menudo en la IVE, mientras que en el seguimiento al sexto mes lo hizo una proporción significativamente menor, solo una cuarta parte de las participantes. La diferencia entre las que dijeron pensar nunca o casi nunca también fue significativa a lo largo del tiempo: de un 6.51% en T1 a un 32.73% en T2. Kero et al. (2004) exponían que, un año después del aborto, un 57% de sus participantes refería no pensar nunca o casi nunca en la IVE, lo que puede facilitar la visión de un progresivo descenso a lo largo del tiempo en el procesamiento cognitivo que ha de permitir la integración de la IVE.

Uno de los elementos principales que posibilitaría el crecimiento relacionado con el estrés ante la IVE, es el grado en el que el reto que haya supuesto el aborto inducido para el mundo de significados de la mujer. El reto a las creencias básicas se produciría en respuesta al embarazo inesperado (“Me creía responsable”, participante 1704), a la decisión tomada (“Esta decisión es algo que no me esperaba de mí misma”, participante 1647), y a la IVE misma (“Interrumpir un embarazo… tienes que vivir con ello”, participante 1283). La evidencia indica que el grado de ruptura inicia procesos cognitivos de asimilación y acomodación que facilitan la adaptación

emocional al evento estresante y posibilitan, en el proceso, la percepción de CRE (Cann et al., 2009; Janoff-Bulman, 1992; Lepore, 2001).

La frecuencia de pensamientos sobre la IVE resultó ser un predictor de CRE de forma particular. De manera transversal y longitudinal, la mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE en T1 explicó una proporción de varianza significativa de la percepción de CRE. En T2, en esta ocasión solo longitudinalmente, la dirección se invirtió: una menor frecuencia de pensamientos contribuyó a explicar varianza de la percepción de CRE. En conjunto, el CRE vendría explicado por una alta frecuencia de pensamientos pronto tras la experiencia estresante, y una baja frecuencia de pensamientos al menos seis meses después.

La rumia también se ha asociado positivamente a la percepción de crecimiento en otros estudios (Helgeson et al., 2006; Linley y Joseph, 2004), constituyendo en algunos casos hasta un 24% de la varianza explicada del CRE (Garnefski et al., 2008). Ahora bien, aunque el presente estudio no ha diferenciado entre pensamientos intrusos y deliberados, se ha hallado que los acontecimientos estresantes favorecen temporalmente ambos tipos de rumia (Calhoun et al., 2000; Taku et al., 2009). De esta manera, la presencia de pensamientos intrusos no reprimidos respecto a la IVE conduciría a buscar una mejor comprensión de la comprensión de la experiencia (Calhoun et al., 2010), incrementando la presencia de rumia deliberada (Saccinto et al., 2013; Tedeschi et al., 1998). Las mujeres pensarían no solo en lo que ha pasado, sino en por qué les pasado a ellas (pérdida de seguridad) y qué podría ser distinto para que no hubiese sucedido (pérdida de control), en una búsqueda de contingencias entre sus acciones y los resultados que perciben asociados a la experiencia de la IVE (Jannoff- Bulman, 2004).

Algunas circunstancias más que otras parecen haberse relacionado con una mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE en este estudio. Tal es el caso de la ocurrencia de acontecimientos estresantes y de la presencia de fantasías sobre otro curso de acción.

Como se ha comentado, tanto en T1 como en T2, una mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE se relacionó con la presencia de estrés concurrente. La persistencia, agravamiento o nueva aparición de acontecimientos estresantes podría hacer que la mujer repasara lo sucedido a la luz de nuevas pruebas. Incluso elementos que antes de la IVE no hayan constituido una fuente de estrés, pueden haberlo sido en el periodo posaborto. Por ejemplo, que en el entorno de la mujer haya embarazos, nacimientos, o problemas de fertilidad, podría suponer tras el aborto un recordatorio de la decisión de la mujer, lo que incrementaría la frecuencia de pensamientos relacionados con la IVE: “Lo paso mal por partida doble. Porque tengo amigas con hijos que yo no tengo, y porque tengo amigas luchando por un embarazo que yo interrumpí” (participante 1645).

También se halló en los dos seguimientos que una mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE se relacionaba significativamente con más afecto negativo y menos afecto positivo, aunque en T2 la relación con afecto positivo pierde fuerza asociativa. Este tipo de relación no es tampoco nueva en la literatura, pues se entiende que la persona se halla ante un procesamiento cognitivo aún no resuelto (Helgeson et al., 2006). El procesamiento de la experiencia de la IVE y la reconstrucción del sistema de creencias alterado, necesita a menudo de la exploración de aspectos negativos del acontecimiento estresante, como indican teoría e investigación (Affleck y Tennen, 1996; Davis y Nolen-Hoeksema, 2001).

Asimismo, una mayor frecuencia de pensamientos se relacionó en ambos seguimientos con la presencia de fantasías sobre otro curso de acción. Teniendo en cuenta la teoría de la disonancia cognitiva de Festinger, pensar en cómo estarían ellas, en cómo sería su vida o el niño de haber continuado con el embarazo, supondría una fuente de inconsistencia cognitiva. Estas fantasías pertenecen a un curso de acción descartado, y confrontan a la mujer con la que de hecho es su realidad tras el aborto, devolviendo la percepción de incompatibilidad de las dos cogniciones simultáneas.

La realidad tras el aborto puede ser más o menos atractiva que la fantasía, según el aspecto en el que la mujer centre su atención. Es decir, la fantasía puede ser congruente con la decisión ("Este embarazo, la vida que iba a tener… no era para mí", participante 1163), o incongruente ("Lo estoy pasando mal, pienso que a estas alturas podría ya tenerlo o tenerla en mis brazos", participante 1420). Aunque resulta claro que las fantasías de tipo incongruente pueden representar una mayor fuente de malestar potencial, lo cierto es que la ocurrencia de cualquiera de ellas conllevaría una mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE: la mujer se encontraría elaborando la experiencia. Teniendo en cuenta que entre el 40% y el 50% de las participantes reveló este tipo de pensamientos, su ocurrencia parece tener relevancia en el procesamiento de la IVE, como se comentará con mayor detalle en el siguiente apartado.

Fantasías sobre el curso alternativo de acción.

Los pensamientos que recorren la fantasía del curso de acción no escogido suponen una fuente de información especialmente interesante del procesamiento cognitivo en el periodo que sigue al aborto inducido. Como se ha comentado, estas fantasías comprenden representaciones (p.ej. imágenes, ideas, sensaciones) más o menos voluntarias sobre la vida de la mujer de haber decidido continuar con el embarazo, o sobre el aspecto del niño que pudo haber sido. Al mismo tiempo, las fantasías pueden ser congruentes o incongruentes con la decisión tomada.

En el presente estudio, algo menos de la mitad informó, tanto en T1 como en T2, de la presencia de estas fantasías, y la cifra en otros trabajos ha llegado hasta el 73% (Coleman y Nelson, 1998). Un buen número de mujeres se plantearía preguntas sobre el curso de acción no escogido en el periodo posaborto, cuestión que también se ha descrito en otros ámbitos de decisión (Zeelenberg et al., 2000).

Una consideración rápida de esta variable llevaría a valorar si este tipo de fantasías podría relacionarse con las respuestas de apego al embarazo recogidas el día de la IVE. Sin embargo, es preciso advertir que, aunque ambas variables tienen cierta relación, la ocurrencia de fantasías en el periodo posaborto probablemente requiera mayor explicación. Los datos indican que si bien la mayor parte (88%) de las participantes que indicó la presencia de fantasías en T1 había señalado también apego al embarazo en T0, casi la mitad (43.06%) de las que no indicaron apego al embarazo sí presentaron fantasías posaborto.

Las fantasías sobre el curso alternativo de acción suponen un tipo de pensamiento contrafáctico, en el que la mujer se imagina a sí misma y a su situación en el futuro de la opción no escogida. Además, se ha descrito que este tipo de pensamiento contrafáctico es más frecuente ante acontecimientos sobre los que se percibe cierto control y que resultan excepcionales para la persona de forma intra- o interpersonal (McCloy y Byrne, 2000). Ambas cuestiones están presentes en la IVE, a diferencia de otras experiencias estresantes: es la mujer quien decide someterse a un aborto, y efectivamente puede suponer un reto a la idea que tenía hasta ese momento sobre sí misma, su comprensión del mundo y los otros.

La presencia de fantasías podría de este modo reflejar la naturaleza excepcional de la experiencia para algunas mujeres, y la necesidad de procesamiento cognitivo para su integración. Prueba de ello es que, en este estudio, las mujeres con fantasías pensaron con más frecuencia en lo sucedido en ambos seguimientos que quienes dijeron no tenerlas. Es más, aunque el descenso entre el seguimiento al mes y a los seis meses resultó significativo, la persistencia de fantasías en las participantes de T2 siguió siendo importante, por lo que su papel podría tener relevancia en la asimilación y acomodación cognitiva de la experiencia de la IVE.

Diversos trabajos apuntan a que, de forma mayoritaria, los intentos por recuperar el equilibrio afectivo tras un acontecimiento estresante implican el esfuerzo de reducir la disonancia cognitiva mediante predicciones descendentes de ese futuro (Bârliba y Dafinoiu, 2015; Epstude y Roese, 2008). El pensamiento contrafáctico descendente, recurriendo a sesgos que favorezcan los propios intereses si es preciso, llevaría a la mujer con fantasías a intentar hacer menos atractiva la opción desechada. Teniendo en cuenta que la IVE implica una decisión irreversible, el compromiso cognitivo dirigiría los esfuerzos a la recuperación del equilibrio y la reducción del malestar.

El pensamiento contrafáctico ascendente, por su parte, sucedería si la mujer considerase que haber seguido adelante con el embarazo habría tenido aspectos positivos que no están disponibles al haber abortado, y si estimase que haber elegido la interrupción tiene aspectos negativos que no estarían presentes de haber continuado con el embarazo (Gawronski, 2012). La inconsistencia cognitiva sería más acusada, y la disonancia resultante podría tener mayor impacto en el equilibrio afectivo. Prueba de ello es la correlación significativa hallada en T1 y T2 entre afecto negativo y presencia de fantasías.

Aunque la presencia de afecto negativo podría indicar que existe cierta relación entre ambas, este estudio no puede contribuir a conocer la relación entre estas fantasías y malestar psicológico, y puede que para algunas mujeres el malestar sea particularmente intenso. Ahora bien, como sucede con el conjunto de la experiencia del aborto, en la que la salud mental previa supone el mayor predictor de la salud mental posaborto (Steinberg y Finer, 2010), también en el caso del pensamiento contrafáctico ascendente esta posibilidad debería considerarse. De hecho, se ha hallado que el diagnóstico de depresión predice de manera significativa la ocurrencia de este tipo de pensamiento (Bârliba y Dafinoiu, 2015).

Sin embargo, también se ha hallado que las personas que generan pensamientos contrafácticos ascendentes se comprometen con cambios de mejora, en mayor medida que quienes no los presentan en absoluto (Epstude y Roese, 2008). Esta transformación parece ocurrir con mayor frecuencia en áreas relacionadas con la motivación para realizar cambios en el futuro, la percepción de control subjetivo, y en conjunto la idea de uno mismo. El procesamiento cognitivo de las fantasías incongruentes podría contribuir por esta vía a la recuperación de la IVE, al promover este tipo de cambios.

Esta posibilidad se ve confirmada en el seguimiento al sexto mes, en el que la presencia de fantasías se relacionó con la percepción de CRE. Que el rango promedio de puntuaciones de las mujeres con fantasías haya sido mayor que el de las que informaron no tenerlas, sugiere que efectivamente este tipo de procesamiento de las fantasías contribuiría a la percepción de cambios en la idea de la mujer sobre distintas áreas de crecimiento. Atendiendo a las áreas teóricas descritas en el PTGI, las mujeres con fantasías obtuvieron un rango de puntuaciones significativamente mayor en tres de las cinco áreas teóricas de crecimiento. En primer lugar, se observó un rango promedio mayor en el área de nuevas posibilidades, indicando que las mujeres descubrieron nuevas opciones que no existían o no eran salientes antes de la IVE (Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004). En segundo lugar, se observó un rango promedio mayor de aprecio por la vida, reflejando el cambio en las prioridades vitales como resultado del reconocimiento de la propia vulnerabilidad (Calhoun y Tedeschi, 2001). En tercer lugar, percibieron un rango promedio mayor de cambio espiritual, posiblemente indicando la reconsideración de cuestiones espirituales o religiosas relacionadas con la experiencia de la IVE.

En el campo del CRE, el planteamiento teórico indica que el malestar psicológico y la percepción de crecimiento coexisten naturalmente (Calhoun y Tedeschi, 1999; Joseph et al., 2006; Tedeschi y Calhoun, 2004), mientras que se ha hallado empíricamente que las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés efectivamente coexisten con informes de crecimiento (p.ej. Aldwin, Levenson y Spiro, 1994; Arpawong et al., 2013; Dekel et al., 2011; Lancaster et al., 2013; Nishi et al., 2010). El presente estudio ofrece cierta evidencia en la línea de este planteamiento, tanto si el afecto negativo relacionado con la presencia de fantasías dispara el proceso de CRE al motivar la búsqueda de los cambios necesarios para restablecer el equilibrio, como si es su persistencia la que se relaciona con la necesidad de construir nuevos significados en las mujeres con fantasías.

Centralidad del evento.

El concepto de centralidad del evento ha cobrado cada vez más relevancia en la comprensión de la construcción de significado. Como se recordará, la centralidad del evento contempla la posibilidad de que un acontecimiento pueda convertirse en un punto de referencia en la vida de una persona (Berntsen, 2001). Los acontecimientos centrales dan sentido y continuidad a la historia de vida, y a menudo marcan el principio y el final de periodos en esa narrativa (Boals y Schuettler, 2011).

Se estima que entre un 35% y un 55% de las personas que experimentan un acontecimiento altamente estresante no mostrará signo alguno de afectación (Bonanno, 2005). Para otras ese evento puede alterar la interpretación que realizan de las experiencias pasadas y presentes, e influir en el comportamiento futuro y en las metas (Boals y Schuettler, 2011). Era de esperar que la interrupción voluntaria del embarazo supusiera un evento central en la narrativa de vida de una amplia proporción de mujeres.

No se tiene constancia de ninguna investigación en la que se haya estudiado la centralidad de la interrupción del embarazo para la mujer, aunque se ha hallado en las mujeres una mayor propensión a integrar los acontecimientos negativos en su identidad comparadas con los hombres (Boals et al., 2010; Wolfe y Ray, 2015). En este estudio un 58.27% de las participantes manifestó estar de acuerdo o en total acuerdo con valorar la IVE como un punto de inflexión en su vida transcurridos seis meses desde la realización de la interrupción.

Se ha sugerido que la centralidad del evento podría tener algún rol en el proceso de crecimiento, dado que algunas personas que experimentan crecimiento significativo consideran el acontecimiento estresante como un componente importante de su narrativa de vida (Groleau et al., 2013). La investigación en este sentido revela que aquellos acontecimientos considerados centrales respecto a la propia identidad conducen a mayores niveles de CRE (Boals et al., 2010; S. F. Johnson, 2012; Lancaster et al., 2013; Wolfe y Ray, 2015).

En este estudio esa relación se confirma, ya que crecimiento y centralidad correlacionaron de manera positiva y significativa. Se halló además que las mujeres que consideraban la IVE como un punto de inflexión en su vida (en el cuartil superior de las puntuaciones de la herramienta) obtenían puntuaciones significativamente superiores en CRE que el resto de categorías de respuesta. La literatura revisada es concordante, y sugiere que la medida de CRE podría ser más fiable cuanto más elevada sea la centralidad del evento (Barton et al., 2013; Boals et al., 2010; Schuettler y Boals, 2011). Puesto que la centralidad del evento implica procesos de integración de la experiencia en la narrativa de vida, la medida de CRE estaría menos cargada de aspectos defensivos e ilusorios de crecimiento (Maercker y Zoellner, 2004).

La consideración de la IVE como un evento central en la vida de la mujer, indicaría asimismo que su recuerdo está altamente disponible (Boals y Schuettler, 2011), e incluso que se reflexione repetidamente sobre la IVE. Se han hallado correlaciones significativas entre centralidad del evento y rumia intrusa y deliberada en otros estudios (Groleau et al., 2013), pero lamentablemente el presente trabajo no puede contribuir a estos hallazgos. Muy posiblemente la debilidad de herramienta considerada para valorar la frecuencia de pensamientos sobre la IVE no hay podido permitir un resultado más esclarecedor. Sin embargo, como se comentó, la frecuencia de pensamientos sí resultó un predictor relevante en la percepción de CRE.

La centralidad del evento fue también predictor longitudinal de CRE en el presente trabajo, de hecho el más importante, explicando una proporción significativa de varianza del CRE. La centralidad del evento resultó ser el predictor más potente de CRE también en el estudio de Boals y Schuettler (2011), en el que controlaron la influencia de un buen número de variables, entre ellas procesamiento cognitivo y estilos de afrontamiento. Otros trabajos confirman que la centralidad del evento efectivamente explica varianza de crecimiento, incluso controlando la influencia de variables de conocida contribución a la percepción de crecimiento: reto a las creencias centrales, rumia deliberada y presencia de sentido en el acontecimiento (Groleau et al., 2013).

Sin embargo, la centralidad del evento ha mostrado un papel importante no solo en el CRE, sino también en algunas consecuencias negativas para la salud mental, como el TEPT o la depresión (Boals y Schuettler, 2011). La centralidad del evento indicaría tanto consecuencias positivas como negativas de la experiencia, lo que contribuiría a explicar el hallazgo del presente trabajo, en el que una percepción de mayor centralidad del evento correlacionó significativamente con la valoración positiva de la IVE, pero también con la valoración negativa.

Estos resultados podrían ir en la línea que propone Janoff-Bulman (1992), al indicar que procesar e incorporar lo sucedido a los esquemas personales se relaciona con resultados positivos y negativos tras el acontecimiento. Este planteamiento se ha visto reflejado empíricamente en otros

estudios, de manera que se ha hallado relación significativa entre centralidad del evento y afecto positivo (Boals et al., 2010) y también afecto negativo (Rubin, Boals, y Hoyle, 2014). En el presente estudio, el aborto como evento central en la vida de muchas mujeres llevó asociados ambos valores de manera simultánea, aunque no hay que perder de vista que las participantes integraron la IVE como una experiencia significativamente más positiva que negativa. Para ellas hay un antes y un después, un punto de inflexión, y hallar un marcador semejante en su historia de vida puede adquirir un valor negativo y, en muchas más ocasiones, un valor positivo.

6.1.5. Procesamiento afectivo.

No ha sido hasta fecha reciente que en Psicología de la Salud se ha considerado el espectro amplio de experiencia, positiva y negativa, en los estudios sobre interrupción voluntaria del embarazo. Lo que la investigación muestra es que los llamados sentimientos negativos forman parte de la integración y adaptación de la mujer a la decisión tomada junto a los sentimientos llamados positivos (Kero et al., 2004). Se ha hallado que las mujeres informan de tasas elevadas de reacciones positivas y negativas a la interrupción voluntaria del embarazo (Broen et al., 2004; Fergusson et al., 2009; Kero y Lalos, 2000; Kero et al., 2004; Major et al., 1990, 2000; Pope et al., 2001; Söderberg et al. 1998), aunque las diferencias metodológicas hacen oscilar las cifras en función del estudio.

Un primer resultado que debe llamar la atención es la clara coexistencia de ambos afectos. En este trabajo, el 98.82% de las participantes reflejó la coexistencia de afecto negativo y positivo al mes, y la proporción fue apenas inferior, 92.73%, a los seis meses. Kero et al. (2004), por su parte, indicaban cifras bastante inferiores pero también moderadamente estables con algún descenso a lo largo del tiempo: 54% a los cuatro meses, y 50% al año, indicaron coexistencia de afecto negativo y positivo.

Ahora bien, en el presente estudio las participantes podían graduar su valoración en una escala de cuatro categorías y, como se comentó, la moda en ambas variables y momentos de medida fue la misma: la experiencia de la IVE ha tenido un impacto bastante positivo y nada negativo. Las participantes así lo expresaron: “Para mí tiene más de positivo que de negativo, sin ninguna duda” (participante 1056). También Major et al. (2000) recogían que la mayor parte de las mujeres participantes en su estudio valoraba que la interrupción voluntaria del embarazo había supuesto más un beneficio que un daño en sus vidas.

Una amplia proporción de mujeres informó en este estudio de una valoración positiva, con diferencias significativas en la proporción de mujeres que al cabo de seis meses valoraba los aspectos positivos del aborto en su vida, que fue en aumento. Este incremento en la percepción

positiva de la experiencia de la IVE también se ha hallado en otros estudios. Pope et al. (2001) también detectaron una tendencia (no significativa) a un incremento del afecto positivo, en su caso al comparar los valores antes del aborto y al cabo de un mes, aunque en su estudio la submuestra comparable tenía entre 18 y 21 años. Kero et al. (2004) indicaron que en su primer seguimiento a los cuatro meses un 16% de las participantes indicó solo afecto positivo, cifra que en el presente estudio fue de 33.14% al cabo de un mes. En su segundo seguimiento transcurrido un año, los mismos investigadores mostraron que fue un 47% de mujeres el que solo indicó afecto positivo. En el presente estudio, al cabo de seis meses, el porcentaje fue de 38.18%. La diferencia fue menos pronunciada que en el estudio sueco, pero también lo ha sido el periodo de tiempo considerado. Aún así, sigue mostrando que una proporción importante de mujeres ha valorado la IVE de manera positiva sin incluir nada negativo en su apreciación.

Sin embargo, hay que reconocer que los cambios producidos en la valoración negativa han sido aún más llamativos. Casi un 40% de las participantes estimó al mes de la IVE que esta había tenido un impacto bastante o muy negativo, mientras que al sexto mes, la proporción no alcanzó el 20%. Si empleamos valores comparables, en el presente estudio un 4.73% de las participantes solo percibió aspectos negativos en la IVE transcurrido el primer mes, mientras que al cabo de seis meses la proporción fue de 1.81%. En el mencionado estudio de Kero et al. (2004), fue un 30% de las mujeres el que a los cuatro meses solo indicaba afecto negativo, mientras que transcurrido un año la cifra fue del 3%. También Pope et al., (2001) documentaron una tendencia no significativa que mostraba el descenso del afecto negativo un mes después de la IVE.

Hay por supuesto resultados en otra dirección. El equipo de Major et al. (2000) halló que aunque en un primer momento (una hora tras el aborto) las mujeres expresaban más afecto positivo que negativo, transcurridos dos años las emociones positivas disminuyeron y las negativas aumentaron.

Sin embargo, como puede observarse, resultados de diversos estudios en el periodo posaborto parecen indicar que el afecto positivo relacionado con la IVE se incrementa a lo largo del tiempo, mientras que el negativo disminuye, del mismo modo que ocurre en el presente estudio. Aquellos aspectos negativos de la experiencia fueron más intensos en un periodo de tiempo próximo al evento, mientras que al cabo de seis meses, su impacto había disminuido. La valoración positiva, por su parte, pareció mantenerse a lo largo del tiempo, con incrementos más discretos pero igualmente significativos.

La relación no significativa entre la valoración negativa y positiva en T1, refleja la coexistencia de ambos tipos de emociones, positivas y negativas, de manera no necesariamente relacionada. Esta situación parece compatible con la primera etapa del modelo propuesto por Joseph et al. (2005), en la que la persona intenta asimilar la experiencia en un proceso que implica aspectos tanto

positivos como negativos. Según este modelo, a medida que se procesa emocionalmente la experiencia, se disocian las valoraciones positiva y negativa, hasta que finalmente correlacionarían inversamente, al haber acomodado lo vivido.

Esta podría ser la situación que muestra la relación significativa e inversa hallada en T2 entre las dos variables: las puntuaciones de mujeres que realizaron una valoración positiva para su vida se relacionaron con puntuaciones de un menor impacto negativo. Major et al. (2000), en su estudio longitudinal, presentaban un resultado similar dos años después de la IVE: una relación negativa y significativa entre ambas variables. Estos resultados irían también en la línea de lo expresado por Janoff-Bulman (2004). Al incorporar los datos de la experiencia, las suposiciones negativas que forman parte de la nueva realidad no impregnan el mundo interior de las personas, aunque estén presentes, sobre todo en el periodo inmediato posterior al acontecimiento. Con el tiempo, más que mostrar una reacción de tipo traumático, se restablecen creencias nucleares positivas.

Del mismo modo, la investigación en el campo del CRE indica que el impacto del acontecimiento estresante conlleva emociones tanto positivas como negativas. El CRE no implica la ausencia de sufrimiento ni es consecuencia de la desaparición de la experiencia de estrés (Tedeschi y Calhoun, 2004). De hecho, se ha propuesto que para que una persona desarrolle resultados positivos tras un evento traumático será necesaria la confrontación directa con las fuentes de alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés (Janoff-Bulman, 1992). Ahora bien, como ya se describió, también se ha relacionado el CRE con medidas de bienestar psicológico, asociación que incrementa su efecto conforme aumenta el tiempo transcurrido desde el evento (Helgelson et al., 2006).

En este estudio ha quedado patente la relación positiva y significativa entre el CRE y la valoración positiva de la IVE en ambos seguimientos. La fuerza asociativa además fue mayor en T2, de manera que una valoración muy positiva de la IVE se relacionó con puntuaciones significativamente más altas de CRE, de media en torno al percentil 57, que se corresponde con una puntuación en la escala total de 85. Páez et al. (2011) indicaban que puntuaciones superiores a 82 pueden ser consideradas representativas de un cambio importante, por lo que estaríamos ante un grupo de mujeres con una percepción de crecimiento notable, capaces de considerar un impacto muy positivo de la IVE en su vida.

En general, el afecto positivo se ha relacionado de forma consistente con CRE (Linley y Joseph, 2004), por lo que el presente trabajo añade apoyo a un resultado repetido en la literatura. Otros estudios apuntan a la misma relación entre CRE y afecto positivo (p.ej. Abraido-Lanza et al., 1998; Park et al., 1996), y algunos incluso encuentran que el afecto positivo explica proporción de varianza de CRE de manera transversal (p.ej. Shi et al., 2015) o longitudinal (p.ej. Abraido-Lanza

et al., 1998). No ha sido este el caso del presente estudio, ya que la valoración positiva no resultó predictiva de CRE ni transversal ni longitudinalmente.

La valoración negativa de la experiencia, por su parte, no se relacionó con CRE en ninguno de los momentos de medida, un resultado repetido en la literatura (p.ej. Park et al., 1996; Shi et al., 2015). En algunos estudios se ha hallado una relación inversa pero, como proponen Linley y Joseph (2004), es posible que otras variables interfieran en la significación de esta relación, por ejemplo, el neuroticismo.

En suma, a pesar de la valoración más negativa de la experiencia de la IVE en T1, tanto el descenso significativo en T2 como la valoración más positiva en ambos momentos de medida podrían ir en la línea que ya señalaban Cohan et al. (1993): el aborto parece ser un acontecimiento estresante relativamente breve, pronto tras el cual las mujeres vuelven a un estado afectivo que en su estudio era comparable con el de mujeres han seguido adelante con sus embarazos. Sin embargo, aunque no tenga valor predictivo en este estudio, sería el afecto positivo y no el negativo el que sucedería de forma relacionada con la percepción de crecimiento. Posiblemente sea la presencia de significado positivo, más que la ausencia de significado negativo, la variable crucial en la adaptación de las personas (Linley et al., 2008). No todo "vuelve", hay aspectos que se perciben transformados tras la experiencia de la IVE. Como se verá a continuación, a la formación, frecuencia de pensamientos, y centralidad del evento que ya han emergido como predictores longitudinales de CRE, se sumará el apoyo social percibido.

6.1.6. Procesamiento interpersonal.

Ha quedado establecido que el apoyo social constituye un elemento clave en la prevención, afrontamiento y recuperación del aborto inducido como experiencia estresante. Diferencias en el grado de apoyo percibido por la mujer influyen en la variabilidad de respuesta a la experiencia de la IVE (Major et al., 1997), y se ha hallado que un elevado apoyo social percibido predice mejor ajuste posaborto (Major et al., 1990).

Asimismo, se ha constatado que el apoyo social percibido contribuye a la ocurrencia de CRE por distintas vías, facilitando la expresión emocional (Manne et al., 2004), contribuyendo al procesamiento cognitivo de la experiencia estresante (Calhoun et al., 1998; McAdams, 1993), motivando un fortalecimiento de las relaciones significativas (Laurenceau et al., 1998), y devolviendo a la mujer una imagen reconstruida de sí misma, del mundo y de los otros (Tedeschi y Calhoun, 2004).

En este estudio, mayores puntuaciones en CRE correlacionaron significativamente con un nivel mayor de apoyo social percibido en todos los momentos de medida. Además, el apoyo social percibido reveló ser una variable que predecía la ocurrencia de CRE tanto transversal como longitudinalmente. Así, en T0 y T1 contribuyó a explicar proporción de varianza de CRE, y de manera longitudinal fue el apoyo social al mes de producirse la IVE el que resultó predictivo de CRE. Las propias participantes expresan la relevancia de la percepción de apoyo en la experiencia de cambios asociados al aborto: "Creo que lo que me ha cambiado ha sido ver el apoyo que he tenido" (participante 1208).

Schwarzer et al. (2006) también documentaron que el apoyo social, particularmente el emocional, puede tener un papel más importante en fases tempranas de la crisis. En su estudio con pacientes oncológicos, el apoyo emocional se asoció con la percepción de beneficio de la experiencia vivida en los tres momentos de medida (a lo largo de un año), pero fue el percibido en la primera ocasión el que se relacionó con la percepción de beneficio a lo largo del tiempo. El apoyo posterior no aportó varianza adicional.

A pesar de estas evidencias, se ha barajado la posibilidad de factores de interferencia en la medida de apoyo social y CRE (McMillen et al., 1997). El argumento es que, ya que una de las áreas de crecimiento posibles es la percepción de cambios en las relaciones, esto podría ser un artefacto de apoyo social percibido. Sin embargo, esta investigación puede ofrecer evidencia a favor de la diferenciación de ambas medidas. Por una parte, por la especial expresión de las variables de este estudio, que indicó un mayor procesamiento cognitivo y afectivo en el primer seguimiento; y por otra parte, por el comportamiento particular de la variable apoyo social en este estudio, con un descenso significativo en el primer seguimiento, pero puntuaciones sin diferencias entre el día de la IVE y el segundo seguimiento. Es más, a pesar de la percepción significativamente inferior de apoyo social en T1, el crecimiento global y también el área teórica de percepción de cambios en las relaciones mostraron un patrón de crecimiento continuado y significativo.

En primer lugar, como se ha visto, en el periodo inmediato tras la IVE (T1) las participantes de este estudio dieron muestras de lo que podría considerarse una integración activa de la experiencia. Por ejemplo, se realizaría una revisión de la decisión tomada, lo que se reflejó en el descenso del nivel de seguridad expresado en T1, y que posiblemente esté relacionado con una percepción más realista y menos defensiva de su elección. Asimismo, se apreció un mayor procesamiento cognitivo de la IVE, expresado por la mayor frecuencia de pensamientos y fantasías en T1, y que posteriormente decreció significativamente. Finalmente, se recogió cómo el afecto en T1 fue más negativo y menos positivo que al sexto mes, indicando la presencia de procesamiento aún no resuelto. En suma, la relevancia e intensidad del procesamiento necesario para la integración de la IVE en el mes posterior a su realización, podrían ayudar a comprender el

valor predictivo del apoyo social para la percepción de crecimiento: Contar con el apoyo necesario en esta etapa podría ser crucial para la integración de la experiencia.

En segundo lugar, teniendo en cuenta el mayor esfuerzo descrito en el primer mes tras el aborto, el descenso significativo en el apoyo social en el primer seguimiento necesita interpretación especial. En un periodo de mayor vulnerabilidad, cabe plantear que la mujer necesite mayor soporte, y no pueda acceder a él tan fácilmente como pudo en el periodo de la toma de decisión. Aunque según los estudios en el área la mayoría de las mujeres comparte su situación con alguien (Rowlands, 2008), suelen ser unas pocas personas significativas quienes finalmente conforman el apoyo en la decisión, en el proceso de interrupción y en el periodo posterior. No se trata necesariamente de la pareja, la familia o los amigos. Se trata de una o más personas relevantes del entorno de la mujer.

Esta persona o personas se hallan ante una mujer que demanda compartir sus sentimientos y pensamientos íntimos, que valora el aliento que recibe, y que aprecia que se preocupen por lo que le pasa. Algo que pueden llevar haciendo desde semanas antes de la IVE. A lo largo del tiempo, las personas que conforman el soporte social relevante de la mujer estarán menos dispuestas emocionalmente a apoyarla, ya que habrán integrado más fácilmente lo sucedido que la propia mujer y previsiblemente se habrán incorporado a sus roles y actividades habituales. Otros autores también han hallado que aunque la precepción de crecimiento aumente a lo largo del tiempo, la cercanía con personas relevantes disminuye (McMillen et al., 1997).

Al intentar acompañar a la mujer en su proceso, las personas relevantes pueden no suponer el apoyo que necesita en este periodo crítico. Algunas pueden no facilitar hablar de la IVE una vez que ya ha sucedido, o pueden sentirse incómodas o nerviosas ante la perspectiva de remover una decisión que ya está consumada. Otras, incluida la propia mujer, pueden intentar acallar reacciones tanto positivas como negativas ante un acontecimiento socialmente estigmatizado, dadas las expectativas de otros y del contexto sociopolítico sobre cómo debe sentirse una mujer tras una IVE (Kero et al., 2004).

Consistentemente, el mayor apoyo social percibido en T1 se relacionó significativamente con mayor seguridad de la decisión, menor frecuencia de pensamientos sobre el aborto, y ausencia de fantasías, así como con mayor valoración positiva de la experiencia y menor valoración negativa. Estos resultados pueden obedecer a una doble relación. Así, un resultado conocido es que a lo largo del tiempo aquellas personas que muestran un patrón persistente de rumia y que se centran en sus reacciones emocionales ante un evento estresante, informan recibir menos apoyo social aunque sean quienes más lo buscan y quienes más podrían beneficiarse del mismo (Nolen-Hoeksema y Davis, 1999). Es decir, las mujeres que perciben mayor apoyo social serían quienes están procesando la experiencia con lo que parece ser un menor impacto de la IVE.

Al mismo tiempo, el apoyo social favorece el procesamiento cognitivo, afectivo e interpersonal de la experiencia. En concreto, parece adoptar el papel de mitigar los efectos negativos de la IVE, favoreciendo así su integración en la vida de la mujer. Prueba de ello es la menor percepción de estrés subjetivo de las mujeres que indicaron un mayor nivel de apoyo social (T0). También en ese sentido apunta el que la percepción de apoyo social fuese significativamente mayor entre quienes valoraron la experiencia como nada negativa, en comparación con quienes la percibieron como muy negativa, resultado que no se alcanzó en la valoración positiva (T1). A lo largo del tiempo este papel podría no tener tanta relevancia: en T2 la fuerza de la correlación entre apoyo social y afecto positivo disminuyó y en el caso del afecto negativo, desapareció.

En la misma línea, la pareja puede constituir asimismo una forma de amortiguar el impacto del estrés asociado al embarazo inesperado y a la toma de decisión sobre el aborto, aunque como se comentó, también puede suponer una fuente de estrés adicional en sí misma. Algunos autores han señalado la existencia de una relación entre la ocurrencia del aborto y el deterioro o la ruptura en la pareja (Freeman, 1978; Lauzon et al., 2000; Rue et al., 2004), mientras que otros no han encontrado ninguna relación (van Emmerik et al., 2008), y apenas hay datos sobre la posibilidad de percepción de mejora en la pareja.

Una de las fortalezas de este estudio se encuentra en no registrar únicamente si la mujer tenía o no pareja en el momento de la interrupción, sino recoger en cada seguimiento los cambios en su situación de pareja. Así, de decir que el 31.64% no tenía pareja, pasamos a conocer que era el 10.35% quien no tenía pareja estable, y la misma proporción indicaba que la pareja se había roto antes de la IVE, mientras que el 0.59% había sufrido el fallecimiento de su pareja antes de la interrupción.

El apoyo social en el momento de la IVE tuvo puntuaciones significativamente superiores para aquellas mujeres que percibían estabilidad en su situación de pareja comparado con quienes indicaron un empeoramiento o la ruptura antes de la IVE. Claramente, fueron las mujeres que experimentaron algún tipo de pérdida reciente en su relación las que acusaron un menor apoyo social percibido. Se ha planteado que en el contexto de un acontecimiento vital estresante, el conflicto con personas relevantes puede contribuir a la construcción de una experiencia negativa (Major et al., 1997), y en otros estudios se ha confirmado que encontrarse en una relación de pareja insatisfactoria o de corto recorrido (menos de un año), correlaciona con niveles más altos de alteraciones relacionadas con el estrés antes de la IVE (Lauzon et al., 2000). Sin embargo, la ruptura o deterioro de la pareja en T0 solo se relacionó significativamente con una menor percepción de apoyo social.

Como cabría esperar, la ausencia de pareja estable en el momento de la IVE no supuso una diferencia significativa en apoyo social con respecto a ninguna otra situación de pareja. Este

grupo de mujeres no contaba con ese soporte y no acusó por tanto distinta percepción de apoyo social relevante. En otros trabajos se ha hallado que el nivel de estrés asociado a la decisión de la IVE es menor entre las mujeres que afrontan un embarazo inesperado en ausencia de una relación de pareja estable, comparado con quienes se encuentran en una relación de pareja estable (Allanson, 2007). En la misma línea, y a pesar de la falta de significación de las diferencias, en este estudio aquellas mujeres que indicaron no tener pareja en el embarazo obtuvieron el rango promedio de puntuación más bajo de todas las categorías en estrés asociado a la decisión.

Se ha podido constatar que en el periodo que rodea a la IVE el número de rupturas fue elevado, alcanzando el 24.54%. Al término del estudio queda patente que un 8.18% de las parejas se había roto antes de la IVE, y otro 16.36% se rompió después. Otros estudios informan de proporciones inferiores, por ejemplo, un 19.8% en mujeres americanas, y un 7.8% en mujeres rusas (Rue et al., 2004). Esta situación guarda relación con la percepción de empeoramiento en la situación de pareja: el 58.33% de las mujeres que percibían un empeoramiento en el momento de la interrupción indicó ruptura tras la IVE, y el 42.86% de las que percibían el deterioro en T1, informó de ruptura cinco meses más tarde.

En el primer seguimiento, al mes de producirse la IVE, más mujeres informaron de percepción de empeoramiento en sus relaciones de pareja. De manera análoga, el instrumento que recoge información sobre estrés concurrente acusó un incremento importante del estrés de pareja, por delante de otros acontecimientos que supusieron una proporción mayor en T0 (estrés familiar y estrés económico). Esta circunstancia, sin embargo, no se reflejó en el apoyo social percibido al mes de la IVE, ya que ninguna situación de pareja supuso una puntuación significativamente distinta en el apoyo de personas relevantes en T1. Los cambios en la situación de pareja no pueden, por tanto, ayudar a explicar el descenso significativo en el apoyo social percibido que se produjo en el primer seguimiento.

Sin embargo, cabía la posibilidad de que los cambios que se produjeran en la situación de pareja pudieran tener alguna traducción en los cambios positivos que se percibían en respuesta a la experiencia de la IVE, como efectivamente se comprobó. Pronto tras la experiencia (T1), se halló que en aquellas mujeres para quienes el aborto concurría o influía de algún modo en el deterioro de la relación de pareja, la percepción de crecimiento fue significativamente menor. No fue la ruptura o la ausencia de pareja, sino la percepción de empeoramiento, lo que en esta etapa del proceso marcó la diferencia en la posibilidad de experimentar CRE. Es posible que estas parejas sean menos capaces de ofrecer el soporte necesario dada esa tendencia a una menor percepción de apoyo social en esta categoría, pero también cabe considerar que el estrés añadido por una situación de deterioro bloquee la posibilidad de percepción de crecimiento, al centrar la atención y procesamiento de la mujer en ese reto presente y no en la integración de un evento ya ocurrido. Lauzon et al. (2000), además, hallaron que el miedo a los efectos negativos en la relación de

pareja resultó ser la variable que se asoció con más fuerza a experimentar alteraciones tipo *distress*.

Al mismo tiempo, las mujeres que percibían mejoría en su relación de pareja eran quienes reflejaban significativamente mayor puntuación en CRE. Aunque en T1 estas mujeres supusieran solo el 1.18% de las participantes, en otros estudios la presencia ha sido incluso menor, por ejemplo, un 0.9% en Rue et al. (2004). Como expresan algunas participantes, la toma conjunta de la decisión y la percepción de haber atravesado juntos el proceso puede estar contribuyendo a esta relación, ya que, por un lado, puede haber propiciado un acercamiento de posturas, valores y afectos, y por otro lado, la propia percepción de soporte por parte de la mujer puede haber contribuido a la experiencia de cambio positivo: "Que nos pasara esto…nos ha hecho bien […] pasar por esto, tomar esta decisión, hacerlo juntos… nos ha hecho hablar, abrirnos, entendernos" (participante 1675).

Con el paso del tiempo, el papel de la situación de pareja en la percepción de crecimiento varió de forma interesante. En el segundo seguimiento, nuevamente las mujeres que indicaron empeoramiento en su relación de pareja tuvieron las puntuaciones más bajas, pero en esta ocasión lo hicieron a diferencia de las mujeres cuya pareja se rompió. Aunque el porcentaje de mujeres que percibió mejoras en su relación de pareja al cabo de seis meses fue mayor que al mes (12.73%), quienes afrontaron una ruptura además de la IVE misma, mostraron mayor percepción de CRE: "La pareja […] no se rompió por el aborto, pero sí tuvo que ver el aborto en que yo me replantease muchas cosas sobre mí misma" (participante 1464).

Como ya se abordó, se ha propuesto que otras experiencias que puedan suceder en la vida de las personas mientras se está procesando un acontecimiento estresante puedan influir en la percepción de crecimiento (Calhoun y Tedeschi, 2004; Tedeschi y Calhoun, 1996). Sin embargo, convendría considerar este doble reto de forma secuencial, ya que las mujeres indican que es la IVE la que desencadena un proceso de reflexión y revisión de sí misma, de su vida y de sus relaciones, incluida su relación de pareja. Son las propias mujeres las que expresan que esta revisión iniciada con la IVE abarca efectivamente las tres áreas de crecimiento planteadas por la teoría: "Con la interrupción me di cuenta de muchas cosas, de mí misma, de mi relación de pareja, de lo que quiero. Ahora voy a seguir adelante. Sin duda, era lo mejor" (participante 1748). La ruptura de pareja, por tanto, no es netamente otro acontecimiento estresante concurrente, sino que puede contemplarse vinculado al procesamiento iniciado tras el embarazo y la IVE.

6.2. Fortalezas.

Se considera que este trabajo presenta ciertas fortalezas que lo distinguen y que vale la pena comentar. Se hará un recorrido resumido por las características más destacables, desde la elección del tema de estudio, pasando por el abordaje teórico y el planteamiento del diseño, hasta la interpretación integrada de los resultados.

Respecto a la elección del tema de estudio, hay que reconocer que el eventual impacto positivo del aborto para la vida de la mujer ha sido escasamente considerado, centrando la atención de clínicos e investigadores en la determinación del impacto negativo y sus implicaciones. Al mismo tiempo, la posibilidad de crecimiento en respuesta a un evento estresante ha explorado casi exclusivamente acontecimientos que escapan al control de la persona, tanto si se trata de sucesos naturales como provocados por la mano del hombre. Por ello, abordar de manera formal el estudio del crecimiento relacionado con el estrés en la interrupción voluntaria del embarazo entraña una elección novedosa para ambos campos de conocimiento.

A la vista de los antecedentes teóricos y empíricos de la IVE y del CRE, se consideró necesario y útil relacionarlos en un marco común congruente, que permitiese posteriormente la presentación e interpretación de los hallazgos de esta investigación. La Psicología de la Salud es un área muy amplia, que se nutre de aportaciones de diversas disciplinas, y que ha tenido la desafortunada tendencia de explicar sus resultados desde una perspectiva limitada y frecuentemente dicotómica salud-enfermedad. Ello, sumado a la importante controversia que ha acompañado a los dos campos implicados, hacía imprescindible la coherencia en el abordaje del estudio desde el marco más amplio que proporciona la teoría transaccional del estrés.

El diseño longitudinal y prospectivo es quizás una de las principales ventajas de esta investigación. La posibilidad de estudiar mediante dos seguimientos programados los cambios intraindividuales a lo largo del tiempo, combinada con el análisis de las diferencias interindividuales en los parámetros incluidos en cada momento de medida, aporta resultados mucho más interesantes de los que podría ofrecer un diseño transversal, y posiblemente más precisos de los que ofrecería un planteamiento retrospectivo. En combinación con la anterior, el abordaje multicéntrico, abarcando la totalidad de una provincia, constituye otra fortaleza importante, ya que proporciona un panorama más amplio y realista de las mujeres que optan por un aborto en nuestro medio.

También se ha procurado un control de las diferencias motivadas por la participación inicial y el abandono longitudinal, intentando satisfacer una demanda repetida en la literatura, de ofrecer las garantías necesarias para la interpretación y generalización de los resultados de las investigaciones. Esta es, por tanto, otra fortaleza de este estudio.

Se ha escogido herramientas elaboradas y validadas con población española para la medida de las variables principales, con excepción del instrumento de medida de CRE, del que no se tiene constancia de su empleo con mujeres que abortan, ni en España, ni en otras naciones. Además, se ha combinado el análisis cuantitativo con el análisis cualitativo, lo que aporta un acercamiento de mayor alcance a la compleja y variada realidad de esta experiencia humana.

La discusión de los resultados puede considerarse otro punto fuerte de este trabajo. En ella se constatan, por ejemplo, resultados repetidos en la literatura en relación con el CRE, como la importancia del apoyo social percibido en momentos críticos del proceso, la mayor relevancia del afecto positivo comparado con el negativo, o el papel predictor de la centralidad del evento. Sin embargo, en ella se plantea por primera vez en el campo del CRE una visión sobre procesos cognitivos asociados a las decisiones. Se ha procurado integrar en la comprensión de la percepción de crecimiento en el aborto, los hallazgos de la perspectiva naturalista del proceso de toma de decisión, las fluctuaciones detectadas en el grado de seguridad e inseguridad de la decisión, y particularmente el pensamiento contrafáctico que implican las fantasías sobre otro curso de acción.

Finalmente, se desea señalar que la absoluta falta de financiación no ha impedido llevar a cabo un estudio en cumplimiento estricto de los acuerdos éticos y obligaciones legales en investigación.

6.3. Limitaciones y propuestas de mejora.

Seguidamente se presentan las principales limitaciones de este trabajo, agrupadas para una mejor organización en dificultades asociadas a la participación, al abandono, al diseño de investigación y a los instrumentos de medida.

6.3.1. Participación.

Una de las limitaciones del presente trabajo es la proporción de participación, que tras la primera propuesta de entrar en el estudio supuso la aceptación del 57% de la muestra potencial. Las mujeres que interrumpen un embarazo son una población particularmente reacia a participar en estudios de este tipo, y la cifra no dista de la obtenida por otros investigadores. Por ejemplo, Broen et al. (2004) informaron de una aceptación del 46% de la muestra potencial, Finer et al. (2005) recogieron una respuesta del 58% y, más recientemente, también Lundell et al. (2013a) obtuvieron un 58% de participación.

Aunque se asuma que la baja proporción de participación es frecuente en este campo de estudio, hay que recordar que se hallaron diferencias significativas en varios parámetros entre las mujeres que aceptaron y rechazaron participar. Una de las fortalezas de este estudio, que es precisamente ofrecer datos que permitan comparar mujeres que aceptan y mujeres que rechazan participar, lamentablemente ofreció un resultado que supone una limitación importante para la eventual generalización de los resultados obtenidos.

La muestra participante estaba compuesta diferencialmente por mujeres más jóvenes, con más personas en convivencia, con pareja en el momento de realizarse la interrupción, y sin hijos, que en el grupo de mujeres que rechazó participar. Otra diferencia significativa entre ambos grupos se halló respecto a la situación laboral, de manera que en el grupo de participantes había más mujeres en situación de desempleo, estudiando y dedicadas al cuidado del hogar y la familia que en el grupo de mujeres que rechazó participar.

En otros estudios rara vez se dispone de datos que reflejen si hay diferencias entre quienes participan y quiénes no. Tomando los mismos ejemplos como referencia, ni Finer et al. (2005), ni Lundell et al. (2013a) aportan datos al respecto.

Quizás la diferencia hallada respecto a la variable edad sí se ha considerado algo más. En el estudio de la IVE, Broen et al. (2004) no hallaron diferencias significativas en la variable edad, pero en el estudio del CRE, Manne et al. (2004) ofrecieron resultados comparables. En su caso, los pacientes con cáncer que aceptaron participar (41% de la muestra potencial) eran significativamente más jóvenes que quienes rechazaron su inclusión en el estudio (Manne et al., 2004). También en el presente trabajo las mujeres que participaron resultaron ser significativamente más jóvenes que las que rechazaron participar.

Tomando en consideración el abordaje de este y otros estudios, se estima de gran importancia recoger ciertas variables que permitan realizar comparaciones entre las personas que aceptan y las que rechazan participar en una investigación. Sin estos datos es muy posible que se tomen como válidos e incluso generalizables, resultados que solo podrán ser interpretados en la muestra concreta que participó en ese estudio.

Como estrategia de mejora, aumentar la proporción de participación se antoja complicado, por lo que se propone incrementar el número de participantes de partida. Se podría considerar ampliar el acceso a la muestra potencial mediante un tiempo más amplio de reclutamiento y primera medida, o la inclusión de más centros colaboradores. Sería posible además intentar mejorar las estrategias de aproximación a las mujeres, para potenciar una disposición favorable respecto a su participación en el estudio.

6.3.2. Abandono.

En lo tocante a la proporción de abandono que afecta a este trabajo, en el primer seguimiento se logró retener un 50% de la muestra inicial, lo que teniendo en cuenta la ausencia de compensación por su participación, era previsible. Otros investigadores en interrupción voluntaria de embarazo han hallado resultados similares en el primer seguimiento (de tres semanas a tres meses tras el aborto). Por ejemplo, Cozzarelli y Major (1994) lograron una retención del 62%; Pope et al. (2001) del 66%, igual que el equipo de Kero et al. (2004) quienes lograron un 66% en su primer seguimiento telefónico; finalmente Lundell et al. (2013a) siguieron al 54% en el primer contacto posaborto.

En el presente estudio, el 32.5% de mujeres de la muestra original finalizó todas sus fases. En aquellos estudios en los que se realizan dos o más seguimientos, las diferencias en el tiempo transcurrido se suman a la existencia de compensación material en algunos de ellos, lo que impide realizar comparaciones. Sirva de ejemplo que en los mejores casos la retención ronda el 50% de la muestra original (Lundell et al, 2013a; Major et al., 2000; Major y Gramzow, 1999; van Emmerik et al., 2008).

El abandono supone un problema metodológico potencial, ya que puede llevar a sesgos en los resultados si implica cambios en los grupos de estudio, y pérdida de fuerza en la asociación de variables (American Psychological Association, 2008). Por ello, en los estudios longitudinales se hace necesario realizar cierto control sobre la influencia del abandono en los resultados, valorando las diferencias entre las personas que comienzan las investigaciones y las que finalmente las completan.

En varios estudios se ha hallado que las mujeres que abandonan tienen menor nivel educativo y son más jóvenes (p.ej. Kero et al., 2004; Lundell et al., 2013a). Sin embargo, en el presente estudio no se halló ninguna diferencia en las variables sociodemográficas escogidas (edad, situación de pareja, situación de convivencia, hijos, IVE previas, situación laboral, estudios finalizados, lugar de nacimiento). Asimismo, tampoco hubo diferencias en ninguna de las variables de estudio consideradas entre quienes continuaron y quienes abandonaron en ambos seguimientos. Es posible por tanto afirmar que la muestra que finalizó el estudio es representativa de la que lo inició.

Tanto la participación como el abandono inciden en el número de participantes incluidas en cada fase del estudio. Las cifras definitivas son modestas, pero se consideran suficientes para la valoración de los resultados y sus implicaciones. La posibilidad de mejorar la retención pasa probablemente por incluir algún tipo de compensación por la permanencia en la investigación. En otros estudios, un incentivo material o económico se ha planteado como un medio para intentar favorecer la retención en los sucesivos seguimientos.

6.3.3. Diseño de investigación.

Los estudios científicamente rigurosos en psicología son bastante duros (Rowlands, 2008), y ello conlleva, en el campo del aborto, dificultades particulares que atañen al diseño de la investigación.

En primer lugar, este estudio tiene un diseño longitudinal y prospectivo, lo que si bien es una fortaleza y una ventaja sobre estudios retrospectivos o transversales, deja fuera de foco aspectos importantes. La falta de datos anteriores al aborto impide tener una línea base sobre la que explicar los cambios registrados en este estudio, y en ambos campos (IVE y CRE) se ha sugerido la importancia de diseños pre-post. La realidad es que es muy difícil, si no es con encuestas poblacionales a gran escala, tener una línea base sobre el estado de la mujer antes del embarazo en cualquiera de las variables contempladas (Major et al., 2000; Rowlands, 2008).

En segundo lugar, el diseño contempla criterios de inclusión que impiden conocer datos sobre el grupo real de mujeres que aborta en nuestro medio. Estos criterios dejan sin participar, por ejemplo, a las menores de edad y a quienes no podían desenvolverse en castellano hablado o escrito. Lo cierto es que todas las mujeres, también las que no cumplieron estos criterios, conforman el universo completo que convendría abarcar para ofrecer datos más ajustados a la realidad.

En tercer lugar, ambos campos de estudio han recomendado el uso de grupos de comparación (American Psychological Association, 2008; Linley y Joseph, 2004), aspecto este que el presente trabajo no puede ofrecer. Esto limita la capacidad explicativa del estudio, ya que no es posible presentar los resultados en relación con otros cursos de acción posibles. Los primeros estudios que incluían como grupo de comparación a mujeres que interrumpían un embarazo por recomendación médica han dejado paso a otros diseños más innovadores, que en el campo del CRE podrían clasificarse como grupos de comparación con o sin trauma. Por un lado, incluir un grupo de comparación "sin trauma" conllevaría proponer la participación de mujeres que nunca han estado embarazadas ni han abortado, o quizás a quienes han seguido adelante con un embarazo planeado. Por otro lado, considerar un grupo de comparación "con trauma" podría implicar a mujeres que deciden seguir adelante con un embarazo no planeado, mujeres a quienes se les niega el acceso a la IVE (p.ej. después de la semana 14 de gestación), y también mujeres que sufren manipulación o coerción para interrumpir un embarazo no planeado, aspecto este último muy difícil de valorar.

En cuarto lugar, es posible que el periodo definido para el seguimiento resulte insuficiente para conocer el comportamiento de las variables relacionadas con el aborto. Al término del estudio, queda sin resolverse si el CRE sigue un curso lineal ascendente o si efectivamente es curvilíneo, se desconoce si fluctúa a lo largo del tiempo la estimación de la seguridad, la percepción de apoyo

social, o la valoración de aspectos positivos y negativos relacionados con la experiencia más allá de los seis meses comprendidos. Aún más intrigante, se ignora si, con el paso del tiempo, la integración de otras experiencias relevantes puede desplazar el papel central de la IVE para algunas mujeres, o relativizar su impacto como punto de inflexión en su historia de vida. Se ha sugerido que acontecimientos posteriores a la IVE, particularmente los relacionados con la maternidad (p.ej. nacimiento de niños, problemas de fertilidad) pueden hacer que las mujeres reevalúen el aborto de forma más positiva o más negativa (Major et al., 2000). Ampliar el seguimiento a un periodo mayor de hasta dos o incluso cinco años, puede incrementar la capacidad descriptiva y explicativa.

En quinto y último lugar, tanto el número como la naturaleza de las variables contempladas limitan también los resultados obtenidos. Respecto al número, lo cierto es que no es posible generar un estudio que contemple todas las variables existentes. Ahora bien, algunas variables podrían abordar mejor la riqueza del procesamiento de la IVE y su relación con la percepción de CRE. Por ejemplo, convendría diferenciar rumia intrusa de rumia deliberada, o también fantasías congruentes de incongruentes. Asimismo, la baja proporción de varianza explicada por las variables incluidas en el estudio puede considerarse un indicador de la existencia de otros aspectos que será necesario abordar en el futuro. Respecto a la naturaleza de las variables, el carácter primordialmente nomotético y cuantitativo del estudio también supone una limitación, ya que junto a la mejora de los métodos cuantitativos, la combinación con un mayor volumen de datos cualitativos permitiría añadir una aproximación ideográfica mucho más coherente con la variabilidad individual de la experiencia.

6.3.4. Instrumentos de medida.

Las medidas de autoinforme contienen limitaciones inherentes, como los sesgos que inevitablemente implican (Calhoun y Tedeschi, 2004), y el hecho de que los ítems pueden no reflejar adecuadamente lo que sienten o piensan las mujeres (Major et al., 2000). Emplear una única medida para cada variable, además, no excluye que parte de la varianza en los resultados pueda deberse a la medida en sí misma (Dekel et al., 2011).

Particularmente en la medida de CRE, la ocurrencia de sesgos ha sido ampliamente debatida, cuestionando la validez convergente, discriminante y de constructo del instrumento seleccionado, el PTGI. Ahora bien, como se ha comentado, la herramienta ha logrado salvar repetidamente estas críticas (Cann et al., 2011; Shakespeare-Finch y Enders, 2008; Tedeschi y Calhoun, 1996). Sin embargo, la imposibilidad de replicar los factores originales del inventario, y la propuesta de un

único factor para estas participantes y situación, hacen cuestionarse la aplicación transcultural de la herramienta, limitando por tanto su validez.

Asimismo, se ha propuesto que las medidas de autoinforme que no permitan respuestas negativas deberían evitarse (Linley y Joseph, 2004; Cho y Park, 2013), ya que la integración de las experiencias altamente estresantes comporta aspectos tanto positivos como negativos. No obstante, se optó por un instrumento de medida del CRE que incluye únicamente el polo positivo de percepción de cambio, dado que en aquellos estudios en los que se contemplan ambas posibilidades, la media de los participantes se ha situado igualmente en el polo positivo (Arpawong et al., 2013), sugiriendo que es más bien la presencia de significado positivo, más que la ausencia de significado negativo, la variable crucial en la adaptación de las personas (Linley et al., 2008).

Además de las limitaciones propias de las medidas de autoinforme, en este estudio se ha hecho uso de herramientas no validadas, particularmente instrumentos constituidos por un único ítem. El recurso a instrumentos de un solo ítem resta fiabilidad y validez a los resultados, y dificulta la comparación con otras investigaciones. Sin embargo, tal decisión obedece a cuestiones éticas y no metodológicas, ya que no sería en absoluto apropiado someter a inventarios ilimitados a las mujeres que escogen un aborto (Rowlands, 2008).

En algunas variables, el uso de un único ítem puede resultar particularmente controvertido. Tal es el caso del procesamiento afectivo atribuido a la valoración positiva o negativa de la experiencia. En algunos estudios se han empleado herramientas existentes para evaluar afecto positivo y negativo (Abraido-Lanza et al., 1998; Park et al., 1996; Shi et al., 2015), mientras que en otras se han elaborado listados de emociones positivas y negativas más específicamente relacionadas con la experiencia de la IVE (Kero et al., 2004; Major et al., 2000; Pope et al., 2001). Sin embargo, la interpretación que realizan estos autores al presentar su herramienta no es homogénea. Major et al. (2000) la consideraron una variable de afrontamiento, Kero et al. (2004) la denominaron genéricamente "reacciones y emociones" ante la IVE, y Pope et al. (2001) la consideraron una "escala de emoción". En este estudio se emplea de manera comprensiva la idea de procesamiento afectivo, aceptando que las diferencias en la presentación de las herramientas pueden dificultar las comparaciones y suscitar desacuerdo.

Aunque la inclusión de un análisis cualitativo enriquece la aportación de esta investigación, su planteamiento puede suponer una limitación, ya que se propuso una única pregunta abierta, solamente en el último seguimiento, y en la que la participación era opcional. El bajo número de participantes limita las posibilidades de realizar comparaciones y por supuesto la generalización de los resultados descritos. Asimismo, es posible que estén presentes otras amenazas a la validez, como la eventual influencia de las otras herramientas empleadas en la investigación, en la

narración elaborada por las mujeres. A pesar de la limitación descrita, se espera que el análisis realizado contribuya a matizar y enriquecer los resultados cuantitativos. Lo cierto es que los estudios cualitativos aportan gran cantidad de información, y contribuyen al descubrimiento de nuevas implicaciones que la rigidez cuantitativa podría no estar contemplando.

6.4. Perspectivas futuras.

6.4.1. Implicaciones para la investigación.

El presente trabajo deja abiertos varios interrogantes en los que se propone indagar en futuras investigaciones.

Quizás una de las líneas más interesantes de investigación se abre con la consideración de la ocurrencia de CRE en la toma de decisiones complejas. El camino que inicia el presente estudio con la decisión del aborto puede explorarse en otros ámbitos de decisión, como por ejemplo la entrega en adopción de un hijo, el ingreso en residencia de una persona dependiente, o las acciones profilácticas como la cirugía en diagnóstico genético y tratamiento preventivo del riesgo de enfermedades (p.ej. cáncer). Para el estudio del CRE en la toma de decisiones en contextos naturales podrían incluirse algunas de variables consideradas en este trabajo, como sucede con la ambivalencia afectiva, la disonancia cognitiva, las fantasías sobre cursos alternativos de acción y el pensamiento contrafáctico.

Respecto a la ambivalencia afectiva, convendría mejorar el conocimiento sobre su papel en la percepción de CRE, establecer la coexistencia de valencia positiva y negativa ante un evento altamente estresante, definir su curso temporal, y examinar su eventual relación con medidas tanto de alteraciones como de bienestar psicológicos.

Sería también de interés esclarecer qué tipo de procesamiento, heurístico o sistemático, contribuye tanto a la reducción de la disonancia cognitiva, como a la ocurrencia de CRE. Se trataría de aclarar en qué medida se produce esta contribución, en qué momentos del proceso, o en qué personas con qué características, como pueden ser la edad o el género.

En cuanto a las fantasías congruentes o las incongruentes con un curso de acción alternativo, resulta atractivo determinar si efectivamente se relacionan o incluso predicen una mayor percepción de crecimiento. Esta posibilidad podría ser investigada en condiciones pre- y posdecisión, y también en decisiones que comprendan más de dos alternativas posibles.

En lo tocante al pensamiento contrafáctico, una línea sugerente se encuentra en la posibilidad de relacionar CRE con la ocurrencia de pensamientos contrafácticos ascendentes o descendentes vinculados a la decisión. Este tipo de contenidos bien podría formar parte de la rumia registrada en relación con CRE (Calhoun et al., 2000; Garnefski et al., 2008; Helgeson et al., 2006; Linley y Joseph, 2004; Taku et al., 2009), y podría ser estudiado incluso en ámbitos que no incluyen una decisión. Aunque en algunos estudios la relación con el CRE parece hallarse sobre todo en el pensamiento contrafáctico descendente (p.ej. Teigen y Jensen, 2010), es un campo de estudio que requiere un abordaje más minucioso si se desea desentrañar la relación existente.

La difusión de los métodos farmacológicos en aborto inducido abre asimismo nuevas cuestiones para la investigación en toma de decisiones. Se ha hallado que los síntomas ansiosos son más altos ante un aborto quirúrgico que ante uno farmacológico (Hemmerling et al., 2005). Por su parte, los métodos farmacológicos producen mayor número de síntomas físicos que los quirúrgicos, como por ejemplo, dolor y sangrado. Sin embargo, estas circunstancias no parecen influir negativamente en el afrontamiento de la experiencia (Crandell, 2012), y se ha propuesto valorar la relevancia de que sea la propia mujer quien escoja el método de interrupción tras recibir la información pertinente.

En esta situación, la percepción de control probablemente tenga un papel importante en la toma de decisiones y el afrontamiento. De hecho, la elección del método farmacológico sobre el quirúrgico se ha relacionado con su valoración menos invasiva y más natural, junto a una sensación de mayor intimidad y control sobre el procedimiento (Hemmerling et al., 2005). Dada la importancia de la recuperación de la percepción de control para la ocurrencia de CRE (Connerty y Knott, 2013; Dekel et al., 2011; Jannoff-Bulmann, 1992), cabe preguntarse si la experiencia de cambio y crecimiento será distinta para las mujeres que escojan un aborto farmacológico o las que elijan el quirúrgico. Bien podría ser que el mero hecho de poder escoger el método suponga para algunas mujeres cierta recuperación del control perdido por la ruptura que el aborto inesperado y la decisión de interrumpirlo ha originado en su sistema de creencias.

Otra línea interesante podría estar en el esclarecimiento del papel de los eventos positivos subsecuentes al acontecimiento estresante en el proceso y experiencia de CRE. Algunas participantes indicaron espontáneamente la ocurrencia de eventos positivos en el periodo de seguimiento, como por ejemplo el inicio de una nueva relación de pareja significativa. Hace casi veinte años ya se apuntó a su posible función en la predicción longitudinal de CRE (Park et al., 1996), y de hecho los acontecimientos positivos se han asociado a la percepción de crecimiento (Aldwin y Levenson, 2004). Vista la importante repercusión de los eventos positivos en relación con el cuestionamiento y reconstrucción positiva de las creencias básicas de la persona (Bilbao et al., 2013), vale la pena dirigir esfuerzos a conocer mejor su papel en la percepción de crecimiento.

Siguen siendo necesarios estudios que esclarezcan el curso temporal del CRE y su predicción longitudinal. Respecto al curso temporal, se hace recomendable el uso de diseños prospectivos y con medidas repetidas. Resulta incomprensible que no haya sido posible dirimir si el CRE crece o decrece de forma lineal, y que la propuesta de su curso curvilíneo provenga de un único metaanálisis (Prati y Pietrantoni, 2009). Respecto a la predicción longitudinal, las variables implicadas en la ocurrencia de CRE parecen ser muchas y muy variadas. Solo entre las cognitivas, la centralidad del evento, el reto a las creencias centrales, la rumia deliberada y la presencia de sentido en el evento han demostrado su influencia en CRE (Groleau et al., 2013), pero la proporción de varianza explicada por estas y otras variables fluctúa ampliamente de un estudio a otro.

En la misma dirección, también se antoja oportuno diseñar trabajos que distingan adecuadamente apoyo social percibido, cambios positivos relacionados con los otros, y compartir social. En primer lugar, se hace necesario establecer de manera consistente el periodo crítico en el que la percepción de apoyo social influye en el desarrollo de CRE. Es posible que, tal y como apuntan los resultados del presente estudio, sea en el periodo inmediatamente posterior cuando supone una mayor influencia. Sin embargo, faltan estudios longitudinales que refrenden esta relación. En segundo lugar, aunque la teoría apunta a que se trata de cuestiones distintas (Taku et al., 2014), no se considera resuelta la posibilidad de que el crecimiento relacionado con los otros, con la percepción de relaciones fortalecidas e íntimas, suponga un artefacto de apoyo social positivo percibido. En tercer lugar, es preciso definir los elementos del compartir social que intervienen en la ocurrencia de crecimiento, y estudiar bajo qué condiciones puede suponer un factor potenciador o inhibidor de la percepción de cambio positivo. Esto implicará considerar el papel del compartir social en la percepción de crecimiento en contextos estigmatizados o en condiciones experimentadas como tabú. Asimismo, será necesario el abordaje desde un punto de vista transcultural, pues los factores culturales pueden implicar diferencias importantes en el grado de autorrevelación entendido como necesario o pertinente.

Finalmente, este trabajo mantiene abierto el interrogante sobre las diferencias culturales en la experiencia de CRE. Hasta el momento, gran parte de la investigación en contextos culturales diversos ha supuesto un punto de vista *etic* de la posibilidad de crecimiento, desde el que los investigadores describen la ocurrencia o no de CRE y su magnitud, empleando herramientas diseñadas fuera de ese contexto cultural concreto. El punto de vista *etic* deja sin atender el significado que puede tener en esa cultura la integración del sufrimiento y la eventual percepción de un cambio positivo vinculado a las experiencias estresantes. Muestra de la inadecuación de este posicionamiento es la dificultad de replicación de los factores originales en estudios llevados a cabo en otras culturas. Así ha sucedido también en el presente estudio, a pesar de que la cultura española presenta aspectos comunes con otras sociedades occidentales modernas.

Vázquez et al. (2014) señalan el error en el que se incurre al asumir que el constructo medido por el instrumento existe en una determinada cultura solo porque los participantes obtienen en él cierta puntuación. Por eso, una clara línea de investigación futura se encuentra en el abordaje *emic* de los conceptos de estrés, trauma, sufrimiento y crecimiento. Solo desde dentro de la propia cultura puede realizarse una descripción significativa de estos constructos, y conocer así su realidad. En muchos casos es posible que asistamos a la imposibilidad de aplicar transculturalmente la noción de crecimiento relacionado con el estrés.

6.4.2. Implicaciones para la práctica clínica.

El valor adaptativo (Sawyer et al., 2010; Zoellner y Maercker, 2006) y las implicaciones clínicas del crecimiento relacionado con el estrés comienzan a ser reconocidas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Joseph, 2004; Linley y Joseph, 2002; Pérez-Sales, 2004; Tedeschi y Calhoun, 2004; Vázquez et al., 2014). La literatura revisada y los resultados aportados por la presente investigación, permiten aventurar implicaciones más concretas para la aplicación clínica del CRE en la atención de la mujer de aborta, lo que requiere algunas consideraciones previas.

La primera consideración respecto a las implicaciones clínicas del CRE, es que no hay nada inherentemente positivo en las experiencias estresantes o traumáticas (Calhoun y Tedeschi, 1999). Por ello, el crecimiento personal tras el aborto debería ser visto no con origen en la IVE, sino en la propia mujer. Las mujeres consultarían sus eventuales dificultades en la integración de la experiencia, pero no solo por las consecuencias que perciban en relación directa con la IVE, sino más bien por la crisis vital desencadenada por la integración de la decisión y de la propia IVE.

Seguidamente es preciso reconocer que el CRE puede producirse sin esfuerzo. Más de la mitad de las personas experimentan cambios positivos en su vida tras un acontecimiento adverso (Linley y Joseph, 2004; Helgeson et al., 2006), lo que sugiere que el CRE podría ser un proceso natural que no requiere de una intervención clínica para su ocurrencia. En este grupo de mujeres, un 64.79% refleja un crecimiento de moderado a muy alto ya en T0, y la proporción se incrementó a un 73.37% en T1, y un 76.36% en T2.

Adicionalmente conviene recordar una obviedad: no todas las mujeres van a experimentar cambios positivos y crecimiento ante una IVE. Pretender que el CRE ocurra siempre sería un grave error (Calhoun y Tedeschi, 2004), y desde luego su ausencia no puede ser considerada un fracaso (Connerty y Knott, 2013).

Por ello, se desaconseja presionar a las mujeres para desarrollar estos cambios, ni en el contexto clínico ni fuera de él. Una intervención prematura o forzada podría interferir con la recuperación

natural, dañando sus posibilidades de ajuste y bienestar (Coyne y Tennen, 2010). Además, forzar a la mujer hacia el CRE haría que no se sintiera comprendida, deteriorando así la confianza en el profesional (Pérez-Sales, 2008). Los profesionales no pueden crear el crecimiento para las personas a las que atienden (Calhoun y Tedeschi, 1999), sino que tienen la oportunidad de facilitar que la persona logre ese crecimiento por sí misma, a su propio ritmo y manera.

Para abordar la experiencia de la IVE y contemplar la ocurrencia de procesos de CRE en su integración, se propone diferenciar dos momentos para la intervención profesional. El primero de ellos comprende el periodo de la toma de decisión, y el segundo considera el periodo de integración de la experiencia. Ambos momentos requieren de consideraciones específicas y posiblemente podrían ser abordados desde enfoques distintos.

En el periodo de toma de decisión sería factible considerar modelos de asesoramiento basados en técnicas de relación de ayuda, orientados a la prevención selectiva, y por tanto realizables no solo por psicólogos, sino también por profesionales provenientes de diversas disciplinas que hayan sido formados y entrenados para ello. En el periodo de integración de la experiencia sería necesario considerar las consultas a profesionales de la Psicología por síntomas subclínicos o diagnósticos formales relacionados de alguna manera con la experiencia de la IVE.

6.4.2.1. Toma de decisión.

Respecto al primer grupo de intervenciones, es preciso comenzar aclarando que las aplicaciones generales de tipo preventivo están desaconsejadas, como por ejemplo el *debriefing*[7] (van Emmerik et al., 2008), ya que pueden impedir procesos naturales de recuperación (Ehlers y Clark, 2003). Quizás tendría más sentido proponer un asesoramiento diferencial a algunas mujeres, para quienes la literatura y esta investigación indican necesidades particulares en la toma de decisión. En todo caso, este asesoramiento no podría ser ofertado de forma indiscriminada, sino que debería integrarse en un proceso de relación de ayuda que se comprometa con la exploración respetuosa de la situación de la mujer, y la facilitación de la toma de decisión libre y responsable.

Tal sería el caso de las mujeres más jóvenes, aproximadamente hasta los 25 años, quienes podrían beneficiarse de intervenciones que promuevan un procesamiento más sistemático de la decisión. Según datos del MSSSI (2015), aproximadamente un 33.67% de las mujeres que se someten a una IVE en esta provincia se encuentran en ese tramo de edad. Sería preciso atender al empleo que estas mujeres hagan de heurísticos y sesgos cognitivos, particularmente los que vinculan la decisión a aspectos más netamente emocionales, o a la influencia o presión de otros. Ante este

[7] El *debriefing* (Mitchell, 1983) es una intervención psicológica estructurada y breve de carácter preventivo, diseñada para ser aplicada en contextos de crisis en formato de pequeño grupo.

tipo de procesamiento, se recomendaría favorecer la consideración de aspectos como los elementos económicos y de disponibilidad de tiempo, sus metas, la valoración de las consecuencias, y el manejo de la incertidumbre. De esta manera se busca contribuir en lo posible a un incremento del nivel de seguridad de la decisión en el momento de la IVE, posibilitando al mismo tiempo la ocurrencia de CRE con la promoción de este procesamiento de tipo deliberado.

Aquellas mujeres que acuden solas a las consultas sociosanitarias, que al preguntarles indican no haber compartido su situación con nadie, o que refieren una baja percepción de apoyo social, constituirían asimismo un grupo de atención especial. El compartir social y el apoyo percibido de personas significativas de su contexto tienen un importante papel en la adaptación e integración de la experiencia de la IVE, ya que contribuyen a mitigar sus efectos negativos. Simultáneamente, la posibilidad de percibir CRE se encuentra fuertemente vinculada al efecto beneficioso del procesamiento interpersonal de las experiencias estresantes. Estas mujeres podrían favorecerse de un asesoramiento que les ayude a reconsiderar la disponibilidad física, emocional y moral de personas relevantes, y a identificar quiénes podrían respetar su proceso de toma decisión, y eventualmente ofrecerles apoyo concordante con la alternativa escogida.

Podría sugerirse también que se consideren las diferentes necesidades de apoyo de la población autóctona y extranjera que se somete a una IVE en nuestro medio, y que según datos del MSSSI (2015) supone un 21.55% de las mujeres que abortan en esta comunidad autónoma. Por un lado, el apoyo social percibido por las mujeres extranjeras resultó ser significativamente menor que el de las autóctonas tanto en este como en otros estudios, lo que adquiere especial relevancia si se atiende a la relación entre menor apoyo social y menor seguridad de la decisión, menor afecto positivo y mayor afecto negativo. Por otro lado, también las mujeres extranjeras mostraron mayor apego al embarazo, reflejando que elementos culturales y religiosos intervienen en las diferencias halladas en este colectivo, particularmente entre las mujeres procedentes de Latinoamérica. Dada la relación hallada entre la respuesta de apego al embarazo con la menor seguridad de la decisión, las mujeres extranjeras podrían requerir una orientación y soporte distintos para valerse de herramientas de afrontamiento de la IVE que abran el camino paralelamente a la percepción de los posibles cambios positivos asociados al CRE. Estas mujeres podrían beneficiarse de asesoramiento que contribuya a clarificar el significado del embarazo para ellas, a modular la percepción de ruptura que la decisión les supone en la idea de sí mismas, y el eventual conflicto de orden moral o espiritual que pueda conllevar para algunas de ellas.

Ya se ha hecho referencia a la posibilidad de que las mujeres con apego al embarazo constituyan un grupo de atención especial. La respuesta de apego al embarazo implicaría elementos tanto cognitivos como afectivos, traducidos en representaciones y atribución de características físicas y emocionales al no nacido, así como imaginación de escenarios de interacción madre-hijo. Aunque la medida empleada no se considera la idónea, la proporción de mujeres que indicó apego al

embarazo fue de 13.31% en este estudio, y se quiere recordar que para el 88% de estas mujeres la respuesta persiste en forma de fantasías sobre otro curso de acción en el periodo posaborto. La especial vulnerabilidad de este grupo de mujeres viene dada porque la presencia de apego se relacionó con alto estrés asociado a la toma de decisión, menor seguridad de la opción escogida, y percepción de cambio en la idea de sí mismas llegado el momento de la IVE. Estas mujeres podrían por tanto beneficiarse de un asesoramiento que les permita gestionar la ambivalencia afectiva y resolver la disonancia cognitiva asociada al apego al embarazo, lo que muy probablemente contribuiría entretanto a la percepción de CRE. Para ello se propone favorecer la expresión emocional y la clarificación del significado de la respuesta de apego a ese embarazo, de manera que se contribuya a mejorar la tolerancia a la ambigüedad, y la aceptación de la realidad y consecuencias de la opción escogida.

Aquellas mujeres que hayan experimentado uno o más acontecimientos estresantes a lo largo del último año antes de la IVE (en este estudio supusieron más de la mitad de las participantes), podrían experimentar niveles más altos de estrés tanto por el conocimiento de estar embarazadas como por la decisión de la IVE. Este resultado debe considerarse junto a los procedentes de otras investigaciones, que apuntan a la relación entre la ocurrencia de experiencias estresantes no relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo y alteraciones psicológicas (Lundell et al., 2013b). Esto suscita la necesidad de apoyo específico en la interpretación que hacen estas mujeres de su situación, en términos de la reacción emocional y de los esfuerzos de afrontamiento que realizan. El asesoramiento podría contribuir a una evaluación primaria y secundaria más ajustada de la experiencia de la IVE.

Ahora bien, aquellas que hayan experimentado otras situaciones altamente estresantes con síntomas de alteración emocional podrían necesitar atención de un profesional de la Psicología, ya que constituirían un grupo de mayor riesgo (Lundell et al., 2013b). La salud mental previa es el mayor predictor de la salud mental posaborto (Steinberg y Finer, 2010), y en este estudio el 15.68% de las participantes declaró tener prescritos psicofármacos o haber consultado a un profesional de la salud mental en el último año. Estas mujeres refirieron menor apoyo social percibido, y más concretamente quienes tenían psicofármacos prescritos acusaron niveles más elevados de estrés situacional y parecían sostener situaciones complejas en su vida personal (patrones de convivencia agrupada), así como menor seguridad de la decisión, y percepción de cambios en la idea de sí mismas al tomarla. Convendría explorar mejor los detalles de la historia de salud mental de las mujeres que abortan, conocer las dificultades y recursos presentes en el momento de la IVE, y anticipar el afrontamiento más efectivo accesible en consecuencia. De los grupos de mujeres reseñados, este es posiblemente el que podría justificar la previsión de un seguimiento a medio plazo, con una relación coste-beneficio admisible.

6.4.2.1. Integración de la experiencia del aborto.

En el periodo posaborto, la integración de la experiencia de la IVE va a suponer para algunas mujeres el motivo de consulta, manifiesto o latente, a un psicólogo. Como se ha visto, la incidencia de alteraciones psicológicas severas en el contexto del aborto inducido es baja, y en los estudios más rigurosos no difiere significativamente de las tasas normativas para población general (American Psychological Association, 2008). La sintomatología subclínica es lógicamente más prevalente, algo más de un 20% (Lundell et al., 2013a). Además, en el periodo inmediato posterior a un acontecimiento estresante es más frecuente hallar un estado emocional negativo (Blanchard et al., 1996; Silver et al., 2002).

Este estudio no ha sido diseñado para conocer la prevalencia de alteraciones psicológicas relacionadas con la IVE, sino para ofrecer un panorama que complemente la visión tradicional hasta ahora difundida. Los resultados indican que una proporción importante de mujeres informa de percepción de crecimiento relacionado con el estrés ante la IVE, y que esta se incrementa progresivamente a lo largo del tiempo. Este hallazgo no hace que desaparezcan ni el sufrimiento ni las posibles alteraciones psicológicas, pero llama la atención sobre el hecho de que también está presente una percepción de cambio positivo.

De la misma forma, para comentar las implicaciones para la práctica clínica, se propone enriquecer lo que se ha hecho hasta ahora con el cambio de enfoque que puede aportar el campo del CRE. El planteamiento habitual para intervenir con personas que manifiestan dificultades en la integración de experiencias altamente estresantes rara vez contempla como objetivo terapéutico la reflexión y búsqueda de sentido personal que implica el CRE y, si lo hace, solo sucede desde determinados enfoques psicoterapéuticos.

Para presentar el potencial clínico de aplicación del CRE, sería lícito plantear si el CRE puede contribuir a mejores resultados en salud mental en dos sentidos. Por una parte, si se vincula al alivio de las alteraciones psicológicas relacionadas con el estrés y, por otra parte, si puede facilitar el bienestar psicológico (Joseph y Linley, 2006).

En respuesta a la primera pregunta, se recordará que la percepción de CRE ni implica la ausencia de sufrimiento, ni es consecuencia de la desaparición de la experiencia de estrés (Tedeschi y Calhoun, 2004), y la mejor evidencia disponible sugiere que crecimiento y alteraciones psicológicas coexisten en respuesta a eventos altamente estresantes, relacionándose entre sí de forma curvilínea (Kashdan y Kane, 2011; Shakespeare-Finch y Lurie-Beck, 2014). En respuesta a la segunda pregunta, se ha comentado que se ha hallado una relación significativa y positiva entre CRE y bienestar psicológico, tanto en estudios longitudinales (Carver y Antoni, 2004; Tennen y

Affleck, 2005), como en metaanálisis (Helgelson et al., 2006). Sin embargo, no se ha logrado determinar cómo, cuándo, y con quiénes puede ser terapéutico promover este proceso.

La propuesta es, primeramente, que los psicólogos acepten la posibilidad de que el CRE exista como parte del proceso de integración de experiencias estresantes, para poder incorporar el crecimiento transversalmente en las intervenciones (Pérez-Sales, 2008). No se trata por tanto de plantear una intervención separada (p.ej. atender patología o crecimiento) o secuencial (p.ej. atender primero patología y después crecimiento), sino de detectar y facilitar el crecimiento en el transcurso del trabajo terapéutico, de manera interrelacionada con las intervenciones más tradicionales sobre elementos de vulnerabilidad y daño (Pérez-Sales, 2008).

Este trabajo de detección y facilitación requiere de estrategias de carácter transteórico, puesto que se trata más de un cambio de enfoque que de una modalidad de terapia (Zoellner y Maercker, 2006). Por ello, a pesar del innegable vínculo con la psicología humanista y existencial, convendría contemplar las implicaciones clínicas del CRE desde una perspectiva integradora en psicoterapia, un movimiento en desarrollo durante los últimos treinta años.

La integración en psicoterapia se caracteriza por la integración teórica, la búsqueda de factores comunes, y el eclecticismo técnico (Arkowitz, 1992; citado en Fernández-Liria y Rodríguez-Vega, 2001). Así, la integración teórica refleja la tendencia a la búsqueda de un marco amplio en el que sea posible integrar aspectos cognitivos, afectivos, conductuales e interpersonales del funcionamiento humano. Este marco teórico amplio e integrador permitiría el trabajo con CRE desde cualquier orientación terapéutica de base. Por su parte, la búsqueda de factores comunes entre distintas terapias ofrece elementos próximos al trabajo con CRE, como la activación emocional, la capacidad de despertar esperanza, o la potenciación de nuevas formas de entenderse a sí mismo y a su situación, en el contexto de una relación humana particular, la relación terapéutica (Fernández-Liria y Rodríguez-Vega, 2001). Finalmente, el eclecticismo técnico permite aplicar el conocimiento acumulado sobre los resultados de técnicas de escuelas diversas, independientemente de la perspectiva teórica en la que fue diseñada, con el propósito de mejorar las posibilidades de tratamiento de cada persona y situación.

La integración en psicoterapia ha posibilitado el surgimiento de propuestas clínicas para la facilitación del CRE, y que serían de aplicación en la intervención psicológica con mujeres que han abortado. Para algunas mujeres la experiencia de la IVE supondrá un mayor grado de ruptura y en un sentido más negativo, por lo que posiblemente la percepción de vulnerabilidad y daño asociados a la experiencia motivarán la consulta. La oportunidad de una reconstrucción positiva de las creencias cuestionadas por la IVE guiará la presentación de técnicas que a continuación se propone.

Naturaleza significativa y con sentido del mundo.

La reconstrucción de las creencias sobre el sentido y propósito de su vida en el mundo, permitiría a la mujer reasumir el mundo después de la IVE como un lugar justo, predecible y, en cierto grado, controlable (Janoff-Bulman, 1992). Para ello se proponen cinco estrategias generales de facilitación de CRE: estimular la curiosidad en la exploración de la experiencia; favorecer la aceptación realista de lo vivido; desarrollar una historia coherente y con sentido que integre pasado, presente y futuro; incrementar la percepción de control mediante cambios en el estilo de vida; y promover la flexibilidad y la tolerancia a la ambigüedad.

En primer lugar, estimular la curiosidad en la exploración de la experiencia y promover la reflexión y el aprendizaje sobre sí mismas a partir de lo vivido (Pérez-Sales, 2008), son estrategias que facilitarían la búsqueda de sentido en la experiencia de la IVE, además de posibilitar nuevas formas de comprender la realidad (Vázquez et al., 2014). La mujer tiene la oportunidad de indagar en un entorno seguro los detalles de lo sucedido, por ejemplo, su vivencia de la noticia del embarazo, los pensamientos y sentimientos no compartidos, el proceso de decisión íntimo y exteriorizado, la búsqueda de apoyo, sus reacciones durante el procedimiento de interrupción, su estado en el periodo posterior, la respuesta de su entorno a sus manifestaciones, etc. La curiosidad en la exploración permite a la mujer una distancia protectora como observadora externa, y promueve la comprensión profunda de lo sucedido, facilitando así la construcción de sentido y abriendo la posibilidad de percibir cambios, por qué no, positivos, en la comprensión del mundo antes y después de la IVE.

En segundo lugar, favorecer la aceptación realista de lo vivido podría ser el paso previo para poder transformar esa realidad (Pérez-Sales, 2008). El trabajo terapéutico para asumir una responsabilidad realista ante los hechos mejora la habilidad para integrar situaciones que no pueden ser modificadas, porque ensancha la percepción de libertad para escoger de qué forma construir la narrativa de lo sucedido. Es decir, la aceptación realista amplía la capacidad de distinguir entre lo relevante y lo accesorio, puede hacer que se aprecien aspectos antes invisibles, o que cambien las prioridades (Calhoun y Tedeschi, 1999).

En el contexto de la IVE, este trabajo da la oportunidad de revisar cuestiones relacionadas con la fertilidad y la maternidad presente o futura. Algunas mujeres reaccionan ante la fecundidad circundante, otros embarazos, niños o tratamientos de fertilidad en su contexto próximo (p.ej. familia, amigos) y amplio (p.ej. parques, televisión). Aceptar de forma realista su decisión y sus consecuencias contribuye a asumir su propia vida como diferente de las vidas de otras mujeres, y esta distinción debe dar cabida a aspectos tanto negativos como positivos de esta diferencia. Asimismo, la experiencia de la IVE es en sí misma una experiencia reproductiva, y para algunas mujeres supone una oportunidad para reflexionar sobre la maternidad futura pospuesta o presente

(hijos habidos), particularmente para las que se encuentran en su primer (Kero et al., 2001; 2004) o último embarazo. Al posibilitar cambios en la percepción de la realidad, la aceptación realista no incrementaría el crecimiento, sino que lo facilitaría (Vázquez et al., 2014).

En tercer lugar, puesto que la realidad en psicoterapia no es objetivamente verdadera, sino que es la narrativa que construye la mujer de su verdad, desarrollar una historia coherente y con sentido de continuidad que integre pasado, presente y futuro constituye otra forma de promover el CRE. Por un lado, la coherencia en la narrativa viene dada por la inclusión de la IVE en la historia de vida de la mujer. En ella, el significado de la IVE será finalmente positivo, negativo o neutro, pudiendo constituir para algunas mujeres un punto de referencia positivo o negativo en la organización de otras experiencias menos salientes (Berntsen et al., 2003).

Por otro lado, la continuidad en la narrativa desde el punto de vista del CRE se plantea a través del trabajo con memorias autobiográficas positivas. Ochoa et al. (2010) proponen un ejercicio en el que en primer lugar se recuperarían representaciones (p.ej. imágenes, ideas, sensaciones) positivas anteriores a la IVE, en segundo lugar se identificaría en qué medida es posible experimentarlas en el presente, y en tercer lugar se generarían alternativas que las contengan en el futuro. Mediante los elementos de coherencia y continuidad, la nueva narrativa integra elementos de pérdida, permanencia, recuperación y esperanza, posibilitando la percepción de crecimiento.

En cuarto lugar, se recuerda que las situaciones altamente estresantes se caracterizan por la percepción de pérdida de control, que participa en la ruptura de los supuestos sobre el mundo (Janoff-Bulman, 1992). De ahí que incrementar la percepción de control mediante cambios en el estilo de vida pueda promover el crecimiento (Connerty y Knott, 2013; Dekel et al., 2011; Linley y Joseph, 2004; Ochoa et al., 2010). Por ejemplo, algunas mujeres pueden mejorar la percepción de control mediante la revisión de sus prácticas anticonceptivas, o mediante la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales de riesgo. La percepción de responsabilidad incrementada es un resultado que se ha encontrado de forma natural en la integración de la IVE en este y otros estudios (Kero et al., 2004), y su consideración en el ámbito clínico puede facilitar la recuperación de la percepción de control.

En quinto y último lugar, la reconstrucción de la percepción de control y predictibilidad del mundo deberá propiciar la mejora de la flexibilidad y del manejo de la incertidumbre. La tolerancia a la ambigüedad contribuye a aceptar la posibilidad de vivir en un mundo en el que no es posible controlarlo todo (Pérez-Sales, 2004). Al tolerar que aspectos negativos y positivos, de pérdida y crecimiento, coexistan ante una experiencia estresante, este tipo de estrategias facilitan la percepción de CRE. Una aplicación característica en el contexto de la IVE se relaciona con la revisión de valores morales y espirituales, que para algunas mujeres puede suponer una importante fuente de conflicto en la integración del aborto. La flexibilización de aspectos como el

bien y el mal, o lo correcto y lo incorrecto, posibilita posturas menos rígidas en la evaluación de la IVE en el conjunto de su vida, y permite a la mujer hacer predicciones más tolerantes sobre el mundo y quienes la rodean.

Benevolencia del mundo y de los otros.

La reconstrucción de las suposiciones sobre la benevolencia del mundo y de los otros, permitirá a la mujer sustentar una nueva postura favorable hacia la relación con el mundo social, y sobre la bondad, confianza, intimidad y comunicación con los otros. Además, la reconstrucción de este grupo de creencias sustentará una visión positiva del mundo en general y de lo que en él sucede en particular, contribuyendo a realizar predicciones positivas sobre el propio futuro (Janoff-Bulman, 1992). Para ello se proponen cuatro estrategias generales de facilitación de CRE: promover la integración de los cambios en las relaciones a través de la gratitud y el perdón; facilitar el desarrollo de una mayor conciencia relacional; fomentar la autorrevelación y el compartir social; y apoyar el uso de modelos positivos.

En primer lugar, es indudable que se producen cambios en las relaciones sociales de las mujeres que abortan. Algunas relaciones se ven fortalecidas, más cercanas e íntimas, mientras que otras se deterioran, se distancian o se rompen (Calhoun y Tedeschi, 1999). La integración de estos cambios ofrece una oportunidad para la facilitación del CRE. Para ello, la propuesta terapéutica se articula a través de dos estrategias: la gratitud y el perdón. Mediante la gratitud, se promovería la toma de conciencia de haber recibido algo positivo de otra persona, lo que facilitaría percepción de beneficios relacionales.

Las intervenciones centradas en el perdón (Hervás, Sánchez, y Vázquez, 2008), por su parte, buscarían favorecer en la mujer la empatía con la persona que ella percibe que le ha herido o le ha fallado, pero también el reconocimiento de los eventuales errores y ausencias propias. Se trataría de que la mujer valore las atribuciones que realiza sobre la conducta propia y del otro, ajustando la intencionalidad asignada a cada uno en el deterioro o ruptura de la relación. Este tipo de estrategias facilita la ocurrencia de CRE ante la IVE, haciendo más presentes los aspectos positivos vinculados a la gratitud con otras personas, y ajustando las atribuciones negativas a ella misma y a los demás a través del perdón.

En segundo lugar, se plantea facilitar el desarrollo de una mayor conciencia relacional, lo que adquiere especial relevancia en la relación de pareja. Para aquellas mujeres que se encuentran en una relación de pareja estable, la concordancia en el proceso de integración de ambos miembros se ha relacionado una percepción de crecimiento compartida (Büchi et al., 2009). La toma de conciencia relacional incluye elementos como la aprehensión empática de las intenciones del otro,

la comprensión de las limitaciones, o el descubrimiento de la propia influencia o responsabilidad en las interacciones (Vázquez et al., 2014). Para aquellas mujeres que perciben deterioro o informan de ruptura en su relación de pareja, este tipo de intervenciones puede resultar igualmente promotor de CRE, pues les permitirá experimentar la relación presente o futura desde una mayor conciencia relacional y empática, mejorando la calidad de la conexión con el otro.

En tercer lugar, hay amplio consenso teórico y empírico (Calhoun y Tedeschi, 1999; Manne et al., 2004; McMillen, 2004; Schroevers et al., 2010; Wiser y Arnow, 2001) en que la expresión emocional y el compartir social son elementos importantes del crecimiento y de la percepción de cambios positivos. Sin embargo, en el contexto específico de la IVE, la mujer manifiesta a menudo sus reservas a compartir con otros su experiencia, bajo suposiciones sobre su disponibilidad física, emocional o moral. El secreto y el silencio consecuentes aíslan a la mujer, y limitan el potencial terapéutico del compartir social, como son la desensibilización a las emociones negativas, la contribución al procesamiento cognitivo de la IVE, el reconocimiento de otros, y la percepción de integración social. Por tanto, un primer paso en en el contexto de la IVE es la reconsideración de la disponibilidad atribuida entre las personas relevantes, la identificación de quiénes podrían ofrecer el respeto, comprensión y aceptación a la experiencia vivida, y el diseño de la aproximación más afectiva al medio social de la mujer.

En cuarto y último lugar, se propone apoyar el uso de modelos positivos en la integración de la IVE (Ochoa et al., 2010; Vázquez et al., 2014). En algunos casos, conocer a otras mujeres que hayan abortado y hayan integrado exitosamente la experiencia puede contribuir a incrementar la búsqueda de cambios vitales positivos propios, como se ha hallado ya en mujeres con cáncer de mama (Weiss, 2004). En otros casos, el que personas significativas actuales o pasadas de la vida de la mujer hayan integrado otras experiencias difíciles, puede constituir un referente positivo para la mujer, permitiéndole extraer un aprendizaje de tipo vicario. Finalmente, vale la pena considerar qué características personales propias podrían servir a otras personas en la misma situación (Ochoa et al., 2010), lo que movería a la mujer a atender a una versión de sí misma como modelo para otros.

Valía de uno mismo y yo digno de respeto.

La reconstrucción de las suposiciones sobre la valía de sí mismas y del yo digno de respeto, facilitaría el desarrollo de nuevas creencias positivas sobre sí mismas, mayor percepción de eficacia y autocontrol, motivación renovada, y sentido de propósito personal (Janoff-Bulman, 1992). Para ello se proponen cinco estrategias generales de facilitación de CRE: favorecer el procesamiento y expresión emocional; promover la regulación emocional y el autocontrol;

mejorar la autoconfianza; potenciar la satisfacción consigo; y facilitar la percepción de propósito personal.

En primer lugar, los acontecimientos estresantes suelen implicar una percepción aumentada de vulnerabilidad (Calhoun y Tedeschi, 1999). La mujer sintoniza racionalidad y experiencia, y comprende que un embarazo y un aborto son realidades que de hecho le pueden pasar a ella. Comprende asimismo que esta vulnerabilidad real implica también las consecuencias de la IVE, y en el caso de las mujeres que consultan, de las consecuencias psicológicas negativas en especial.

El trabajo terapéutico que favorezca la integración de las emociones ha de comprender tanto estrategias de procesamiento emocional, que ayuden a la mujer a conocer y entender sus propias emociones, como estrategias de expresión emocional, que ayuden a traducir a un lenguaje socialmente aceptado la experiencia emocional (Stanton, Kirk, Cameron, y Danoff-Burg, 2000). Ahora bien, en la aplicación clínica del CRE resulta fundamental promover en la mujer la toma de conciencia de las emociones positivas asociadas a la IVE que, como se ha visto, coexisten con las negativas (Broen et al., 2004; Fergusson et al., 2009; Kero y Lalos, 2000; Kero et al., 2004; Major et al., 1990; Major et al., 2000; Pope et al., 2001; Söderberg et al., 1998; Törnbom et al., 1999).

Aunque el potencial adaptativo de las emociones negativas es importante, estrechan la percepción y el repertorio de respuesta, ya que reducen el rango de respuestas posibles para intentar solucionar problemas inmediatos de manera específica (Fredrickson, 2001). Sin embargo, el afecto positivo tiene el potencial de ampliar los repertorios con los que las personas actúan, piensan, sienten y se vinculan con los otros (Ochoa et al., 2010). Por ello, la intervención sobre el afecto positivo tiene mayor alcance en la ocurrencia de CRE. Por ejemplo, se pueden emplear estrategias de señalamiento, para resaltar la presencia de afecto positivo en los relatos sobre acontecimientos pasados, presentes y futuros (proyectos) de la mujer. También puede reasignar significado a las reacciones emocionales (Ochoa et al., 2010). Por ejemplo, ante ciertas respuestas percibidas como anormales por la mujer, se realizarían indicaciones sobre su normalidad en el contexto extraordinario que supone la IVE.

En segundo lugar, partiendo de una mejor comprensión de las propias emociones, se plantea como estrategia en el contexto del CRE la promoción de la regulación emocional y el autocontrol. Este tipo de estrategias permite entrenar formas más efectivas de respuesta a situaciones emocionalmente intensas, y puede incluir elementos diálogo interno, relajación, reestructuración cognitiva, y regulación de pautas de evitación e impulsos (p.ej. agresivos), por citar algunos ejemplos.

En tercer lugar, se proponen estrategias para la mejora de la autoconfianza (Tedeschi y Calhoun, 1999), principalmente a través del desarrollo de la autonomía emocional. El trabajo en esta

dirección contribuye a la recuperación y mejora de la confianza en sí mismas, el desarrollo de la autoestima, la automotivación, y la toma de decisiones libre y responsable. Por ejemplo, estrategias que exploren su noción de identidad y mejoren el conocimiento de sí mismas, contribuirían a una construcción equilibrada del autoconcepto. El autoconcepto puede haber sido frágil antes de la IVE, pero también podría haberse visto deteriorado en referencia a ella, particularmente en mujeres que han experimentado emociones intensas autodirigidas (p.ej. culpa o rabia). Asimismo se ha propuesto emplear la valoración realista y positiva de las propias limitaciones y capacidades, y dentro de estas últimas, el trabajo con las fortalezas contribuye especialmente a la ocurrencia de CRE (Vázquez et al., 2014). Calhoun y Tedeschi (1999) apuntan a que el hecho de estar intentando integrar la experiencia es una muestra de fortaleza y que, como tal, contribuye a la autoconfianza.

En cuarto lugar, se propone potenciar la satisfacción consigo mismas, para lo que se han empleado diversas estrategias relacionadas con el CRE. Por ejemplo, la recuperación de recuerdos de éxito puede realizarse con el fin de construir lo que se ha denominado un patrón-de-realización, en contraste con los patrones-problema empleados en psicoterapia (Ochoa et al., 2010). Implicaría observar qué se repite de modo satisfactorio consigo misma o con otros significativos en su contexto, connotar positivamente los éxitos y logros de la mujer, y contribuir a la construcción coherente de una narrativa satisfactoria de realización percibida, que puede incluir o no la integración de la experiencia de la IVE.

En quinto y último lugar se incluye la propuesta de facilitar la percepción de propósito personal en las mujeres que abortan. La experiencia de la IVE supone para algunas mujeres el detonante para emprender de manera natural cambios en diversos ámbitos de su vida, como por ejemplo iniciar o retomar la actividad académica, buscar trabajo o cambiar de empleo. La forma en la que estos cambios van a ampliar la realización personal y la percepción de propósito puede fomentarse también en el ámbito clínico, promoviendo la exploración de proyectos e ilusiones, y articulando las formas en las que la mujer los llevará a cabo.

6.5. Conclusiones.

De acuerdo con los resultados obtenidos en las mujeres participantes de la provincia de Las Palmas, en atención a los objetivos planteados, y tomando en consideración las limitaciones descritas, es posible proponer las siguientes conclusiones:

Respecto al crecimiento relacionado con el estrés.

- Una proporción progresivamente ascendente de participantes informó de percepción de crecimiento relacionado con el estrés ante la IVE, con puntuaciones elevadas en todos los momentos de medida.
- Se produjeron cambios estadísticamente significativos en la magnitud del cambio experimentado por las mujeres a lo largo del tiempo, con un patrón de incremento constante en la percepción global de crecimiento.
- No se logró replicar la estructura factorial original del instrumento PTGI. En este estudio un único factor dio cuenta de las correlaciones entre los ítems de cuestionario.

Con fines descriptivos se estudió el comportamiento de los cinco factores teóricos del PTGI:

1. El área teórica "fortaleza personal" se situó en primer lugar, con mayor puntuación e incrementos significativos a lo largo del tiempo.
2. El área teórica "relaciones con los otros" se situó en segundo lugar, también con un patrón de incremento significativo.
3. El área teórica "nuevas posibilidades" se situó en tercer lugar, asimismo con un patrón de incremento significativo.
4. El área teórica "aprecio por la vida" ocupó el cuarto lugar. Aunque el aumento fue constante solo fue significativo al cabo del primer mes.
5. El área teórica "cambio espiritual" se situó en quinto y último lugar, con un descenso entre seguimientos, pero con un incremento significativo a lo largo de los seis meses de estudio. Las mujeres procedentes de Latinoamérica obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en esta área que las mujeres nacidas en España.

- El estrés situacional percibido medido el día de la IVE resultó ser un predictor de CRE de manera transversal, pero no longitudinal.
- El nivel de seguridad expresado respecto a la decisión no se relacionó con la percepción de CRE en ningún momento de medida.
- La valoración positiva de la IVE se relacionó directa y significativamente con la puntuación en CRE en ambos seguimientos. La valoración negativa de la experiencia no se relacionó con CRE en ningún momento de medida.

- En el primer seguimiento, la ausencia de otros acontecimientos estresantes en la vida de la mujer correlacionó significativamente con puntuaciones más altas en CRE.
- Las mujeres que en el seguimiento al mes indicaron percibir mejoras en su relación de pareja, reflejaron niveles significativamente más altos de CRE que las que percibieron deterioro.
- En el seguimiento al sexto mes, las puntuaciones en CRE fueron significativamente más altas para las que indicaron la ruptura de la pareja, comparadas con las que percibieron deterioro.
- La presencia de fantasías sobre otro curso de acción en el seguimiento al sexto mes se relacionó con informes significativamente más altos de CRE. El rango de puntuaciones fue significativamente mayor en las áreas teóricas de: "nuevas posibilidades", "aprecio por la vida", y "cambio espiritual".
- Los predictores longitudinales de CRE resultaron ser, en orden de mayor a menor proporción de varianza explicada:

    1. Una mayor percepción de la IVE como un punto de inflexión en su vida (centralidad del evento): Las mujeres que consideraron la IVE como un punto de inflexión en su vida obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en CRE que el resto de categorías de respuesta.
    2. Un menor nivel de formación: Las mujeres con estudios primarios obtuvieron una puntuación significativamente más elevada en CRE que las mujeres con estudios universitarios y de posgrado.
    3. Una mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE el primer mes: Las mujeres que indicaron pensar continuamente en la IVE obtuvieron un rango promedio de puntuaciones mayor que las que dijeron pensar nunca o casi nunca. De manera transversal y longitudinal, la mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE al mes explicó una proporción de varianza significativa de la percepción de CRE.
    4. Una menor frecuencia de pensamientos sobre la IVE el sexto mes: A los seis meses, una menor frecuencia de pensamientos contribuyó a explicar varianza de la percepción de CRE solo longitudinalmente. El CRE vendría explicado por una alta frecuencia de pensamientos pronto tras la experiencia estresante, y una baja frecuencia de pensamientos al menos seis meses después.
    5. Una mayor percepción de apoyo social de personas relevantes el primer mes: Mayores puntuaciones en CRE correlacionaron significativamente con un nivel mayor de apoyo social percibido en todos los momentos de medida. Fue un predictor transversal de CRE el día de la IVE y en el primer seguimiento.

- El contenido de las narrativas de las mujeres que referencian la experiencia de crecimiento refleja tanto la ruptura de los supuestos previos de funcionamiento, como la reconstrucción de las creencias básicas sobre:

- La naturaleza significativa y con sentido del mundo: mayor percepción de control, aceptación realista, cambio en las prioridades, percepción de responsabilidad incrementada, y revisión de valores morales y espirituales.
- La benevolencia del mundo y de los otros: cambio en la idea de los otros, apoyo social percibido como fuente de cambio personal, mayor proximidad de las relaciones, los otros como ejemplo para la mujer, y la propia mujer como ejemplo o consejo para otros.
- La valía de sí mismas y del yo digno de respeto: cambios en el autoconcepto, mejora en la autoconfianza, percepción incrementada de libertad, mejora en los procesos de toma de decisión, cambios en la idea de la propia maternidad, proyectos y sentido de propósito personal, y voluntad de mayor cambio y mejora.

Respecto a las características del embarazo y de la decisión.

- La noticia del embarazo y la decisión del aborto son acontecimientos estresantes discretos distintos.
- Ambos acontecimientos suponen un nivel muy elevado de estrés para las mujeres.
- Para una mayor proporción de mujeres el estrés asociado al embarazo inesperado es significativamente más alto que el asociado a la toma de decisión de interrumpirlo.
- Un mayor nivel de estrés percibido por el conocimiento del embarazo se relacionó con una mayor expresión de seguridad de la decisión, con no compartir su situación con nadie, y con la ocurrencia de uno o más acontecimientos estresantes concurrentes a lo largo del año anterior a la IVE.
- Un mayor nivel de estrés percibido por la decisión de la interrupción se relacionó con la presencia de apego al embarazo, menor seguridad de la decisión de abortar, percepción de un mayor grado de cambio en la idea de sí mismas, y ocurrencia de uno o más acontecimientos estresantes concurrentes a lo largo del año anterior a la IVE.
- Aquellas mujeres que indicaron experimentar apego al embarazo, señalaron también menor seguridad de la decisión, mayor percepción de cambio personal, y estrés elevado asociado a la toma de decisión. Las mujeres nacidas en el extranjero mostraron significativamente mayor apego al embarazo que las nacidas en España.
- Las mujeres que revelaron haber consultado a un profesional de la salud mental o tener psicofármacos prescritos en el último año refirieron menor apoyo social percibido, y más concretamente quienes tenían psicofármacos prescritos informaron de niveles más elevados de estrés situacional percibido, mostraron patrones de convivencia agrupada, menor seguridad de la decisión, y percepción de cambios en la idea de sí mismas al tomarla.
- Los síntomas físicos tras la IVE no se relacionaron con ninguna variable en ningún momento de medida.

Respecto al procesamiento cognitivo de la experiencia.

- Una amplia mayoría de mujeres indicó seguridad de la decisión de abortar tanto el día de la IVE como posteriormente.
- El nivel de seguridad de la decisión mostró un descenso significativo en el seguimiento al mes, y un incremento en el sexto mes. En el conjunto del estudio hubo un incremento significativo en la expresión de seguridad.
- El nivel de seguridad el día de la IVE resultó ser significativamente inferior en las mujeres más jóvenes, comparado con las mujeres de mayor edad. Esta diferencia desaparece en el primer seguimiento.
- El día de la IVE la mayor seguridad de la decisión aparece vinculada a otras variables del estudio: mayor estrés asociado a la noticia del embarazo, valoración del embarazo como no deseado, ausencia de percepción de cambio personal, y mayor percepción apoyo social.
- En ambos seguimientos la mayor seguridad de la decisión se relacionó con las mismas variables: ausencia de estrés concurrente, menor frecuencia de pensamientos sobre la IVE, ausencia de fantasías sobre otro curso de acción, mayor afecto positivo, y menor afecto negativo. La excepción la supuso la percepción de apoyo social de figuras relevantes, que se relacionó con la seguridad de la decisión en T1, pero esta asociación desapareció en T2.
- En el seguimiento al mes casi la mitad de las mujeres indicó pensar continuamente o a menudo en la IVE, mientras que en el seguimiento al sexto mes lo hicieron significativamente menos mujeres, solo una cuarta parte de las participantes.
- En ambos seguimientos la mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE se relacionó con informes de estrés concurrente, presencia de fantasías sobre otro curso de acción, mayor afecto negativo, y menor afecto positivo.
- Entre el 40% y el 50% de las participantes reveló tener fantasías sobre el curso de acción alternativo a la IVE en ambos seguimientos.
- Aunque la mayor parte de las participantes que indicó la presencia de fantasías sobre otro curso de acción en el primer seguimiento había señalado también apego al embarazo el día de la IVE, casi la mitad de las que no indicaron apego al embarazo sí presentaron fantasías posaborto.
- En el seguimiento al mes la presencia de fantasías sobre otro curso de acción se relacionó con menor seguridad de la decisión, mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE, menor apoyo social percibido, presencia de estrés concurrente, menor afecto positivo, y mayor afecto negativo.
- En el seguimiento al sexto mes la presencia de fantasías sobre otro curso de acción se relacionó nuevamente con menor seguridad de la decisión, mayor frecuencia de pensamientos sobre la IVE, presencia de estrés concurrente, y mayor afecto negativo. Sin embargo, desapareció la relación con afecto positivo y con apoyo social, y se halló una nueva relación con mayor percepción de CRE y con mayor percepción de la IVE como un punto de inflexión en su vida (centralidad del evento).

- Transcurridos seis meses más de la mitad de las participantes expresaron que la IVE constituía un punto de inflexión en su vida (centralidad del evento).
- Una mayor percepción de la IVE como evento central se relacionó significativamente tanto con mayor valoración positiva como con mayor valoración negativa de la IVE.
- El contenido de las narrativas de las mujeres que referencian la existencia de procesamiento cognitivo refleja asimismo varios parámetros asociados a la decisión (revisión de motivos, seguridad, conformidad y satisfacción), categorías que indican la presentación de fantasías congruentes e incongruentes con la decisión tomada, y la presencia de rumia intrusa y deliberada, con elementos de búsqueda de sentido y valoración de centralidad del evento para algunas de ellas.

Respecto al procesamiento afectivo de la experiencia.

- Afecto positivo y negativo coexisten en una amplia mayoría de mujeres en la valoración de la experiencia de la IVE.
- Ambas variables estuvieron disociadas en el primer seguimiento, pero en el segundo correlacionaron inversamente entre sí.
- A lo largo del tiempo se incrementó el afecto positivo, mientras que disminuyó el negativo:
    - Una amplia proporción de mujeres informó de una valoración positiva en ambos seguimientos. Se halló un incremento discreto pero significativo entre el primer y el segundo seguimiento.
    -La valoración negativa fue más acusada en el tiempo más próximo a la IVE, mientras que al cabo de seis meses, su impacto disminuyó. La proporción de mujeres que indicó un impacto bastante o muy negativo al mes se redujo a la mitad al sexto mes.
- La valoración positiva de la experiencia se relacionó en el seguimiento al mes con mayor apoyo social percibido, mayor seguridad, menor frecuencia de pensamientos acerca de lo sucedido, mayor percepción de crecimiento, y ausencia de fantasías sobre otro curso de acción. En el seguimiento al sexto mes desaparece la relación significativa con la ausencia de fantasías.
- En ambos seguimientos, una valoración menos negativa de la experiencia correlacionó significativamente con una mayor seguridad, menor frecuencia referida a pensar sobre lo sucedido, con la ausencia de fantasías, y con la no concurrencia de acontecimientos estresantes.
- El contenido de las narrativas de las mujeres que referencian la presencia de procesamiento afectivo refleja también la presencia de afecto positivo y negativo, así como su coexistencia. Las mujeres expresan también malestar subjetivo o sintomatología psicológica, así como bienestar subjetivo o psicológico.

Respecto al procesamiento interpersonal de la experiencia.

- La percepción de apoyo social de personas relevantes fue alta en todos los momentos de medida.
- El nivel de apoyo social percibido descendió significativamente en el seguimiento del primer mes y volvió a incrementarse en el del sexto mes. No hubo diferencias entre el día de la IVE y el segundo seguimiento.
- El apoyo social en el momento de la IVE tuvo puntuaciones significativamente superiores para aquellas mujeres que percibían estabilidad en su situación de pareja, comparado con las que indicaron empeoramiento o ruptura antes de la IVE. La ausencia de pareja estable en el momento de la IVE no supuso una diferencia significativa en apoyo social con respecto a ninguna otra situación de pareja. No se alcanzó la significación de las diferencias en apoyo social para ninguna categoría de pareja en ningún seguimiento.
- Un mayor apoyo social percibido en el momento de la IVE se relacionó significativamente con mayor seguridad de la decisión, menor percepción de estrés situacional, menor percepción de cambio en la idea de sí mismas al tomar la decisión, y mayor percepción de crecimiento relacionado con el estrés. Niveles más bajos en apoyo social percibido se relacionaron con la prescripción de psicofármacos y con haber acudido a la consulta de un psicólogo o psiquiatra en el último año, así como con ser de procedencia extranjera.
- Un mayor apoyo social percibido en el seguimiento al mes se relacionó significativamente con mayor seguridad de la decisión, menor frecuencia de pensamientos sobre el aborto, ausencia de fantasías sobre otro curso de acción, mayor afecto positivo, menor afecto negativo y mayor crecimiento relacionado con el estrés. En el seguimiento al sexto mes solo se mantuvo la significación para un mayor afecto positivo y mayor percepción de crecimiento.
- El contenido de las narrativas de las mujeres que referencian la existencia de procesamiento interpersonal refleja también la existencia de aislamiento y percepción de soledad en las situaciones de secreto, y también recoge la percepción de mejora y presencia de rupturas de pareja en el periodo que rodea al aborto. El apoyo social percibido se valoraba positivamente cuando era concordante con la decisión, mientras que el discordante se categorizó como mal apoyo.

7. REFERENCIAS.

Abraído-Lanza, A. F., Guier, C., y Colón, R. M. (1998). Psychological thriving among latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues, 54*(2), 405-424. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1998.tb01227.x

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*(4951), 41-44. DOI: 10.1126/science.2181664

Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., y Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion. A review. *American Psychologist, 47*(10), 1194-1204. DOI: 10.1037/0003-066X.47.10.1194

Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., y Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(1), 29-35. DOI: 10.1037/0022-006x.55.1.29

Affleck, G., y Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality, 64*, 900-922. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x

Agee, M. C. (2003). *The health risks of abortion.* Washington: Family Research Council. Recuperado de http://news.heartland.org/sites/all/modules/custom/heartland_migration/files/pdfs/9139.pdf

Aldwin, C. M., Levenson, M. R., y Spiro, A. (1994). Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Psychology and Aging, 9*(1), 34-44. DOI: 10.1037//0882-7974.9.1.34

Aldwin, C. M., y Levenson, M. R. (2004). Posttraumatic growth: A developmental perspective. *Psychological Inquiry, 15*(1), 19-22. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/20447195

Alhusen, J. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, & Neonatal Nursing, 37*(3), 315-328. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x

Alisic, E., van der Schoot, T. A. W., van Ginkel, J. R., y Kleber, R. J. (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: Posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(9), 1455-1461. Recuperado de https://traumarecoverydotnet.files.wordpress.com/2012/04/alisic-et-al_beyond-ptsd.pdf

Allanson, S. (2007). Abortion decision and ambivalence: Insights via an abortion decision balance sheet. *Clinical Psychologist, 11*(2), 50-60. DOI: 10.1080/13284200701675767

Allanson, S., y Astbury, J. (1995). The abortion decision: reasons and ambivalence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 16*(3), 123-136. DOI: 10.3109/01674829509024461

Allanson, S., y Astbury, J. (1996). The abortion decision: fantasy processes. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 17*(3), 158-167. DOI: 10.3109/01674829609025677

Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología.* México D. F., México: Ediciones Paidós.

American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (T. de Flores, J. Masana, È. Masana, J. Toro, J. Treserra, y C. Udina, Trad.). Barcelona, España: Masson. (Versión original publicada en 2000).

American Psychiatric Association (2014). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Editorial Médica Panamericana, Trad.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. (Versión original publicada en 2013).

American Psychological Association. Task force on mental health and abortion. (2008). *Report of the task force on mental health and abortion.* Washington DC, EE.UU.: Autor. Recuperado de http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf

Anderson, W. P., y López-Báez, S. (2008). Measuring growth with the Posttraumatic Growth Inventory. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development, 40*, 215-227. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=28324958&lang=es&site=ehost=live

Anderson, W. P., y López-Báez, S. (2011). Measuring personal growth attributed to a semester of college life using the Posttraumatic Growth Inventory. *Counselling and Values, 56*(1-2), 73-82. DOI: 10.1002/j.2161-007x.2011.tb01032.x

Armeli, S., Gunthert, K. C., y Cohen, L. H. (2001). Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related growth. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(3), 366-395. DOI:10.1521/jscp.20.3.366.22304

Arnau, J., y Bono, R. (2008). Estudios longitudinales. Modelos de diseño y análisis. *Escritos de Psicología, 2*(1), 32-41. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n1/original3.pdf

Arnoso, M., Bilbao, M. A., Techio, E., Zubieta, E., Cárdenas, M., Páez, D., Iraurgui, I., Kanyangara, P., Rimé, B., Pérez-Sales, P., Martín-Beristáin, C., Díaz, D., y Blanco, A. (2011). Violencia colectiva y creencias básicas sobre el mundo, los otros y el yo: Impacto y reconstrucción. En D. Páez, C. Martín-Beristáin, J. L. González, N. Basabe, y J. De Rivera, *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* (pp. 247-277). Madrid, España: Fundamentos.

Arpawong, T. E., Oland, A., Milam, J. E., Ruccione, K., y Meeske, K. A. (2013). Post-traumatic growth among an ethnically diverse simple of adolescent and young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology, 22*(10), 2235-2244. DOI: 10.1002/pon.3286

Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. (2014). *Condiciones que motivan el aborto provocado.* Madrid, España: Autor. Recuperado de http://www.acaive.com/pdf/Estudio-ACAI-Causas-Aborto-Oct-Nov-2013.pdf

Astburi-Ward, E. M. (2008). Emotional and psychological impact of abortion: a critique of the literature. *Family Planning and Reproductive Health Care, 34*(3), 181-184. DOI: 10.1783/147118908784734954

Astbury, J. y Allanson, S. (2009). Psychosocial aspects of fertility regulation. En World Health Organization (Ed.), *Mental Health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature* (pp. 44-66). Ginebra, Suiza: World Health Organization. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563567_eng.pdf

Avalos, L. (1999). Hindsight and the abortion experience: What abortion means to women years later. *Gender Issues 17*(2), 35-57. DOI: 10.1007/s12147-999-0014-8

Avia, M. D. (2006). La psicología positiva y la moda de la "soft-psychology". *Clínica y Salud, 17*(3), 239-244. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v17n3/v17n3a02.pdf

Avia, M. D., y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas.* Madrid, España: Alianza Editorial.

Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C., y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta, 27*(114), 581-604. Recuperado de http://hdl.handle.net/11162/25035

Bankole, A., Singh, S., y Haas, T. (1998). Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives, 24*(3), 117-127 y 152. DOI: 10.2307/3038208

Bankole, A., Singh, S., y Haas, T. (1999). Characteristics of women who obtain induced abortion: A worldwide review. *International Family Planning Perspectives, 25*(2), 68–77. DOI: 10.2307/2991944

Bârliba, R. G., y Dafinoiu, I. (2015). The hindsight bias effect and counterfactual thinking: Clinical predictors. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 15*(1), 212-133. Recuperado de http://search.ebscohost.com.bibproxy.ulpgc.es/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=101895853&lang=es&site=ehost-live

Barton, S., Boals, A., y Knowles, L. (2013). Thinking about trauma: the unique contributions of event centrality and posttraumatic cognitions in predicting PTSD and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 26*(1), 718-726. DOI: 10.1002/jts.21863

Basabe, N., y Ros, M. (2005). Cultural dimensions and social behavior correlates: Individualism-Collectivism and Power Distance. *Revue Internationale de Psychologie Sociale, 18*(1), 189-225. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Nekane_Basabe/publication/252192818_Cultural_dimensions_and_social_behavior_correlates_Individualism-Collectivism_and_Power_Distance/links/0c96052985a1ca67db000000.pdf?ev=pub_ext_doc_dl&origin=publication_detail&inViewer=true

Basabe, N., y Valencia, J. (2007). Cultures of Peace: Sociostructural dimensions, cultural values and emotional climate. *Journal of Social Issues, 63*(2), 405-421. DOI: 10.1111/j.1540-4560.2007.00516.x

Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., y Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology, 5*(4), 323-370. DOI: 10.1037//1089-2680.5.4.323

Bellizzi, K. M., Smith, A. W., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Bernstein, L., Meeske, K., Baumgartner, K. B., y Ballard-Barbash, R. R. (2010). Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *Journal of Health Psychology, 15*(4), 615-626. DOI: 10.1177/1359105309356364

Benerato, B. B. (2008). *The relationships of social support, rumination, posttraumatic growth, and the length of time following a combat-related amputation among Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom veterans* (Tesis doctoral). Universidad Católica de América, Washington D.C., EE.UU.

Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and individual differences, 52*(7), 782-787. DOI: 10.1016/j.paid.2012.01.011

Berenson, A. B., Breitkopf, C. R., y Wu, Z. H. (2003). Reproductive correlates of depressive symptoms among low-income minority women. *Obstetrics & Gynecology, 102*(6), 1310-1317. DOI: 10.1016/j.obstetgynecol.2003.08.012

Berntsen, D. (2001). Involuntary memories of emotional events: Do memories of traumas and extremely happy events differ? *Applied Cognitive Psychology, 15*(7), S135-S158. DOI:10.1002/acp.838

Berntsen, D., Willert, M., y Rubin, D. C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology, 17*(6), 675-693. DOI: 10.1002/acp.894

Berntsen, D., y Rubin, D. C. (2004). Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & Cognition, 32*(3), 427-442. DOI: 10.3758/bf03195836

Berntsen, D., y Rubin, D. C. (2006). The Centrality of Event Scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 219-231. DOI: 10.1016/j.brat.2005.01.009

Bilbao, M. A., Páez, D., da Costa, S., y Martínez-Zelaya, G. (2013). Cambio en creencias básicas y crecimiento post estrés: un estudio transversal sobre el fuerte impacto de los hechos positivos sobre el bienestar. *Terapia Psicológica, 31*(1), 127-139. DOI: 10.4067/s0718-48082013000100012

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K. A., Taylor, A. E., Loos, W. R., y Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy, 34*(10), 775-786. DOI: 10.1016/0005-7967(96)00038-1

Boals, A., Steward, J. M., y Schuettler, D. (2010). Advancing our understanding of posttraumatic growth by considering event centrality. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping, 15*(6), 518-533. DOI:10.1080/15325024.2010.519271

Boals, A., y Schuettler, D. (2011). A double-edged sword: Event centrality, PTSD and posttraumatic growth. *Applied Cognitive Psychology, 25*(1), 817-822. DOI: 10.1002/acp.1753

Bogart, L. M., Cowgill, B. O., Kennedy, D., Ryan, G., Murphy, D. A., Elijah, J., y Schuster, M. A. (2007). HIV-Related stigma among people with HIV and their families: A qualitative analysis. *AIDS & Behavior, 12*(2), 244-254. DOI: 10.1007/s10461-007-9231-x

Bolzendahl, C., y Brooks, C. (2005). Polarization, secularization, or differences as usual? The denominational cleavage in U.S. social attitudes since the 1970s. *The Sociological Quarterly, 46*(1), 47-78. DOI: 10.1111/j.1533-8525.2005.00004.x

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events*? American Psychologist, 59*(1), 20-28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20

Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*(3), 135-138. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x

Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A. y Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th Terrorist Attack. *Psychological Science, 17*(3), 181-186. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., y Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging, 19*(2), 260-271. DOI: 10.1037/0882-7974.19.2.260

Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., y Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD 4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(6), 979-986. DOI: 10.1037//0022-006x.66.6.979

Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K., Bernaards, C., Rowland, J. H., y Ganz, P. A. (2005). Perceptions of vulnerability and growth among cancer survivors: Positive and negative effects of cancer diagnosis. *Annals of Behavioral Medicine, 29*(3), 236-245. DOI: 10.1207/s15324796abm2903_10

Bozo, O., Gündoğdu, E., y Büyükaşik-Çolak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism- posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology, 14*(7), 1009-1020. DOI: 10.1177/1359105309342295

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., y Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*(3), 216-222. DOI: 10.1001/archpsyc.1991.01810270028003

Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cuite, C. L., y Herrington, J. E. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine, 27*(2), 125-130. DOI: 10.1207/s15324796abm2702_7

Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., y Ekeberg, Ö. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine 66*, 265-271. DOI: 10.1097/01.psy.0000118028.32507.9d

Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., y Ekeberg, Ö. (2005a). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BioMedCentral Medicine 3*(1), 18. DOI: 10.1186/1741-7015-3-18

Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., y Ekeberg, Ö. (2005b). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: A prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry, 27*(1), 36-43. 10.1016/j.genhosppsych.2004.09.009

Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., y Ekeberg, Ö. (2006). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 85*(3), 317-323. DOI: 10.1080/00016340500438116

Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano.* (A. Devoto, Trad.). Barcelona, España: Paidós (Versión original publicada en 1979).

Büchi, S., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Glaser, A., Fauchère, J. C., Bucher, H. U., y Sensky, T. (2009). Shared or discordant grief in couples 2-6 years after the death of their premature baby: Effects on suffering and posttraumatic growth. *Psychosomatics, 50*(2), 123-130. DOI: 10.1176/appi.psy.50.2.123

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos, N. (2011). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Adaptación española* (8ª ed). Madrid, España: TEA Ediciones.

Bussell, V. A., y Naus, M. J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology, 28*(1), 61-78. DOI: 10.1080/07347330903438958

Butler, L. D., Blasey, C. M., Garlan, R. W., McCaslin, S. E., Azarow, J., Chen, X., Desjardins, J. C., DiMiceli, S., Seagraves, D. A., Hastings, T. A., Kraemer, H. C. y Spiegel, D. (2005). Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001. Cognitive, coping and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology, 11*(4), 247-267. DOI: 10.1177/153476560501100405

Byrne, C. A., Hyman, I. E., y Scott, K. L. (2001). Comparison of memories for traumatic events and other experiences. *Applied Cognitive Psychology, 15*(7), S119–S133. DOI: 10.1002/acp.837

Cadell, S., Regehr, C., y Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*(3), 279-287. DOI: 10.1037/0002-9432.73.3.279

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G. y McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*(3), 521-527. DOI: 10.1023/A:1007745627077

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., y McMillan, J. (1998). Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *Journal of Social Psychology, 138*(6), 789-791. DOI: 10.1080/00224549809603265

Calhoun, L. G., Cann, A., y Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model. En Z. Weiss y R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1-14). Nueva Jersey, EE.UU.: Wiley.

Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Nueva Jersey, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. DOI: 10.4324/9781410602268

Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: new considerations. *Psychological Inquiry, 15*(1), 93-102. DOI: 10.1207/s15327965pli1501_03

Campbell, W. K., Brunell, A. B., y Foster, J. D. (2004). Sitting here in limbo: Ego shock and posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*(1), 22-26. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/20447196

Canadian Medical Association Journal (2003). Unwanted results: the ethics of controversial research. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 169*(2), 93. Recuperado de http://www.cmaj.ca/content/169/2/93.full.pdf+html

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., y Danhauer, S. C. (2009). The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress, & Coping, 23*(1), 19-34. DOI: 10.1080/10615800802573013

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., y Lindstrom C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress and Coping: an international journal, 24*(2), 137-156. DOI: 10.1080/10615806.2010.529901

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., y Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping, 15*(3), 1-16. DOI: 10.1080/15325020903375826

Caplan, G. A. (1985). *Principios de psiquiatría preventiva*. (E. Rodríguez, Trad.) Barcelona, España: Paidós (Versión original publicada en 1964).

Carpenter, J. S. (1999). Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing, 29*(6), 1402-1411. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.01027.x

Carver, S. C., y Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology, 23*(6), 595-598. DOI: 10.1037/0278-6133.23.6.595

Centro de Investigaciones Sociológicas (2014, enero). *Barómetro de enero 2014 Estudio nº 3011.* Madrid, España: Autor. Disponible en http://datos.cis.es/pdf/Es3011mar_A.pdf [2014, 8 de agosto]

Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., y Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception, 78*, 436-450. DOI: 10.1016/j.contraception.2008.07.005

Cho, D., y Park, C. L. (2013). Growth following trauma: overview and current status. *Terapia Psicológica, 31*(1), 69-79. DOI: 10.4067/s0718-48082013000100007

Cohan, C. L., Dunkel-Schetter, C., y Lydon, J. (1993). Pregnancy decision making: predictors of early stress and adjustment. *Psychology of Women Quarterly, 17*(2), 223-239. DOI: 10.1111/j.1471-6402.1993.tb00446.x

Cohen, S. A. (2006). Abortion and mental health: myths and realities. *Guttmacher Policy Review, 9*(3), 8-12. Recuperado de http://sparky.guttmacher.org/pubs/gpr/09/3/gpr090308.pdf

Cohen, S., Gottlieb, B. H., y Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, L. G. Underwood, y B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). London: Oxford University Press.

Cohen, S., y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357. DOI: 10.1037/0033-2909.98.2.310

Coker, A. L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 8*(2), 149-177. DOI: 10.1177/1524838007301162

Coleman, P. K. (2004). The uniquely destructive psychological experience of elective abortion: Comparisons with other forms of perinatal loss and delivery of an unintended pregnancy. *Research Bulletin, 17*(6). Recuperado de www.abortionresearch.us/images/Vol17No6.pdf

Coleman, P. K. (2007). The decline of partner relationships in the aftermath of abortion. *Research Bulletin, 20*(1). Recuperado de www.abortionresearch.us/images/Vol20No1.pdf

Coleman, P. K., Coyle, C. T., Shuping, M., y Rue, V. (2009). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research, 43*(8), 770-776. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2008.10.009

Coleman, P. K., Reardon, D., Strahan, T., y Cougle, J. (2005). The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology & Health, 20*(2), 237-271. DOI: 10.1080/0887044042000272921

Coleman, P. K., y Nelson, E. (1998). The quality of abortion decisions and college students' reports of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*(4), 425-443. DOI: 10.1521/jscp.1998.17.4.425

Collins, R. L., Taylor, S. E., y Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition, 8*(3), 263-285. DOI: 10.1521/soco.1990.8.3.263

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., y Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87-127. DOI: 10.1037/0033-2909.127.1.87

Connerty, T. J., y Knott, V. (2013). Promoting positive change in the face of adversity: Experiences of cancer and post-traumatic growth. *European Journal of Cancer Care, 22*(3), 334-344. DOI: 10.1111/ecc.12036

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2010). *Código Deontológico*. Madrid, España: Autor. Recuperado de https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf

Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K., y Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviours during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 390-410. DOI: 10.1037//0022-3514.84.2.390

Cordova, M. J. (1999). *Cognitive processing and negative psychosocial sequelae of breast cancer* (Tesis doctoral). Universidad de Kentucky, Lexington, EE.UU.

Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., y Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*(3), 176-185. DOI: 10.1037/0278-6133.20.3.176

Costa, G., y Gil, F. L. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico de cáncer. *Psicooncología, 5*(1), 27-37. Recuperado de http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130027A/15486

Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment, 4*(1), 5-13. DOI: 10.1037/1040-3590.4.1.5

Cottingham, J., Kismodi, E., Hilber, A. M., Lincetto, O., Stahlhofer, M., y Gruskin, S. (2010). Using human rights for sexual and reproductive health: Improving legal and regulatory frameworks. *Bulletin of the World Health Organization, 88*(7), 551-555. DOI:10.2471/BLT.09.063412

Cougle, J. R., Reardon, D. C., y Coleman, P. K. (2003). Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort. *Medical Science Monitor, 9*(4), CR157-164. Recuperado de http://www.MedSciMonit.com/pub/vol_9/no_4/3074.pdf

Cougle, J. R., Reardon, D. C., y Coleman, P. K. (2005). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: A cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(1), 137-142. DOI: 10.1016/j.janxdis.2003.12.003

Coyne, J. C., y Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care: Bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of Behavioral Medicine, 39*(1), 16-26. DOI: 10.1007/s12160-009-9154-z.

Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(6), 1224-1236. DOI: 10.1037//0022-3514.65.6.1224

Cozzarelli, C., Major, B., Karrasch A., y Fuegen, K. (2000). Women's experiences of and reactions to antiabortion picketing. *Basic and Applied Social Psychology, 22*(4), 265-275. DOI: 10.1207/15324830051035974

Crandell, L. (2012). Psychological outcomes of medical versus surgical elective first trimester abortion. *Nursing for Women's Health, 16*(4), 296-307. DOI: 10.1111/j.1751-486X.2012.01748.x

Creamer, M., Burgess, P., y Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 452-459. DOI: 10.1037//0021-843x.101.3.452

Dagg, P. (1991). The psychological sequelae of therapeutic abortion-denied and completed. *The American Journal of Psychiatry, 148*(5), 578–584.

Davey, C., Heard, R., y Lennings, C. (2014). Development of the Arabic versions of the Impact of Events Scale-Revised and the Posttraumatic Growth Inventory to assess trauma and growth in Middle Eastern refugees in Australia. *Clinical Psychologist, n.d.*(n.d.). DOI: 10.1111/cp.12043

Davis, C. G. (1995). *Counterfactual thinking in the wake of trauma*. (Tesis Doctoral). Universidad de la Columbia Británica, Vancouver, Canada.

Davis, C. G., y McKearney, J. M. (2003). How do people grow from their experience with trauma or loss? *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*(5), 477-492. DOI:10.1521/jscp.22.5.477.22928

Davis, C. G., y Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and meaning: How do people make sense of loss? *American Behavioral Scientist, 44*(5), 726-741. DOI: 10.1177/00027640121956467

Dekel, S., Mandl, C., y Solomon, Z. (2011). Shared and unique predictors of post-traumatic growth and distress. *Journal of Clinical Psychology, 67*(3), 241-252. DOI: 10.1002/jclp.20747

Diener, E., Lucas, R. E., y Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist, 61*(4), 305-314. DOI: 10.1037/0003-066x.61.4.305

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302. DOI: 10.1037//0033-2909.125.2.276

Dietz, P. M., Spitz, A. M., Anda, R. F., Williamson, D. F., McMahon, P. M., Santelli, J. S., Nordenberg, D. F., Felitti, V. J., y Kendrick, J. S. (1999). Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of the American Medical Association, JAMA, 282*(14), 1359-1364. DOI: 10.1001/jama.282.14.1359

Dingle, K., Alati, R., Clavarino, A., Najman, J. M., y Williams, G. M. (2008). Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: An Australian birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry, 193*, 455-460. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.055079

Dirik, G., y Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 15*(3), 193-203. DOI: 10.1007/s10880-008-9115-x

Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior, 41*(1), 1-19. DOI: 10.2307/2676357

Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intra-category variability. *Psychological Bulletin, 132*(3), 477-495. DOI: 10.1037/0033-2909.132.3.477

Dunigan, J. T., Carr, B. I., y Steel, J. L. (2007). Posttraumatic growth, immunity and survival in patients with hepatoma. *Digestive Diseases and Sciences, 52*(9), 2452-2459. DOI: 10.1007/s10620-006-9477-6

Durkin, J., y Joseph, S. (2009). Growth following adversity and its relation with subjective well-being and psychological well-being. *Journal of Loss and Trauma, 14*(3), 228-234. DOI: 10.1080/15325020802540561

Edström, K. G. B. (1975). Early complications and late sequelae of induced abortion: A review of the literature. *Bulletin World Health Organization, 52*(2), 123-139. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2366362/pdf/bullwho00464-0003.pdf

Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345. DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0

Ehlers, A., y Clark, D. M. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry, 53*(9), 817-826. DOI: 10.1016/s0006-3223(02)01812-7

Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O., y Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review, 29*(1), 87-100. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.10.002

Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist, 49*(8), 709-724. DOI: 10.1037/0003-066x.49.8.709

Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. En T. Millon y M. J. Lerner (Eds), *Comprehensive Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology* (pp. 159-184). Nueva Jersey, EE.UU.: Wiley & Sons. DOI: 10.1002/0471264385.wei0507

Epstude, K., Roese, N. J. (2008). The functional theory of counterfactual thinking. *Personality and Social Psychology Review, 12*(2), 168-192. DOI: 10.1177/1088868308316091

Eshel, N., Nelson, E. E., Blair, R. J., Pine, D. S. y Ernst, M. (2007). Neural substrates of choice selection in adults and adolescents: Development of the ventrolateral prefrontal and anterior cingulated cortices. *Neuropsychologia, 45*(6), 1270-1279. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.10.004

España. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de julio de 2007, núm. 159, pp. 28826-28848. Recuperado de http://www.boe.es/boe/dias/2007/07/04/pdfs/A28826-28848.pdf

España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado,* 15 de noviembre de 2002, 274, 40126-40132. Recuperado de http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf

España. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de diciembre de 1999, núm. 298, pp. 43088-43099. Recuperado de http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf

España. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de marzo de 2010, 55, 21001-21014. Recuperado de http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514

España. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado,* 12 de julio de 1985, 166, 22041-22041. Recuperado de http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138

European Federation of Psychologists Associations (2005). *Meta-code of ethics*. Bruselas, Bélgica: Autor. Recuperado de http://ethics.efpa.eu/download/54fb9f885725e219c3aa3a7db1eb69a8

Fergusson, D. M. (2008). Abortion and mental health. *Psychiatric Bulletin, 32*(9), 321-324. DOI: 10.1192/pb.bp.108.021022

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health disorders: Evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry, 193*(6), 444-451. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.056499

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Boden, J. M. (2009). Reactions to abortion and subsequent mental health. *The British Journal of Psychiatry, 195*(5), 420-426. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.066068

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Ridder, E. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(1), 16-24. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x

Fernández-Liria, A., y Rodríguez-Vega, B (2001). El movimiento hacia la integración en psicoterapia. En A. Fernández-Liria, y B. Rodríguez-Vega, *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas* (pp. 65-78). Bilbao, España: Desclée de Brower.

Fernández-Ríos, L., y Comes, J. M. (2009). Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5*, 7-13. Recuperado de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_7-13.pdf

Fernández-Ríos, L., y Gómez, J. A. (2007). *La psicología preventiva en la intervención social.* Madrid, España: Síntesis.

Finer, L. B., Frohwirth, L. F., Dauphinee, A., Singh, S., y Moore, A. M. (2005). Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 37*(3), 110-118. DOI: 10.1111/j.1931-2393.2005.tb00045.x

Finucane, M. L., Peters, E., y Slovic, P. (2003). Judgment and decision making: The dance of affect and reason. En S. L. Schneider, y J. Shanteau, (Eds.), *Emerging perspectives on decision research* (pp. 327-364). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press. DOI: 10.1017/cbo9780511609978.012

Foa, E. B., Steketee, G., y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*(2), 155-176. DOI: 10.1016/s0005-7894(89)80067-x

Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35. DOI: 10.1037/0033-2909.99.1.20

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine, 45*(8), 1207-1221. DOI: 10.1016/s0277-9536(97)00040-3

Folkman, S., y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist, 55*(6), 647-654. DOI: 10.1037//0003-066X.55.6.647

Fontana, A., y Rosenheck, R. (1998). Psychological benefits and liabilities of traumatic exposure in the war zone. *Journal of Traumatic Stress, 11*(3), 485-503. DOI: 10.1023/a:1024452612412

Forinder, U., y Norberg, A. L. (2013). Posttraumatic growth and support among parents whose children have survived stem cell transplantation. *Journal of Child Health Care, 18*(4), 326-335. DOI: 10.1177/1367493513496666

Foster, D. G., Gould, H., y Kimport, K. (2012). How women anticipate coping after an abortion. *Contraception 86*(1), 84-90. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.11.002

Frankl, V. E. (2001). *El hombre en busca de sentido.* (21ra. Ed.) (Diorki, Trad.). Barcelona, España: Herder. (Versión Original publicada en 1946).

Frazier, P., Conlon, A., y Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1048-1055. DOI: 10.1037//0022-006x.69.6.1048

Frazier, P., Tashiro, T., Berman, M., Steger, M., y Long, J. (2004). Correlates of levels and patterns of positive life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 19-30. DOI:10.1037/0022-006x.72.1.19

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218-226. DOI:10.1037/0003-066x.56.3.218

Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., y Larkin, R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(1), 365-376. DOI: 10.1037/0022-3514.84.2.365

Freeman, E. W. (1978). Abortion: Subjective attitudes and feelings. *Family Planning Perspectives, 10*(3), 150-155. DOI: 10.2307/2134301

Freiberg, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G., y Fernández, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas 7*(2), 151-164. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v7n2/v7n2a05.pdf

Fundación Bertelsmann (2008). *Monitoreo religioso 2008. España. Panorama de actitudes y prácticas religiosas.* Barcelona, España: Autor. Recuperado de http://www.fundacionbertelsmann.org/fundacion/data/ESP/media/Monitoreo_Religioso_2008.pdf

Galatzer-Levy, I. R., Burton, C. H., y Bonanno, G. A. (2012). Coping flexibility, potentially traumatic life events, and resilience: A prospective study of college student adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 31*(6), 542-567. DOI: 10.1521/jscp.2012.31.6.542

Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Gold, J., Bucuvalas, M., Kilpatrick, D., Stuber, J., y Vlahov, D. (2002). Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11 terrorist attacks. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 79*(3), 340-353. DOI: 10.1093/jurban/79.3.340

García F. E., Jaramillo, C., Martínez, A.M., Valenzuela, I., y Cova, F. (2013). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: Estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit, 20*(1), 121-130. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n1/a11v20n1.pdf

García, M. E. (2010). Apoyo social, satisfacción con la vida y salud en mujeres autóctonas e inmigrantes de Málaga. *Documentos de Trabajo Social, 48*(1), 55-83. Recuperado de http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3655830.pdf

Garea, F. (2015, 18 febrero). El Gobierno cambia de forma limitada y urgente la ley del aborto. *El País.* Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2015/02/18/actualidad/1424251777_843543.html

Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., y Somsen, G. A. (2008). Post-traumatic growth after myocardial infarction: A matter of personality, psychological health or cognitive coping? *Journal of Clinical Psychological in Medical Settings, 15*(4), 270-277. DOI: 10.1007/s10880-008-9136-5

Garnefski, N., Kraaij, V., y Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311-1327. DOI: 10.1016/s0191-8869(00)00113-6

Gawronski, B. (2012). Back to the future of dissonance theory: Cognitive consistency as a core motive. *Social Cognition, 30*(6), 652-668. DOI: 10.1521/soco.2012.30.6.652

George, D., y Mallery, P. (2003). *Using SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference.* Boston, EE.UU.: Allyn & Bacon.

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa* (T. del Amo y C. Blanco, Trad.). Madrid, España: Ediciones Morata (Versión original publicada en 2007).

Gilchrist, A. C., Hannaford, P. C., Frank, P., y Kay, C. R. (1995). Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *The British Journal of Psychiatry, 167*(2), 243-248. DOI: 10.1192/bjp.167.2.243

Gobierno de Canarias (2012). Información general sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE) [en línea]. Las Palmas de Gran Canaria, España: Servicio Canario de la Salud. Recuperado de http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=bb3dd4c8-85c4-11df-b998-6ff93f31e00f&idCarpeta=f15423c8-a748-11dd-b574-dd4e320f085c

González de Rivera, J. L., y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis, 4*(1), 7-11. Recuperado de http://psicoter.es/dmdocuments/83_A032_02.pdf

Goodwin, P., y Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology & Health, 22*(2), 231-248. DOI: 10.1080/14768320600682384

Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., y Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin, 129*(3), 447-466. DOI: 10.1207/s15374424jccp3401_1

Greenberg, M. A. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology, 25*(14), 1262-1296. DOI: 10.1111/j.1559-1816.1995.tb02618.x

Groleau, J. M., Calhoun, L. G., Cann, A., y Tedeschi, R. G. (2013). The role of centrality of events in posttraumatic distress and posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(5), 477-483. DOI: 10.1037/a0028809

Gurpo Parlamentario Popular en el Congreso (2015, 18 febrero). *Proposición de Ley Orgánica: Modificación de Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, y modificación de Ley Ordinaria 41/2002, de 14 de noviembre.* Madrid, España: Autor. Recuperado de http://ep00.epimg.net/descargables/2015/02/18/adafd03fef0bb55ed75fe40648497bb3.pdf

Hall, B. J., Hobfoll, S. E., Canetti, D., Johnson, R. J., Palmieri, P. A., y Galea, S. (2010). Exploring the association between post-traumatic growth and PTSD: A national study of Jews and Arabs following the 2006 Israeli-Hezbollah War. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 19*8(3), 180-186. DOI: 10.1037/e517292011-759

Harden, A., y Ogden, J. (1999). Young women's experiences of arranging and having abortions. *Sociology of Health & Illness, 21*(4), 426-444. DOI: 10.1111/1467-9566.00165

Heidarzadeh, M., Rassouli, M., Shahbolaghi, F. M., Majd, H. A., Mirzaei, H., y Tahmasebi, M. (2011). Validation of the Persian version of the Posttraumatic Growth Inventory using Iranian patients with cancer. *Indian Journal of Applied Research, 4*(2), 36-39. DOI: 10.15373/2249555x/feb2014/197

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., y Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 797-816. DOI: 10.1037/0022-006x.74.5.797

Hemmerling, A., Siedentopf, F., y Kentenich, H. (2005). Emotional impact and accessibility of medical abortion with mifepristone: A German experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology, 26*(1), 23-31. DOI: 10.1080/01443610400023056

Henshaw, S. K. (1998). Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives, 30*(1), 24-29, 46. DOI: 10.2307/2991522

Hervás, G., Sánchez, A., y Vázquez, C. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada* (pp. 41-71). Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

Hess, R. F. (2004). Dimensions of women's long-term postabortion experience. *Maternal Child Nursing 29*(3), 193-198. DOI: 10.1097/00005721-200405000-00011

Ho, S. M. Y., Chan, C. L. W., y Ho, R. T. H. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology, 13*(6), 377-389. DOI: 10.1002/pon.758

Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D. C., Galea, S., Johnson, R. J., y Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review, 56*(3), 345-366. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x

Hobfoll, S. E., Tracy, M., y Galea, S. (2006). The impact of resource loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 867-878. DOI: 10.1002/jts.20166

Horowitz, M., Wilner, N., y Álvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209-218. DOI: 10.1097/00006842-197905000-00004

Inglehart, R., Basañez, M., Diez-Medrano, J., Halman, L., y Luijkx, R. (2004). *Human beliefs and values: A cross-cultural sourcebook based on the 1999-2002 values survey.* México: Siglo XXI.

Instituto Nacional de Estadística (2014a, julio). *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística: Las formas de la convivencia.* Madrid, España: Autor. Disponible en http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259944407896&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE [2014, 8 de agosto]

Instituto Nacional de Estadística (2014b, noviembre). *Estadística de Movilidad Laboral y Geográfica (EMLG). Año 2014* [Comunicado de prensa]. Madrid, España: Autor. Disponible en http://www.ine.es/prensa/np879.pdf [2014, 8 de diciembre]

Instituto Nacional de Estadística (2015, abril). *Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015* [Comunicado de prensa]. Madrid, España: Autor. Disponible en http://www.ine.es/prensa/np904.pdf [2015, 14 de junio]

Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., y Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the Posttraumatic Growth Inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology, 15*(10), 911-920. DOI: 10.1002/pon.1026

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognition, 7*(2), 113-136. DOI: 10.1521/soco.1989.7.2.113

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* Nueva York, EE.UU.: Free Press.

Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry, 15*(1), 30-34. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/20447198

Jansen, L., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Brenner, H., y Arndt, V. (2011). Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: Prevalence, determinants and associations with quality of life. *British Journal of Cancer, 105*(8), 1158-1165. DOI: 10.1038/bjc.2011.335

Jin, Y., Xu, J., Liu, H., y Liu, D. (2014). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adult survivors of Wenchuan earthquake after 1 year: Prevalence and correlates. *Archives of Psychiatric Nursing, 28*(1), 67-73. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.10.010

Johnson, M. D., Ilies, R., y Boles, T. L. (2012). Alternative reference points and outcome evaluation: the influence of affect. *Journal of Applied Psychology, 97*(1), 33-45. DOI: 10.1037/a0024891

Johnson, R. J., Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., y Palmieri, P. A. (2007). Posttraumatic growth: Action and reaction. *Applied Psychology: an International Review, 56*(3), 428-436. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2007.00296.x

Johnson, S. F. (2012). *Event centrality: Debunking the "bad science" myth that self-reported posttraumatic growth does not reflect positive change* (Tesis de maestría). Universidad de North Texas, Texas, EE.UU.

Jones, R. K., Darroch, J. E., y Henshaw, S. K. (2002). Patterns in the socioeconomic characteristics of women obtaining abortions in 2000-2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34*(5), 226-235. DOI: 10.2307/3097821

Joseph, S. (2004). Client-centered therapy, post traumatic stress disorder and posttraumatic growth: Theory and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 77*(1), 101-119. DOI: 10.1348/147608304322874281

Joseph, S., Linley, P. A., Andrews, L., Harris, G., Howle, B., Woodward, C., y Shevlin, M. (2005). Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity: Psychometric evaluation of the Changes in

Outlook Questionnaire (CiOQ). *Psychological Assessment, 17*(1), 70–80. DOI: 10.1037/1040-3590.17.1.70

Joseph, S., Linley, P. A., Shevlin, M., Goodfellow, B., y Butler, L. D. (2006). Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity: A short form of the Changes in Outlook Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping, 11*(1), 85-99. DOI: 10.1080/15325020500358241

Joseph, S., Maltby, J., Wood, A. M., Stockton, H., Hunt, N., y Regel, S. (2012). The Psychological Well-Being-Post-Traumatic Changes Questionnaire (PWB-PTCQ): Reliability and validity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(4), 420-428. DOI: 10.1037/a0024740

Joseph, S., Williams, R., y Yule, W. (1995). Psychosocial perspective on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review, 15*(6), 515-544. DOI: 10.1016/0272-7358(95)00029-O

Joseph, S., y Butler, L. D. (2010). Positive changes following adversity. *Posttraumatic Stress Disorder Research Quarterly, 21*(3), 1-8. DOI: 10.1037/e667352010-002

Joseph, S., y Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology, 9*(3), 262-280. DOI: 10.1037/1089-2680.9.3.262

Joseph, S., y Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review, 26*(8), 1041-1053. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.12.006

Kane, J. Q. (2009). *An examination of a two-factor model of rumination and its impact on the relationship between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder (PTSD)* (Tesis doctoral). Universidad George Mason, Fairfax, EE.UU.

Kashdan, T. B., y Kane, J. Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences, 50*(1), 84-89. DOI: 10.1016/j.paid.2010.08.028

Kero, A., Högberg, U., Jacobsson, L., y Lalos, A. (2001). Legal abortion: A painful necessity. *Social Science and Medicine, 53*(11), 1481-1490. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00436-6

Kero, A., Högberg, U., y Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth - long-term effects of legal abortion. *Social Science and Medicine, 58*(12), 2559-2569. DOI: 10.1016/jsocscimed.2003.09.004

Kero, A., y Lalos, A. (2000). Ambivalence - a logical response to legal abortion: A prospective study among women and men. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 21*(2), 81-91. DOI: 10.3109/01674820009075613

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson C. B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(4), 1048-1060. DOI: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2a Ed.). Nueva York, EE.UU.: Guilford.

Konkolÿ-Thege, B., Kovács, É., y Balog, P. (2014) A bifactor model of the Posttraumatic Growth Inventory. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal, 2*(1), 529-540, DOI: 10.1080/21642850.2014.905208

Koop, C. E. (1989a). A measaured response: Koop on abortion. *Family Planning Perspectives, 21*(1), 31-32. DOI: 10.2307/2135417

Koop, C. E. (1989b). The U.S. Surgeon General on the health effects of abortion. *Population and Development Review, 15*(1), 172-175. DOI: 10.2307/1973425

Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido* (L. Wolfson, Trad.). Barcelona, España: Ediciones Paidós. (Versión original publicada en 1980).

Kroo, A., y Nagy, H. (2011). Posttraumatic growth among traumatized Somali refugees in Hungary. *Journal of Loss and Trauma, 16*(5), 440-458**.** DOI: 10.1080/15325024.2011.575705

Lancaster, S. L., Kloep, M., Rodríguez, B. F., y Weston, R. (2013). Event centrality, posttraumatic cognitions, and the experience of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 22*(4), 379-393. DOI: 10.1080/10926771.2013.775983

Laufer, A., y Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(4), 429-447. DOI: 10.1521/jscp.2006.25.4.429

Laurenceau, J. P., Barrett, L. F., y Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(5), 1238-1251. DOI: 10.1037/0022-3514.74.5.1238

Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A., y Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician, 46*(10), 2033-2040. Recuperado de http://www.cfp.ca/content/46/10/2033.full.pdf+html

Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist, 37*(9), 1019-1024. DOI: 10.1037/0003-066x.37.9.1019

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* (M. Zaplana, y M. Valdés, Trad.). Barcelona, España: Martínez-Roca. (Versión original publicada en 1984).

Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., y Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 14-22. DOI: 10.1007/s10880-009-9183-6

Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., y Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: Relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology, 17*(5), 627-639. DOI: 10.1177/1359105311427475

Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. En: A. Baum y B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-116). Washington, DC: American Psychological Association. DOI: 10.1037/10402-006

Lepore, S. J., y Revenson, T. A. (2006). Resilience and posttraumatic growth recovery, resistance and reconfiguration. En L. G. Calhoun y R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 264-290). Nueva Jersey, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Leung, Y. W., Gravely-Witte, S., Macpherson, A., Irvine, J., Stewart, D. E. y Grace, S. L. (2010). Post-traumatic growth among cardiac outpatients: Degree comparison with other chronic illness samples and correlates. *Journal of Health Psychology, 15*(7), 1049-1063. DOI: 10.1177/1359105309360577

Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E., y Solomon, Z. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 21*(5), 492-496. DOI: 10.1002/jts.20361

Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., y Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 282-286. DOI: 10.1002/jts.20409

Lev-Wiesel, R., y Amir, M. (2003). Posttraumatic growth among holocaust child survivors. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping, 8*(4), 229-237. DOI: 10.1080/15325020305884

Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(1), 50-55. DOI: 10.1037/a0022030

Linley, P. A., y Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11-21. DOI: 10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e

Linley, P. A., y Joseph, S. (2011). Meaning in life and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping, 16*(2), 150-159. DOI: 10.1080/15325024.2010.519287

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología 20*(3), 1151-1169. DOI: 10.6018/analesps.30.3.199361

Loiselle, K. A., Devine, K. A., Reed-Knight, B., y Blount, R. L. (2011). Posttraumatic growth associated with a relative's serious illness. *Families, Systems and Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare, 29*(1), 64-72. DOI: 10.1037/a0023043

López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI: Revista de Educación, 4*(1), 167-179. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf?sequence=1

Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 38*(1), 88-91. DOI: 10.3758/bf03192753

Love, C., y Sabiston, C. M. (2011). Exploring the links between physical activity and posttraumatic growth in young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology, 20*(3), 278-286. DOI: 10.1002/pon.1733

Luborsky, M. R. (1993). The romance with personal meaning in gerontology: Cultural aspects of life themes. *The Gerontologist, 33*(4), 445-452. DOI: 10.1093/geront/33.4.445

Lundell, I. W., Öhman, S. G., Frans, Ö., Helström, L., Högberg, U., Nyberg, S., Poromaa, I. S., Sydsjö, G., Östlund, I., y Svanberg, A. S. (2013a). Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study. *BioMed Central Women's Health, 13*(1), 52. DOI: 10.1186/1472-6874-13-52

Lundell, I. W., Poromaa, I. S., Frans, Ö., Helström, L., Högberg, U., Moby, L., Nyberg, S., Sydsjö, G., Öhman, S. G., Östlund, I., y Svanberg, A. S. (2013b). The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 18*(6), 480-488. DOI: 10.3109/13625187.2013.828030

Lydon, J., Dunkel-Schetter, C., Cohan, C. L., y Pierce, T. (1996). Pregnancy decision-making as a significant life event: A commitment approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(1), 141-151. DOI: 10.1037//0022-3514.71.1.141

Maercker, A., y Herrle, J. (2003). Long-term effects of the Dresden bombing: relationships to control beliefs, religious beliefs and personal growth. *Journal of Traumatic Stress, 16*(6), 579–587. DOI: 10.1023/b:jots.0000004083.41502.2d

Maercker, A., y Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata. *Diagnostica, 47*(3), 153-162. DOI: 10.1026//0012-1924.47.3.153

Maercker, A., y Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*(1), 41-48. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/20447200

Maguen, S., Vogt, D. S., King, L. A., King, D. W., y Litz, B. T. (2006). Posttraumatic growth among Gulf War I veterans: The predictive role of deployment-related experiences and background characteristics. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping, 11*(5), 373-388. DOI: 10.1080/15325020600672004

Major, B. (2003). Psychological implications of abortion - highly charged and rife with misleading research. *Canadian Medical Association Journal, CMAJ, 168*(10), 1257-1258. Recuperado de http://www.cmaj.ca/content/168/10/1257.full.pdf+html

Major, B., Applebaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., y West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist, 64*(9), 863-890. DOI: 10.1037/a0017497

Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubeck, J., Richards, C., Wilhite, M., y Gramzow, R. H. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives from General Psychiatry, 57*(8), 777-784. DOI: 10.1001/archpsyc.57.8.777

Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M., Testa, M., y Müller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(3), 452-463. DOI: 10.1037//0022-3514.59.3.452

Major, B., y Gramzow, R. H. (1999). Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(4), 735-745. DOI: 10.1037//0022-3514.77.4.735

Major, B., y O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology, 56*(1), 393-421. DOI: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137

Major, B., Zubek, J. M., Cooper, M., Cozzarelli, C., y Richards, C. (1997). Mixed messages: Implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*(6), 1349-1363. DOI: 10.1037//0022-3514.72.6.1349

Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., y Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*(3), 442-454. DOI: 10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d

March, J. G. (1978). Bounded rationality, ambiguity and the engineering of choice. *The Bell Journal of Economics, 9*(2), 587-608. DOI: 10.2307/3003600

Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J., Liberman, A., Pole, N., Otte, C., Yehuda, R., Mohr, D., y Neylan, T. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*(1), 1-18. DOI: 10.1196/annals.1364.001

Marston, C., y Cleland, J. (2003). Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence. *International Family Planning Perspectives, 29*(1), 6-13. DOI: 10.2307/3180995

Martino, S. C., Collins, R. L., Ellickson, P. L., y Klein, D. J. (2006). Exploring the link between substance use and abortion: The roles of unconventionality and unplanned pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38*(2), 66-75. DOI: 10.1363/3806606

Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad.* (C. Clemente, Trad.). Madrid, España: Díaz de Santos. (Versión original publicada en 1954).

McAdams, D. P. (1993): *The stories we live in: Personal myths and the making of the self*. Nueva York, EE.UU.: Morrow.

McAllister, F. (2005). *Wellbeing: Concepts and Challenges*. Proposición preparada para la Sustainable Development Research Network. Londres, Reino Unido: Department for Environment, Food and Rural Affairs (DEFRA). Recuperado de http://www.sd-research.org.uk/sites/default/files/publications/Wellbeing%20Concepts%20and%20Challenges_0.pdf

McCloy, R., y Byrne, R. M. J. (2000). Counterfactual thinking about controllable events. *Memory & Cognition, 28*(6), 1071-1078. DOI: 10.3758/bf03209355

McMillen, J. C. (1999). Better for it: How people benefit from adversity. *Social Work, 44*(5), 455-468. DOI: 10.1093/sw/44.5.455

McMillen, J. C. (2004). Posttraumatic growth: What's it all about? *Psychological Inquiry, 15*(1), 48-52. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/20447201

McMillen, J. C., Zuravin, S., y Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 1037-1043. DOI: 10.1037//0022-006x.63.6.1037

McMillen., J. C., Smith, E. M., y Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 733-739. DOI: 10.1037/0022-006X.65.5.733

Merec, D., Waszkowska, M., y Wezyk, A. (2012). Psychological consequences of trauma in MVA perpetrators - Relationship between post-traumatic growth, PTSD symptoms and individual characteristics. *Transportation Research Part F, 15*(5), 565-574. DOI: 10.1016/j.trf.2012.05.008

Meyerson, D. A., Grant, K. E., Smith-Carter, J., y Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 949-964. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.06.003

Mezulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S., y Hankin, B. L. (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A meta-analytical review of individual, developmental, and cultural differences in the self-serving attributional bias. *Psychological Bulletin, 130*(5), 711-747. DOI: 10.1037/0033-2909.130.5.711

Milam, J. E. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of Applied Social Psychology, 34*(11), 2535-2376. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb01981.x

Milam, J. E., Ritt-Olson, A., y Unger, J. B. (2004). Posttraumatic growth among adolescents. *Journal of Adolescent Research, 19*(2), 192-204. DOI: 10.1177/0743558403258273

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2013.* Madrid, España: Autor. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2013.pdf

Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes… The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, *8*(1), 36-39.

Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., y Chihara, S. (2000). An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psycho-oncology, 9*(2), 164-168. DOI: 10.1002/(sici)1099-1611(200003/04)9:2<164::aid-pon447>3.0.co;2-s

Morosanu, L., Handley, K., y O'Donovan, B. (2010). Seeking support: Researching first-year students' experiences of coping with academic life. *Higher Education Research & Development, 29*(6), 665-678. DOI: 10.1080/07294360.2010.487200

Morris B. A., Campbell M., Dwyer J. D., y Chambers S. K. (2011) Survivor identity and post-traumatic growth after participating in challenge-based peer-support programmes. *British Journal of Health Psychology, 16*(3), 660-674. DOI: 10.1348/2044-8287.002004.

Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., y Newbery, J. (2005). Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 575-585. DOI: 10.1002/jts.20067

Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., y Scott, J. L. (2007). Coping processes and dimensions of posttraumatic growth. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 1*(1), 1-12. Recuperado de http://trauma.massey.ac.nz/issues/2007-1/morris.htm

Morris, B. A., y Shakespeare-Finch, J. (2011). Cancer diagnostic group differences in posttraumatic growth: Accounting for age, gender, trauma severity, and distress. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping 16*(3), 229-242. DOI: 10.1080/15325024.2010.519292

Morris, K., y Orr, F. (2007). Is there a role for psychiatry in late termination of pregnancy? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*(9), 709–717. DOI: 10.1080/00048670701519898

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Lidegaard, Ø., y Mortensen, P. B. (2011). Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *New England Journal of Medicine, 364*(4), 332-339. DOI: 10.1056/NEJMoa0905882

Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los test.* Madrid, España: Pirámide.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., y Vlahos, L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care, *British Journal of Health Psychology*, *13*(4), 633-646. DOI: 10.1348/135910707x246177

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., y Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast, 17*(4), 382-386. DOI: 10.1016/j.breast.2008.1.006

Nishi, D., Matsuoka, Y., y Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *BioPsichoSocial Medicine, 4*(1), 7. DOI: 10.1186/1751-0759-4-7

Nolen-Hoeksema, S., y Davis C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(4), 801-814. DOI: 10.1037/0022-3514.77.4.801

Nolen-Hoeksema, S., y Davis, C. G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*(1), 60-64. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/20447203

Nolen-Hoeksema, S., y Davis, C. G. (2005). Positive responses to loss: perceiving benefits and growth. En C.R. Snyder y S. J. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. (pp.598-603). Oxford: Oxford University Press.

Norwegian Institute of Public Health (Folkeherseinstituttet) (2015, mayo). *Induced abortion in Norway. Facto sheet*. Disponible en http://www.fhi.no/artikler/?id=75076 [1 septiembre 2015]

O'Leary, V. E., e Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behaviour, and Policy, 1*(2), 121-142.

Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, *7*(1), 7.34. Recuperado de http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120007A

Orsillo, S. M. y Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification, 29*(1), 95-129. DOI: 10.1177/0145445504270876

Osofsky, J. D., y Thompson, D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risk and protective factors. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*, 2nd Edition, (pp. 54-75). Nueva York, EE.UU.: Cambridge University Press.

Páez, D., Basabe, N., Ubillos, S., y González, J. L. (2007). Social sharing, participation in demonstrations, emotional climate, and coping with collective violence after the march 11th Madrid bombings. *Journal for Social Issues, 63*(2), 323-328. DOI: 10.1111/j.1540-4560.2007.00511.x

Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I., y Sezibera, V. (2011). Crecimiento post estrés y post trauma: Posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. En D. Páez, C. Beristain, J. González, N. Basabe y J. De Rivera (Eds.). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* (pp. 311-339). Madrid, España: Fundamentos.

Parent-Thirion, A., Fernández-Macías, E., Hurley, J., y Vermeylen, G. (2007). *Fourth European working conditions survey.* Luxemburgo: European Foundation for the Improvement of Living and Working. Recuperado de http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/72/en/1/ef0772en.pdf

Pargament, K. I., Desai, K. M., y McConnell, K. M. (2006). Spirituality: A pathway to posttraumatic growth or decline? En Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G., (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 121-137). Nueva Jersey, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Park, C. L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues, 54*(2), 267-277. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1998. tb01218.x

Park, C. L. (2004). The notion of growth following stressful life experiences: Problems and prospects. *Psychological Inquiry, 15*(1), 69-76. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/20447205

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin, 136*(2), 257-301. DOI: 10.1037/a0018301

Park, C. L., Cohen, L., y Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality, 64*(1), 71-105. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x

Park, C. L., y Fenster, J. R. (2004). Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(2), 195-215. DOI: 10.1521/jscp.23.2.195.31019

Park, C. L., y Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*(2), 115-144. DOI: 10.1037//1089-2680.1.2.115

Pat-Horenczyk, R., y Brom, D. (2007). The multiple faces of post-traumatic growth. *Applied Psychology: An international Review, 56*(3), 379-385. DOI: DOI: 10.1111/j.1464-0597.2007.00297.x

Patterson, M. J., Hill, R. P., y Maloy, K. (1995). Abortion in America: A consumer-behavior perspective. *Journal of Consumer Research, 21*(4), 677-694. DOI: 10.1086/209427

Pedersen, W. (2007). Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: A population-based longitudinal study. *Addiction, 102*(12), 1971-1978. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.02040.x

Pedersen, W. (2008). Abortion and depression. A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health, 36*(4), 424-428. DOI: 10.1177/1403494807088449

Peltzer, K. (2000). Trauma symptom correlates of criminal victimization in an urban community sample, South Africa. *Journal of Psychology in Africa, South of the Sahara, the Caribbean, and Afro-Latin America, 10*(1), 49-62.

Pennebaker, J. W. (1994). *El arte de confiar en los demás.* (J. L. González, Trad.). Madrid, España: Alianza Editorial (Versión original publicada en 1980).

Pennebaker, J. W., y Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(3), 274-281. DOI: 10.1037//0021-843x.95.3.274

Pérez-García, A. M. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social.* Madrid, España: Editorial Klinik.

Pérez-Sales, P. (2004a). El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de Salud Mental, 20*(1), 29-36. Recuperado de http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/329

Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao, España: Desclée de Brower.

Pérez-Sales, P. (2008). Psicoterapia positiva en situaciones adversas. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada* (pp. 155-190). Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

Pfister, H. R., y Böhm, G. (2008). The multiplicity of emotions: A framework of emotional functions in decision making. *Judgment and Decision Making, 3*(1), 5-17. Recuperado de http://journal.sjdm.org/bb1.pdf

Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Johnson, D. C., Morgan III, C. A., y Southwick, S. M. (2010). Posttraumatic growth in veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom. *Journal of Affective Disorders, 126*(1-2), 230-235. DOI: 10.1016/j.jad.2010.03.021

Pillemer, D. B. (2003). Directive functions or autobiographical memory: The guiding power of the specific episode. *Memory, 11*(2), 193-202. DOI: 10.1080/741938208

Pinquart, M., Fröhlich, C., y Silbereisen, R. K. (2007). Cancer patients' perceptions of positive and negative illness-related changes. *Journal of Health Psychology, 12*(6), 907-921. DOI: 10.1177/1359105307082454

Piñuel, J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística, 3*(1), 1-42. Recuperado de https://www.ucm.es/data/cont/docs/268-2013-07-29-Pinuel_Raigada_AnalisisContenido_2002_EstudiosSociolinguisticaUVigo.pdf

Pitman, R. K. (1988). Post-Traumatic stress disorder, conditioning, and network theory. *Psychiatric Annals, 18*(3), 182-189. DOI: 10.3928/0048-5713-19880301-11

Polatinsky, S. y Esprey, Y. (2000). An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *Journal of Traumatic Stress, 13*(4), 709-718. DOI: 10.1023/a:1007870419116

Pope, L. M., Adler, N. E., y Tschann, J. M. (2001). Postabortion psychological adjustment: Are minors at increased risk? *Journal of Adolescent Health, 29*(2), 2-11. DOI: 10.1016/s1054-139x(01)00212-9

Porter, S., y Birt, A. R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memories for other life experiences. *Applied Cognitive Psychology, 15*(7), S101-S117. DOI: 10.1002/acp.766

Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology, 59*(1), 71-83. DOI: 10.1002/jclp.10117

Prati, G., y Pietrantoni, L. (2009). Optimism, social support and coping strategies as factors contributing to Posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping, 14*(5), 364-388. DOI: 10.1080/15325020902724271

Prati, G., y Pietrantoni, L. (2014). Italian adaptation and confirmatory factor analysis of the full and the short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Journal of Loss and Trauma, 19*(1), 12-22. DOI: 10.1080/15325024.2012.734203

Preiss, M., Krutiš, J. y Mareš, J. (2008) Posttraumatický rozvoj: nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie 52*(6), 567-583. DOI: 11150/08:00106535 [Preiss, M., Krutiš, J. y Mareš, J. (2008). Desarrollo postraumático: nueva visión, nueva teoría y modelo. *Psicología Checoslovaca, 52*(6), 567-583.]

Prini, P. (1992). *Historia del existencialismo: De Kirkegaard a hoy.* (A. Martínez, Trad.). Barcelona, España: Herder. (Versión original publicada en 1989).

Rajandram, R. K., Jenewein, J., McGrath, C., y Zwahlen, R. A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: An evidence-based review. *Supportive Care in Cancer, 19*(5), 583-589. DOI: 10.1007/s00520-011-1105-0

Ramos, C., y Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community and Health, 2*(1), 43-54, DOI: 10.5964/pch.v2i1.39

Reardon, D. C. (2003). Abortion decisions and the duty to screen: Clinical, ethical, and legal implications of predictive risk factors of post-abortion maladjustment. *The Journal of Contemporary Health Law and Policy, 20*(1), 33-114. Recuperado de http://www.theunchoice.org/pdf/ScreenRisks.pdf

Reardon, D. C., Cougle, J. R., Rue, V. M., Shuping, M. W., Coleman, P. K., y Ney, P. G. (2003) Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *Canadian Medical Association Journal, CMAJ, 168*(10), 1253-1256. Recuperado de http://www.cmaj.ca/content/168/10/1253.full.pdf+html?sid=df77f5da-662d-4fdc-b14f-9a0a852e6f37

Reardon, D. C., y Cougle, J. R. (2002). Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study. *British Medical Journal*, *19*(324), 151-152. DOI: 10.1136/bmj.324.7330.151

Reviere, S. L., y Bakeman, R. (2001). The effects of early trauma on autobiographical memory and schematic self-representation. *Applied Cognitive Psychology, 15*(7), S89-S100. DOI: 10.1002/acp.836

Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review. *Emotion Review, 1*(1), 60-85. DOI: 10.1177/1754073908097189

Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E., y Philippot, P. (1998). Social sharing of emotion: New evidence and new questions. *European Review of Social Psychology, 9*(1), 145-189. DOI: 10.1080/14792779843000072

Rimé, B., Páez, D., Basabe, N., y Martínez, F. (2009). Social sharing of emotion, post-traumatic growth, and emotional climate: Follow-up of Spanish citizen's response to the collective trauma of March 11th terrorist attacks in Madrid. *European Journal of Social Psychology, 40*(6), 1029-1045. DOI: 10.1002/ejsp.700

Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A., y Occhiogrosso, M. (2009). Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. *Harvard Review of Psychiatry, 17*(4), 268-289. DOI: 10.1080/10673220903149119

Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa.* Granada, España: Ediciones Aljibe.

Rodríguez-Marín, J. (1998). Psicología de la Salud y Psicología Clínica. *Papeles del Psicólogo, 69*, 41-47. Recuperado de http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=772

Rosenbaum, E., y Kandel, D. B. (1990). Early onset of adolescent sexual behavior and drug involvement. *Journal of Marriage and Family, 52*(3), 783-798. DOI: 10.2307/352942

Rowlands, S. (2008). The decision to opt for abortion (a review). *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 34*(3), 175-180. DOI: 10.1783/147118908784734765

Rubin, D. C., Boals, A., y Hoyle, R. H. (2014). Narrative centrality and negative affectivity: Independent and interactive contributors to stress reactions. *Journal of Experimental Psychology: General, 143*(3), 1159-1170. DOI: 10.1037/a0035140

Rubin, D. C., Feldman, M. E., y Beckham, J. C. (2004). Reliving, emotions and fragmentation in the autobiographical memories of veterans diagnosed with PTSD. *Applied Cognitive Psychology, 18*(1), 17-35. DOI: 10.1002/acp.950

Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., y Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor, 10*(10), SR5-SR16. Recuperado de http://medscimonit.com/download/index/idArt/11784

Russo, N. F. y Schmiege, S. J. (2005). Debates about our design are beside the point: The Reardon and Cougle findings are invalid and cannot be reproduced with properly coded data [Carta al Editor]. *BMJ, 18.* Recuperado de http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/31/debates-about-our-design-are-beside-point-reardon-and-cougle-findings-are-

Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality, 63*(3), 397-427. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1995.tb00501.x

Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78. DOI: 10.1037/0003-066x.55.1.68

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081. DOI: 10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. D., y Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. En P. T. P. Wong y P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 213-235). Nueva Jersey, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Saccinto, E., Prati, G., Pietrantoni, L., y Pérez-Testor, C. (2013). Posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth among Italian survivors of emergency situations. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping, 18*(3), 210-226. DOI: 10.1080/15325024.2012.687321

Salo, J. A., Qouta, S., y Punamäki, R. L. (2005). Adult attachment, posttraumatic growth and negative emotions among former political prisoners. *Anxiety, Stress & Coping, 18*(4), 361-378. DOI: 10.1080/10615800500289524

Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R., y Andrykowski, M. A. (2008). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology*, *18*(1), 30-41. DOI: 10.1002/pon.1367.

Sandín, B. (2008). *Estrés psicosocial. Conceptos y consecuencias clínicas* (2a Ed.). Madrid, España: Editorial Klinik.

Santelli, J. S., Speizer, I. S., Avery, A., y Kendall, K. (2009). An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *American Journal of Public Health, 96*(11), 2009-2015. DOI: 10.2105/ajph.2005.064584

Sanz de Acedo, M. L., Sanz de Acedo, M. T., y Cardelle-Elawar, M. (2007). Factors that affect decision making: gender and age differences. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 7*(3), 381-391. Recuperado de http://ijpsy.com/volumen7/num3/176/factors-that-affect-decision-making-gender-EN.pdf

Sanz, L. J. (2014). *Efectos mediadores y moderadores de las variables personales sobre la respuesta postraumática: psicopatología y crecimiento.* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., y Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 127-139. DOI: 10.1037/0022-3514.44.1.127

Sato, M., Yamazaki, Y., Sakita, M., y Bryce, T. J. (2008). Benefit-finding among people with rheumatoid arthritis in Japan. *Nursing & Health Sciences*, *10*(1), 51-58. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2007.00372.x

Sawyer, A., Ayers, S., y Field, A. P. (2010) Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer and HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *30*(4), 436-447. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.02.004

Schaefer, C., Coyne, J.C., y Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioural Medicine, 4*(4), 381-406. DOI: 10.1007/bf00846149

Schaefer, J. A., y Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. En B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 149-170). Connecticut: Praeger.

Schaefer, J. A., y Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. En R. G. Tedeschi, C. L. Park, y L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99-126). Nueva Jersey, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*(3), 219-247. DOI: 10.1037/0278-6133.4.3.219

Schmiege, S., y Russo, N. F. (2005). Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ: British Medical Journal, 331*(7528), 1303-1307. DOI: 10.1136/bmj.38623.532384.55

Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., y Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*(1), 46-53. DOI: 10.1002/pon.1501

Schuettler, D., y Boals, A. (2011). The path to posttraumatic growth versus posttraumatic stress disorder: Contributions of event centrality and coping. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping, 16*(2), 180-194. DOI:10.1080/15325024.2010.519273

Schulz, U., y Mohamed, N. E. (2004). Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Social Science & Medicine, 59*(3), 653-662. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.11.019

Schuman, H., y Pillemer, D. B. (1999). Momentous events, vivid memories: How unforgettable moments help us understand the meaning of our lives. *Contemporary Sociology, 28*(6), 701-702. DOI: 10.2307/2655566

Schwartz, S. H. (1994). Beyond individualism and collectivism: New cultural dimensions of values. En U. Kim, H. C. Triandis, C. Kagitsibasi, S. Choi, y G. Yoon (Eds.), *Individualism and Collectivism (*pp. 85-119). California, EE.UU.: Sage.

Schwarz, N. (2000). Emotion, cognition, and decision making. *Cognition and Emotion, 14*(4), 433-440, DOI: 10.1080/026999300402745

Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer S., Taubert S., y Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science & Medicine, 63*(6), 1614-1624. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.04.004

Scrignaro, M., Barni, S., y Magrin, M. E. (2011). The combined contribution and social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: A longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology, 20*(8), 823-831. DOI: 10.1002/pon.1782

Sears, S. R. (2003*). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer*. (Tesis Doctoral). Universidad de Kansas, EE.UU.

Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., Åhman, E., Henshaw, S. K., y Bankole, A. (2012). Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet, 379*(9816), 625-632. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61786-8

Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14. DOI: 10.1037/0003-066x.55.1.5

Senol-Durak, E., y Ayvasik, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*(1), 50-158. DOI: 10.1177/1359105309342472

Shakespeare-Finch, J., y Barrington, A. J. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 25*(4), 433-439. DOI: 10.1002/jts.21730

Shakespeare-Finch, J., y Enders, T. (2008). Corroborating evidence of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 21*(4), 421-424. DOI: 10.1002/jts.20347

Shakespeare-Finch, J., y Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(2), 223-229. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.10.005

Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 11*(4), 265-273. DOI: 10.1023/b:jocs.0000045346.76242.73

Sheikh, A. I., y Marotta, S. A. (2005). A cross-validation study of the Posttraumatic Growth Inventory. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development, 38*(2), 66-77. Recuperado de http://web.a.ebscohost.com.bibproxy.ulpgc.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4a311821-7f7d-4dcb-b831-c0ef63945342%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4214

Shi, L., Yu, Y., Peng, L., Liu, B., Miao, Y., Li, M., y Lv, X. (2015). Posttraumatic growth in fresh medical cadets after military training and its influencing factors. *Journal of Psychiatry, 18*(3), 1-5. DOI: 10.4172/psychiatry.1000272

Shum, M. S. (1998). The role of temporal landmarks in the autobiographical memory processes. *Psychological Bulletin, 124*(3), 423-442. DOI: 10.1037//0033-2909.124.3.423

Sihvo, S., Bajos, N., Ducot, B., Kaminski, M., Bouyer, J., Ferrand, M., … y Warszawski, J. (2003). Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*(8), 601-605. DOI: 10.1136/jech.57.8.601

Silver, R. C., Holman, E. A., McIntosh, D. N., Poulin, D., y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide Longitudinal Study of Psychological Responses to September 11. *JAMA, 288*(10), 1235-1244. DOI: 10.1001/jama.288.10.1235

Singh, S., Darroch, J. E., Ashford, L. S., y Vlassoff, M. (2009). *Adding it up: the costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health.* Nueva York, EE.UU.: Alan Guttmacher Institute. Recuperado de http://www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf

Slavin-Spenny, O. M., Cohen, J. L., Oberleitner, L. M., y Lumley, M. A. (2011). The effects of different methods of emotional disclosure: Differentiating post-traumatic growth from stress symptoms. *Journal of Clinical Psychology, 67*(10), 993-1007. DOI: 10.1002/jclp.20750

Smith, S. G., y Cook, S. L. (2004). Are reports of posttraumatic growth positively biased? *Journal of Traumatic Stress, 17*(4), 353-358. DOI: 10.1023/B:JOTS.0000038485.38771.c6

Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., y Tulloch, H. (2008). Expressive writing and post-traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity. *British Journal of Health Psychology, 13*(1), 85-93. DOI: 10.1348/135910707x250866

Snape, M. C. (1997). Reactions to a traumatic event: The good, the bad and the ugly? *Psychology Health & Medicine, 2*(3), 237-242. DOI: 10.1080/13548509708400581

Söderberg, H., Janzon, L., y Sjöberg, N. O. (1998). Emotional distress following induced abortion. A study of its incidence and determinants among abortees in Malmö, Sweden. *European Journal of Obstetreics & Gynecology and Reproductive Biology, 79*(2), 173-178. DOI: 10.1016/s0301-2115(98)00084-0

Speckhard, A., y Rue, V. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues, 48*(3), 95-119. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x

Srivastava, S., John, O. P., Gosling, S. D., y Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(5), 1041-1053. DOI: 10.1037/0022-3514.84.5.1041

Stanton A. L., Bower J. E., y Low C. A. (2006) Posttraumatic growth after cancer. En: L. G. Calhoun y R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice* (pp. 138-175). Nueva Jersey, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., y Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(6), 1150-1169. DOI: 10.1037//0022-3514.78.6.1150

Stanton, A. L., y Low, C. A. (2004). Toward understanding posttraumatic growth: Commentary on Tedeschi and Calhoun. *Psychological Inquiry, 15*(1), 76-80. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/20447206

Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, D., Collins, C., Kirk, S. B., y Sworowski, L. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 875-882. DOI: 10.1037//0022-006x.68.5.875

Steel, J. L., Gamblin, T. C., y Carr, B. I. (2008).Measuring post-traumatic growth in people diagnosed with hepatobiliary cancer: Directions for future research. *Oncology Nursing Forum, 35*(4), 643-650. DOI: 10.1188/08.ONF.643-650.

Steinberg, J. R., y Finer, L. B. (2010). Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science and Medicine, 72*(1), 72-82. DOI:10.1016/j.socscimed.2010.10.006

Steinberg, J. R., y Russo, N. F. (2008). Abortion and anxiety. What's the relationship? *Social Science and Medicine, 67*(2), 238-252. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.03.033

Steinberg, J. R., y Russo, N. F. (2009). Evaluating research on abortion and mental health. *Contraception, 80*(6), 500-503. DOI: 10.1016/j.contraception.2009.06.003

Stockton, H., Hunt, N., y Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 24*(1), 85-92. DOI: 10.1002/jts.20606

Suh, E., Diener, E., y Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(5), 1091-1102. DOI: 10.1037//0022-3514.70.5.1091

Svenson, O., Salo, I., y Lindholm, T. (2009). Post-decision consolidation and distortion of facts. *Judgment and Decision Making, 4*(5), 397-407. Recuperado de http://journal.sjdm.org/9130/jdm9130.pdf

Swickert, R., y Hittner, J. (2009). Social support coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. *Journal of Health Psychology, 14*(3), 387-393. DOI: 10.1177/1359105308101677

Taft, A. J., y Watson, L. F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BioMed Central Public Health, 8*(1), 75-82. DOI: 10.1186/1471-2458-8-75

Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., y Tedeschi, R. G. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies, 32*(5), 428-444. DOI: 10.1080/07481180801974745

Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P. y Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal, 20*(4), 353-367. DOI: 10.1080/10615800701295007

Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal, 20*(4), 353-367. DOI: 10.1080/106158008023117841

Taku, K., Kilmer, R. P., Cann, A., Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2012). Exploring posttraumatic growth in Japanese youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*, 411-419. DOI: 10.1037/a0024363

Taku, K., Tedeschi, R. G., Cann, A., y Calhoun, L. G. (2014, agosto). *Core beliefs, rumination, and posttraumatic growth resulting from 2011 March 11th earthquake in Japan*. Póster presentado a la 122ª Convención Anual de la American Psychological Association. Washington D.C., EE.UU.

Tardy, C. H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology, 13*(2), 187-202. DOI: 10.1007/bf00905728

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist, 38*(11), 1161-1173. DOI: 10.1037//0003-066x.38.11.1161

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., y Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist, 55*(1), 99-109. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.99

Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., y Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology, 56*(3), 396-406. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2007.00299.x

Tedeschi, R. G., Park, C. L., y Calhoun L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Nueva Jersey, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. California, EE.UU.: SAGE Publications. DOI: 10.4135/9781483326931

Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471. DOI: 10.1002/jts.2490090305

Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18. DOI: 10.1207/s15327965pli1501_01

Teigen, K. H., y Jensen T. K. (2011). Unlucky victims or lucky survivors?: Spontaneous counterfactual thinking by families exposed to the tsunami disaster. *European Psychologist, 16*(1), 48-57. DOI: 10.1027/1016-9040/a000033

Teixeira, R. J., y Pereira, M. G. (2013). Growth and the cancer caregiving experience: Psychometric properties of the Portuguese Posttraumatic Growth Inventory. *Families, Systems, & Health, 31*(4), 382-395. DOI: 10.1037/a0032004

Tennen, H., y Affleck, G. (2005). Benefit-finding and benefit-reminding. En C. R. Snyder y S. J. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.584-597). Oxford: Oxford University Press.

The National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) (2015, septiembre). *Statistivs on induced abortions 2014*. Disponible en http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-9-4 [8 septiembre 2015]

Thornton, A. A., y Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology, 15*(4), 285-296. DOI: 10.1002/pon.953

Thorp, J. M., Hartmann, K. E., y Shadigian, E. (2003). Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: A review of the evidence. *Obstetrical and Gynecological Survey, 58*(1), 67-79. DOI: 10.1097/00006254-200301000-00023

Toledo, V., Martini, A., Luengo, X., Molina, T., González, E., y Molina, S. (1999). Perfil de salud mental en adolescentes que interrumpen su embarazo con un aborto inducido. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y Adolescente, 6*(1), 14-21. Recuperado de http://www.cemera.cl/sogia/pdf/1999/VI1perfil.pdf

Törnbom, M., Ingelhammar, E., Lilja, H., Svanberg, B., y Möller, A. (1999). Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 78*(7), 636-641. DOI: 10.1034/j.1600-0412.1999.780713.x

Torres, A., y Forrest, J. D. (1988). Why do women have abortions? *Family Planning Perspectives 20*(4), 169-176. DOI: 10.2307/2135792

Tous, J. M., y Andrés, A. (1991). *IDDA-EA: Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estudio del Estado de Ánimo*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Treynor, W., González, R., Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 247-259. DOI: 10.1023/a:1023910315561

Trybulski, J. (2006). Women and abortion: the past reaches into the present. *Journal of Advanced Nursing, 54*(6), 683-690. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03871.x

Turunen, T., Haravuori, H., Punamäki, R. L., Suomalainen, L., y Marttunen, M. (2014). The role of attachment in recovery after a school-shooting trauma. *European Journal of Psychotraumatology, 5*(1). DOI: 10.3402/ejpt.v5.22728

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Contraceptive Use 2010.* Nueva York, EE.UU.: Autor. Recuperado de http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/WCP_2010/Data.html

Updegraff, J. A., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., y Wyatt, G. E. (2002). Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(3), 382-394. DOI: 10.1177/0146167202286009

Valiente, C. (2008). Spain at the vanguard in European gender equality policies. En S. Roth (Ed.), *Gender politics in the expanding European Union: Mobilization, inclusion, exclusion* (pp. 101-117). Nueva York, EE.UU.: Berghahn.

van Emmerik, A. P. A., Kamphuis, J. H., y Emmelkamp, P. M. G. (2008). Prevalence and prediction of re-experiencing and avoidance after elective surgical abortion: a prospective study. *Clinical Psychology and Psychoterapy, 15*(6), 378-385. DOI: 10.1002/cpp586

van Harreveld, F., van der Pligt, J., y de Liver, Y. N. (2009). The agony of ambivalence and ways to resolve it: Introducing the MAID model. *Personality and Social Psychology Review, 13*(1), 45-61. DOI: 10.1177/1088868308324518.

Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo, 27*(1), 1-2. Recuperado de http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1278.pdf

Vázquez, C., Castilla, C., y Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid, España: Pirámide.

Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez-Sales, P., Vidales, D., y Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders, 19*(3), 313-328. DOI: 10.1016/j.janxdis.2004.03.002

Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Hervás, G. (2008). Positive effects of terrorism and posttraumatic growth: An individual and community perspective. En P. A. Linley y S. Joseph (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. Nueva York, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates. DOI: 10.1002/9781118269718

Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Ochoa, C. (2014). Posttraumatic growth: Challenges from a cross-cultural viewpoint. En G. A. Fava y C. Ruini (Eds.), *Increasing psychological well-being in clinical and educational settings. Interventions and cultural contexts* (pp. 57-74). Nueva York, EE.UU.: Springer-Verlag. DOI: 10.1007/978-94-017-8669-0

Vázquez, C., y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología, 4*(2-3), 385-404. Recuperado de http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220385A

Vázquez, C., y Páez, D. (2010). Posttraumatic growth in Spain. En T. Weiss y R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 97-112). Nueva York, EE.UU.: Wiley. DOI: 10.1002/9781118270028

Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., y Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly, 34*(1), 110-120. DOI: 10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x

Wagner, B., Forstmeier, S., y Maercker, A. (2007). Posttraumatic growth as a cognitive process with behavioral components: A commentary on Hobfoll et al. (2007). *Applied Psychology, 56*(3), 407-416. DOI:10.1111/j.1464-0597.2007.00295.x

Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology 39*(5), 806-820. DOI: 10.1037//0022-3514.39.5.806

Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands. *Journal of Psychosocial Oncology, 20*(2), 65-80. DOI: 10.1300/J077v20n02_04

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 733-746. DOI: 10.1521/jscp.23.5.733.50750

Weiss, T., y Berger, R. (2006). Reliability and validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Research on Social Work Practice, 16*(2), 191-199. DOI: 10.1177/1049731505281374

Westoff, C. F. (2005). *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries.* DHS Analytical Studies No. 8. Maryland: ORC Macro. Recuperado de http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS8/AS8.pdf

Westoff, C. F. (2008). *A new approach to estimating abortion rates.* DHS Analytical Studies No. 13. Maryland: Macro International Inc. Recuperado de http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS13/AS13.pdf

Westphal, M., y Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology: An International Review, 56*(3), 417-427. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x

Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., y Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 24*(3), 266-273. DOI: 10.1037/0278-6133.24.3.266

Wight, R. G., Aneshensel, C. S., Murphy, D. A., Miller-Martinez, D., y Beals, K. P. (2006). Perceived HIV stigma in AIDS caregiving dyads. *Social Science & Medicine, 62*(2), 444-456. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.06.004

Wild, N. D., y Paivio, S. C. (2003). Psychological adjustment, coping, and emotion regulation as predictors of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 8*(4), 97-122. DOI: 10.1300/j146v08n04_05

Williams, G. B. (2001). Short-term grief after an elective abortion. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 30*(2), 174-183. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2001.tb01533.x

Wiser, S., y Arnow, B. (2001). Emotional experiencing: to facilitate or regulate? *Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 157-168. DOI: 10.1002/1097-4679(200102)57:2<157::aid-jclp3>3.0.co;2-8

Wolfe, T., y Ray, S. (2015). The role of event centrality, coping and social support in resilience and posttraumatic growth among women and men. *International Journal of Mental Health Promotion, 17*(2), 78-96, DOI: 10.1080/13642529.2015.1008799

World Health Organization (1994). *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos y de investigación. CIE-10* (Meditor, Trad.). Madrid, España: Meditor. (Versión original publicada en 1993).

World Health Organization (2003). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf

World Health Organization (2007). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2012). *Safe abortion: Technical and Policy guidance for health systems* (2ª Ed.). Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2014). *Facts and figures about abortion in the European region.* European health for all database [HFA-DB]. Ginebra, Suiza: Autor. Disponible en http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/abortion/facts-and-figures-about-abortion-in-the-european-region [8 agosto 2014]

World Medical Association (2013). World Medical Association declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association, JAMA, 310*(20), 2191-2014. DOI: 10.1001/jama.2013.281053

Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry, 15*(1), 81-90. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/20447207

Wulf, D. y Alan Guttmacher Institute (1999). *Sharing responsibility: Woman, society and abortion worldwide.* Nueva York, EE.UU.: Alan Guttmacher Institute. Recuperado de https://www.guttmacher.org/pubs/sharing.pdf

Xu, J., y Liao, Q. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic growth among adult survivors one year following 2008 Sichuan earthquake. *Journal of Affective Disorders, 133*(1-2), 274-280. DOI: 10.1016/j.jad.2011.03.034

Yalom, I. D. (2011). *Psicoterapia existencial* (2da. Ed.) (Diorki, Trad.). Barcelona, España: Herder. (Versión original publicada en 1980).

Yalom, I. D., y Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry, 54*(4), 334-345. DOI: 10.1521/00332747.1991.11024563

Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., y Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies, 46*(1), 708-715. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013

Zech, E., y Rimé, B. (2005). Is it talking about an emotional experience helpful? Effects on emotional recovery and perceived benefits. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*(4), 270-287. DOI: 10.1002/cpp.460

Zeelenberg, M., van Dijk, W. W., Manstead, A. S. R., y van der Pligt, J. (2000). On bad decisions and disconfirmed expectancies: The psychology of regret and disappointment. *Cognition and Emotion, 14*(4), 521-541. DOI: 10.1080/026999300402781

Znoj, H. J., y Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death Studies, 26*(7), 545-565. DOI: 10.1080/074811802760191708

Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., y Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology, 64*(3), 245-263. DOI: 10.1002/jclp.20441

Zoellner, T., y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - A critical review and introduction to a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*(5), 626-653. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.01.008

8. APÉNDICES.

A. Inscripción fichero titularidad privada.

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE por : Agencia Española de Protección de Datos. A fecha : 25/03/2014 20:16:53.
CSV : APDREB67D89F7C14E82F8F36A0-29728
El documento consta de un total de 2 páginas. Página 1 de 2.
FIRMADO
AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS
01012
20140326085209456291

AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS

PAULA ANDREA BARRAZA ILLANES

Nº Registro Salida: 084157/2014

El Director de la Agencia Española de Protección de Datos, a propuesta del Registro General de Protección de Datos, ha acordado en virtud de las competencias que le atribuyen los artículos 60 y 61 del Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre y el artículo 12.2.a del Real Decreto 428/1993 de 26 de marzo, vigente de conformidad con lo dispuesto en la Disposición Transitoria Tercera de la citada Ley Orgánica 15/1999, proceder a la/s siguiente/s inscripción/es en el Registro General de Protección de Datos correspondiente/s al/los fichero/s en el/los que figura como responsable PAULA ANDREA BARRAZA ILLANES:

CÓDIGO INSCRIPCIÓN	NOMBRE FICHERO	OPERACIÓN
2140841429	ESTUDIO CPT	ALTA

Las inscripciones en el Registro General de Protección de Datos únicamente acreditan que se ha cumplido con la obligación de notificación dispuesta en la Ley Orgánica 15/1999, sin que de esta anotación se pueda desprender el cumplimiento por parte del responsable del fichero del resto de las obligaciones previstas en dicha Ley y demás disposiciones reglamentarias (estas obligaciones se pueden consultar en *www.agpd.es/portalwebAGPD/Deberes.html*). De conformidad con lo dispuesto en el artículo 58 del citado Reglamento, la inscripción del fichero deberá encontrarse actualizada en todo momento.

Contra esta Resolución, que pone fin a la vía administrativa, podrán interponer, potestativamente, recurso de reposición ante el Director de la Agencia Española de Protección de Datos en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a la notificación de esta resolución, o, directamente recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional con arreglo a lo dispuesto en el artículo 25 y en el apartado 5 de la disposición adicional cuarta de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente a la notificación de este acto, de conformidad con lo previsto en el artículo 46.1 del referido texto legal.

El Director de la Agencia Española de Protección de Datos,
José Luis Rodríguez Álvarez

C/ Jorge Juan 6
28001 - Madrid

www.agpd.es
sedeagpd.gob.es

B. Consentimiento informado.

La Universidad de Las Palmas de Gran Canaria está realizando un estudio sobre qué hace que las mujeres crezcan ante experiencias muy estresantes como ésta.

¿Para qué sirve?

Te pedimos tu colaboración porque pretendemos ayudar a mejorar la atención psicosocial que reciben las mujeres en esta situación, mostrando a los profesionales cómo hacer más llevadero el proceso. Tu participación es muy importante, ya que esperamos contribuir a cambiar la visión que la sociedad tiene actualmente de esta experiencia.

¿En qué consiste?

- La participación es **voluntaria**.
- El estudio tiene dos fases:

FASE 1. Te pedimos que completes **ahora** algunas preguntas sobre tu proceso y tres cuestionarios. Te tomará **entre 15 y 20 minutos**.

FASE 2. Una psicóloga contactará contigo en dos ocasiones más: dentro de **un mes** y dentro de **seis meses**. Completarás algunas preguntas y dos cuestionarios. Te tomará **entre 5 y 10 minutos**. Elige de qué manera deseas que contacte contigo (puedes marcar ambas).

☐ Por **correo electrónico**, en la dirección _____

Te enviaremos un enlace a tu correo electrónico "ESTUDIO CPT" para que puedas completarlos en línea.

☐ Por **teléfono**, en el número _____

Te llamaremos y podrás contestar por teléfono. Si no te viene bien, tú eliges cuando quieres que volvamos a llamar.

¿Puede perjudicarme de algún modo?

- No. Tendrás el **mismo tratamiento y garantías** en el proceso que ya estás realizando tanto si participas como si no.
- Puedes **abandonar** el estudio cuando quieras.
- Si tras **tres contactos** no has respondido a la llamada o al correo de seguimiento, significa que no quieres continuar.

¿Cómo se garantiza mi anonimato?

- Los datos personales que facilites se emplean para poder contactar contigo en el seguimiento.
- Forman parte de un **fichero de titularidad privada*** exclusivo de este estudio, que será dado de baja una vez finalice.
- Los cuestionarios se codifican con un **número**, tu identidad se conserva separadamente.
- Los resultados del estudio se publican en forma de **cifras**, no siendo posible **nunca** el uso de tus datos personales.

☐ SÍ quiero participar.

Firma_____

Fecha de hoy _____

Nombre y apellidos_____

_____

DNI/NIE _____

☐ NO quiero participar.

Aunque no participes, te pedimos los siguientes datos. No volveremos a contactar contigo en ningún momento.

Edad actual: _____

Pareja: ☐No ☐Si

Hijos: ☐No ☐Si

Otras IVE: ☐No ☐Si

Convivencia: ☐Sola ☐Con otras personas

Situación laboral:

☐Trabajo ☐Desempleo ☐Otra

☐Estudiante ☐Cuidado del hogar y la familia

Estudios finalizados:

☐Primaria ☐Secundaria

☐Bachillerato/CF medio ☐Universidad/CF superior

☐Posgrado

País de nacimiento: _____

* En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndote por escrito a: Paula Barraza - ESTUDIO CPT. ᶜ/Sta. Juana de Arco 1, buzón 23, 35004 Las Palmas de Gran Canaria.

C. Modelo de recogida de datos sociodemográficos.

Edad actual: ☐

Pareja:
☐Sin pareja en el embarazo
☐Ruptura tras el embarazo
(☐Ruptura tras el embarazo)
☐Mi pareja ha fallecido
☐Seguimos juntos, igual que siempre
☐Seguimos juntos, pero la relación ha empeorado
☐Seguimos juntos, y la relación ha mejorado.

Hijos: ☐No ☐Si

Otras IVE: ☐No ☐Si

Convivencia:
☐Sola
☐Con mi propia familia (pareja o hijos)
☐Con mi familia de origen (padres, abuelos, hermanos)
☐Con mi familia recompuesta (pareja o hijos + padres, abuelos, hermanos)
☐Con otras personas que no son mi familia

Situación laboral:
☐Trabajo ☐Desempleo ☐Estudiante ☐Cuidado del hogar y la familia ☐Otra

Estudios finalizados:
☐Primaria ☐Secundaria ☐Bachillerato/CF medio ☐Universidad/CF superior ☐Posgrado

País de nacimiento: _____

D. Vínculos Interpersonales de Apoyo, VIDA-R (Alemán, 2013).

Por favor, marca en qué medida te sientes identificada con cada afirmación.

TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
1	2	3	4

Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir mis penas y alegrías.	1	2	3	4
Existe alguien que realmente es una fuente de bienestar para mí.	1	2	3	4
Tengo a alguien con quien puedo hablar de mis problemas y temores.	1	2	3	4
Tengo a alguien con quien puedo contar cuando necesito hablar de algo muy íntimo.	1	2	3	4
Tengo a alguien ante quien puedo llorar o desahogarme.	1	2	3	4
Cuento con una persona o personas que se preocupan por lo que me sucede.	1	2	3	4
Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.	1	2	3	4
Cuento con alguien que me alienta o da ánimos para seguir.	1	2	3	4

E. *Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi y Calhoun, 1996).

Traducción de Vázquez et al. (2006), modificada por Páez et al. (2011).

Como resultado de tu experiencia ante la interrupción voluntaria del embarazo, señala si has experimentado los siguientes cambios, teniendo en cuenta la escala propuesta

Ha habido un cambio:

NINGUNO	MUY LIGERO	LIGERO	MODERADO	IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE
0	1	2	3	4	5

He cambiado la escala de valores de mi vida, las prioridades de lo que es importante en la vida.	0	1	2	3	4	5
Aprecio más el valor de mi propia vida o la valoro más.	0	1	2	3	4	5
Tengo o he desarrollado nuevos intereses.	0	1	2	3	4	5
Tengo más confianza en mí misma.	0	1	2	3	4	5
Soy una persona más espiritual, he crecido espiritualmente.	0	1	2	3	4	5
Me doy cuenta de que puedo contar con las personas en caso de crisis y necesidad.	0	1	2	3	4	5
He construido un nuevo rumbo o caminos de vida.	0	1	2	3	4	5
Siento un mayor sentido de proximidad con las personas o mayor cercanía hacia los demás.	0	1	2	3	4	5
Estoy más dispuesta a expresar mis emociones o manifiesto las emociones de forma más espontánea.	0	1	2	3	4	5
Siento que puedo arreglármelas mejor en los momentos difíciles.	0	1	2	3	4	5
Creo o me siento capaz de hacer cosas mejores en mi vida.	0	1	2	3	4	5
Acepto más fácilmente el modo en que van las cosas en mi vida, o puedo aceptar mejor las cosas tal como vienen.	0	1	2	3	4	5
Aprecio cada vez más el nuevo día o puedo valorar mejor el día a día.	0	1	2	3	4	5
Veo que hay oportunidades que antes no consideraba o han aparecido oportunidades que de no haber pasado esto no habrían sucedido.	0	1	2	3	4	5
Tengo o siento más compasión hacia los demás.	0	1	2	3	4	5
Aporto o pongo más energía en mis relaciones personales	0	1	2	3	4	5
Estoy más dispuesta a afrontar las cosas que hay que cambiar o intento más cambiar aquellas cosas que deben cambiarse.	0	1	2	3	4	5
Tengo más fe religiosa.	0	1	2	3	4	5
He descubierto que era o soy más fuerte de lo que pensaba.	0	1	2	3	4	5
He aprendido lo maravillosas que son las personas o lo extraordinarias que pueden ser.	0	1	2	3	4	5
Acepto mejor el hecho de necesitar a los demás.	0	1	2	3	4	5