

# TRABAJO DE FIN DE GRADO

## ANÁLISIS DEL PERFIL DE MUJERES QUE SOLICITAN IVE EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE VALLADOLID ESTE



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Medicina**

- Presentado por: **Aurora Ferrero Mañas**
- Realizado por: **Laura Ferrer Gómez y Aurora Ferrero Mañas**
- Tutorizado por: **Dr. Fernando Montiel Carreras**
- Colaborador del estudio: **Rafael Rivero Guinaldo**
- *CURSO 2019 - 2020*

*En agradecimiento a todas las mujeres que han participado en este estudio.*

*A Ferrer, por hacer del trabajo algo más ameno y alegre.*

*A Rafa, porque sin sus ideas y su dedicación este trabajo no hubiera sido posible; y a Fernando, por su tiempo y ayuda en estos tiempos tan difíciles.*

*Finalmente dar las gracias también mis padres, por apoyarme siempre, aún cuando no me daba cuenta. Y a mis amigas de siempre, por animarme y aportar variedad a mi vida.*

## **INDICE**

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
2.1 Evolución histórica del aborto inducido en España.....	6
2.2 Legislación actual en España.....	6
2.3 Prevalencia y evolución de las IVEs en Castilla y León.....	8
3. Justificación y Objetivos .....	9
4. Material y métodos .....	10
4.1 Tipo de estudio .....	10
4.2 Procedimiento.....	10
5. Resultados .....	12
5.1 Cuestionario 1 .....	12
5.1.1 Edad.....	12
5.1.2 Nacionalidad .....	13
5.1.3 Nivel de estudios.....	13
5.1.4 Situación laboral.....	13
5.1.5 Hijos previos.....	14
5.1.2 Anticoncepción en el momento actual.....	14
5.1.2 Anticoncepción de emergencia .....	15
5.2 Cuestionario 2 .....	15
5.2.1 Anticoncepción habitual .....	15
5.2.2 Fuentes utilizadas para resolver dudas.....	15
5.2.3 Apgar familiar.....	16
5.2.4 Falsos mitos sobre anticoncepción y prevención de ITS .....	16
6. Discusión.....	16
7. Conclusiones.....	20
8. Bibliografía .....	21
9. Anexos .....	23

## **1. Resumen**

El aborto inducido o Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es una práctica clínica habitual en el control de la fecundidad, utilizada por numerosas mujeres, en todas las sociedades y con independencia de que las leyes lo permitan o no. Hablamos de un acto médico que no sólo tiene un gran impacto a nivel psicológico y emocional en las mujeres, sino que, a lo largo de la historia, ha costado la vida e integridad a muchas de ellas. Estuvo prohibido en España hasta 1985, pero ni ahora ni entonces ha dejado de ser fuente de discusiones por las grandes implicaciones médicas, sociales, éticas y legales que esta práctica supone.

El objetivo principal de este trabajo es conocer algunas de las características sociodemográficas de las mujeres que recurren a la interrupción voluntaria del embarazo en las Zonas Básicas de Salud del Área Este de Valladolid. Para ello se ha llevado a cabo un estudio transversal de tipo descriptivo, a partir de los datos obtenidos de dos cuestionarios de elaboración propia que han realizado las 59 mujeres solicitantes de IVE que accedieron a formar parte de este estudio. El perfil de mujer con mayor riesgo de realizar una IVE en este Área es: menor de 25 años, española, con pareja, estudios medios, trabajadora, con hijos previos y que utiliza el preservativo masculino como método anticonceptivo. Los resultados más llamativos son que un 54% de las encuestadas son menores de 25 años y que un amplio número de mujeres ya habían realizado una IVE previamente. Por ello, este trabajo se centra en estos dos perfiles, valorando si presentan características comunes, así como los diferentes factores sobre los que se puede actuar para la prevención de embarazos no planificados, y la necesidad de intervenciones breves para mejorar la calidad asistencial post-IVE.

Palabras clave: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), IVE de repetición, salud sexual, salud reproductiva, perfil socio-familiar

## **1. Abstract**

Voluntary interruption of pregnancy (VIP), more commonly known as 'abortion', is one of the most frequent clinical practices in the world, largely common in all societies regardless of their policies. This healthcare procedure carries profound psychological effects and even death. In Spain, abortion became accepted by law in 1985. Yet every now and then it has kindled heated polemics due to its medical, social, ethical and legal significance.

This project sheds light on certain sociodemographic features related to women who have chosen abortion over pregnancy. It shows a record of data from basic medical centers located on East Valladolid. After having designed two surveys to share and collect among 59 female participants who applied for VIP in this area, we have carried out a descriptive cross-sectional analysis. Our analysis reveals that the most common pattern is a Spanish female below 25 years of age with a partner with whom she uses masculine contraceptives and who has received secondary education, works and has already offspring. Taking into account this model, we have focused on two particular survey results: a) The fact that 54% of participants are below 25 years old, b) the fact that most women have gone through abortion more than once. Focusing on these two profiles, we have pondered about the following questions: Are there common characteristics for these profiles? Which factors can preclude abortion (and repetitive abortion)? Which sort of brief procedures improve post-VIP medical assistance?

Keywords: Voluntary interruption of pregnancy, repeated VIPs, sexual health, reproductive healthcare, socio-family profile.

## **2. Introducción**

Se calcula que en el mundo se producen 46 millones de IVE al año, cerca de la mitad en condiciones de inseguridad, sobre todo en aquellos países en que no se ha despenalizado o en los que no hay accesibilidad a servicios adecuados<sup>1</sup>. Según la OMS, lo mejor que los gobiernos pueden hacer frente a las IVE es establecer políticas de salud sexual y reproductiva que faciliten la anticoncepción efectiva, así como proporcionar servicios de calidad que aseguren que las IVE se realizan en condiciones de accesibilidad y seguridad para las usuarias<sup>2,3</sup>.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia<sup>4</sup> define el aborto como la “Interrupción del embarazo cuando el feto es incapaz de vivir fuera del claustro materno antes de la 22ª semana o bien cuando el feto pesa <500 gr.” En particular, según su intencionalidad, distingue:

- Aborto espontáneo: cuando no existe ninguna maniobra voluntaria para su producción.
- Aborto inducido: interrupción deliberada por medio de cirugía o medicamentos. Considerando si el proceso entra o no dentro de los criterios de legalidad podemos distinguir entre aborto inducido legal (IVE) y aborto inducido punible.

## **2.1. Evolución histórica del aborto inducido en España**

En España, salvo un corto periodo de tiempo durante la Segunda República Española (1937), el aborto fue considerado una práctica ilegal hasta 1985. En el primer Código Penal, fechado en 1822, las penas podían alcanzar hasta 14 años para los profesionales que participasen y 8 años para las mujeres que abortaran<sup>5</sup>.

Que estuviese prohibido no impedía que se practicara de manera clandestina y con consecuencias graves en la morbi-mortalidad de las mujeres. Esta situación ponía de manifiesto una clara desigualdad entre las mujeres españolas, debido a que las que pertenecían a un estatus socioeconómico más alto podían permitirse el llamado “turismo abortivo”, bajo el amparo de legislaciones de otros países.

No fue hasta 1985, año en el que se aprobó la reforma que introdujo el art. 147 bis en nuestro Código Penal<sup>6</sup>, cuando el aborto pasó a ser una práctica parcialmente despenalizada, con ciertas excepciones: peligro grave para la vida o salud de la embarazada, el embarazo como consecuencia de una violación (siempre que haya denuncia y antes de la semana 12), y el diagnóstico de graves taras físicas o psíquicas en el feto (antes de la semana 22).

## **2.2. Legislación actual en España**

***Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo***<sup>7</sup>.

En 2010, en España se modifica la regulación de la ley del aborto. Con ella, el aborto pasa a denominarse “Interrupción Voluntaria del Embarazo” y se produce una mutación jurídica, convirtiendo en un derecho lo que hasta el momento había sido una conducta despenalizada. Es decir, en esta ley se recoge el derecho a la maternidad libremente decidida, ofreciendo mecanismos para facilitarla.

El **art. 13** establece los **requisitos comunes de la IVE**: 1) que se practique por un médico especialista; 2) que se lleve a cabo en un centro sanitario público o privado; 3) que se realice con el consentimiento expreso y escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal.

Existen **novedades legislativas** importantes, que son aquellas en las que vamos a profundizar: **a)** se establece un sistema de indicaciones y plazos, **b)** se indica qué

información ha de recibir la mujer gestante, **c)** las menores de edad que solicitan IVE y **d)** la posibilidad de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios<sup>8</sup>.

**a)** El principio general que se contempla en esta ley en su art. 14 (Interrupción del embarazo a petición de la mujer) es que el aborto será libre dentro de las **primeras catorce semanas de gestación** siempre y cuando se cumplan estos dos requisitos:

- I. Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad (art. 17).
- II. Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días desde la información mencionada y realización de la intervención.

Por otro lado, y según el art. 15 de esta ley (Interrupción del embarazo por causas médicas), se amplía este plazo hasta **veintidós semanas de gestación** cuando tenga lugar alguna de las siguientes circunstancias:

- I. Grave riesgo para la vida o salud de la embarazada y así conste en un dictamen médico (distinto de aquel que lleve a cabo la intervención).
- II. Cuando el feto tenga riesgo de sufrir graves anomalías y así se refleje en un dictamen médico emitido por dos especialistas.
- III. Presencia de anomalías fetales incompatibles con la vida, o enfermedad extremadamente grave e incurable; dictaminadas por dos médicos (distintos de aquel que lleve a cabo la intervención).

**b)** Tal y como explica el art. de esta ley (Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo), toda mujer que desee abortar tendrá que recibir información sobre los distintos métodos que existen, las condiciones previstas en la ley, los centros sanitarios acreditados, así como los trámites para acceder a la prestación. Además, recibirán un sobre cerrado con información sobre las ayudas públicas disponibles y la cobertura sanitaria durante la gestación y el parto, los derechos laborales vinculados al embarazo y la maternidad, datos sobre los centros donde recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro, así como centros de asesoramiento antes y después de la interrupción.

En todos los supuestos y previamente al consentimiento, se habrá de informar a la mujer de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la continuación del embarazo, así como las de la interrupción del mismo. Asimismo, la información facilitada ha de ser clara, objetiva y comprensible, adecuada en todo momento a las necesidades de la mujer.

- c) El art 13.4 de esta ley, establecía que las mujeres de 16 y 17 años tenían opción a someterse a este procedimiento siguiendo el mismo régimen general que las mujeres mayores de edad, si bien al menos uno de los progenitores debía ser informado, salvo en caso de conflicto familiar grave, puesto de manifiesto por “el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo”. Esta posibilidad, sin embargo, fue modificada por la **LO 11/2015**<sup>9</sup>, que exige el consentimiento de ambos progenitores para que la menor pueda someterse a una interrupción voluntaria del embarazo. De esta manera, con el artículo I de la *Modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, se establece que: “... se suprime la posibilidad de que las menores de edad puedan presentar el consentimiento por sí solas, sin informar siquiera a sus progenitores. De este modo, para la interrupción voluntaria del embarazo de las menores de edad será preciso, además de la manifestación de su voluntad, el consentimiento expreso de los titulares de la patria potestad”.
- d) Finalmente, la L.O. 2/2002<sup>10</sup> introduce en su art 19 (Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud) que “los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia”. Este rechazo a llevar a cabo la intervención será siempre una decisión individual que deberá manifestarse de manera anticipada y por escrito. En cualquier caso, los profesionales sanitarios han de ofrecer tratamiento y atención adecuada a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una interrupción voluntaria del embarazo.

### **2.3. Prevalencia y evolución de las IVEs en Castilla y León**

Tanto a nivel estatal como autonómico, anualmente se recoge información estadístico-epidemiológica sobre el perfil de las mujeres que interrumpen su embarazo, permitiendo evaluar así las actividades preventivas y de planificación que se están desarrollando, lo que permite definir nuevas actividades, frecuentemente orientadas a los grupos más vulnerables.

En un estudio<sup>11</sup> que refleja la evolución de las IVEs realizadas en mujeres residentes en Castilla y León desde 2001 hasta 2018, se observa que, desde el año 2001, el mayor



pico de IVEs tiene lugar en el año 2011. A partir de ese año el número ha ido en descenso progresivo, manteniéndose estable desde el 2016 hasta el 2018.

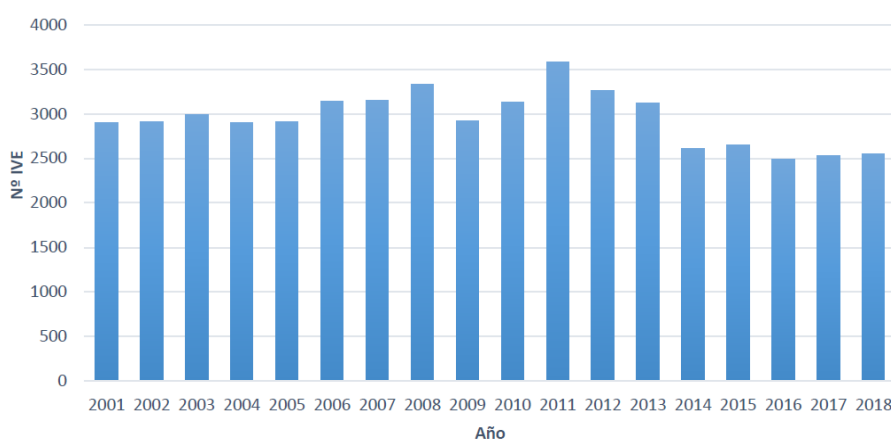


Figura 1. Evolución IVE en residentes CyL. (2001-2018)

En cuanto a la distribución por provincias de las IVEs realizadas en Castilla y León, en este mismo estudio se observa que, en el año 2018, Valladolid es la provincia con mayor número de IVEs realizadas (un 26% sobre el total de las provincias de Castilla y León).

### **3. Justificación y Objetivos**

El aborto es un acontecimiento excepcional en la vida de la mujer. No obstante, se trata de una práctica médica frecuente incluida en la cartera del Sistema Nacional de Salud español desde 1985. Esto hace que abordemos un tema de gran trascendencia no solo por su frecuencia, sino por el fuerte impacto psíquico y físico que puede provocar.

El objetivo principal de este trabajo es obtener un registro de datos que nos permita establecer algunas de las características sociodemográficas, a partir de las cuales poder obtener el perfil sociofamiliar de las mujeres que recurren a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en las en las Zonas Básicas de Salud del Área Este de Valladolid.

Como objetivos secundarios, nos planteamos:

- Analizar el conocimiento y uso de las opciones anticonceptivas y de prevención de ITS que disponen las mujeres que solicitan una IVE.
- Concienciar sobre la importancia de implementar programas específicos de prevención de los factores de riesgo de embarazos no deseados e ITS, poniendo el foco en los perfiles más vulnerables, así como programas de promoción y educación para la salud sexual y reproductiva.

## 4. Material y métodos

### 4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio transversal de tipo descriptivo.

### 4.2. Procedimiento

La realización de este trabajo se llevó a cabo en diferentes fases (Figura 2).

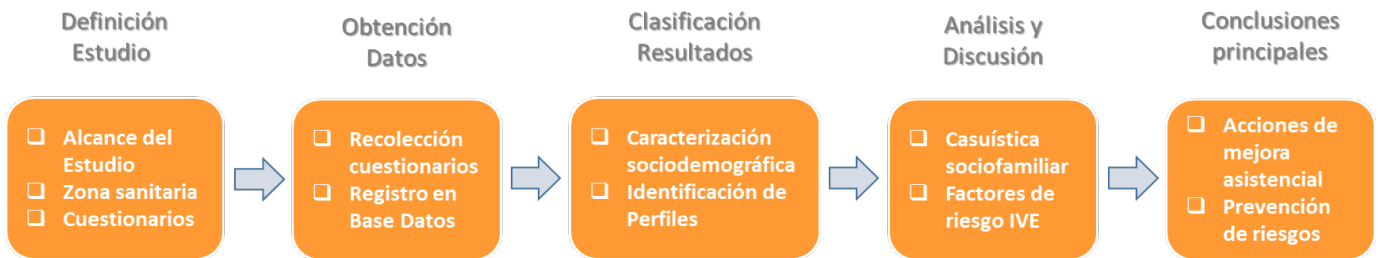


Figura 2. Fases del Estudio

Los datos de este trabajo se han obtenido a partir de dos cuestionarios anónimos de elaboración propia (*Anexo*), entregados a los trabajadores sociales de los Centros de Salud del Área de Valladolid Éste, pertenecientes a zonas urbanas y rurales.

Dichos cuestionarios se han realizado, previo consentimiento informado verbal, a 59 mujeres embarazadas que han solicitado una IVE en el periodo entre el 1 diciembre 2019 y 30 de abril 2020. El 100% de las IVEs realizadas se ajustan al artículo 14 de la LO 2/2010, es decir, se encuentran dentro de las primeras 14 semanas de gestación.

- El **primer cuestionario** recoge información sobre las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas. Además, se pregunta sobre la existencia de abortos previos y tipo de anticoncepción utilizada en el momento actual. Para ello se describen distintos métodos anticonceptivos a señalar. En este estudio, hemos interpretado el doble método como la utilización simultánea de preservativo masculino junto con anticoncepción oral.
- El **segundo cuestionario** nos ofrece una valoración global de los conocimientos sobre salud sexual que presentan las mujeres que solicitan IVE a través de diez preguntas. En la primera se enumeran distintas opciones anticonceptivas con la posibilidad de marcar una o varias de ellas. La siguiente indaga sobre las fuentes de información utilizadas cuando tienen dudas sobre sexualidad.

Las ocho cuestiones restantes están formuladas ofreciendo diferentes niveles de evidencia: mucho, bastante, poco o nada; o en forma dicotómica de sí/no, que nos permiten valorar el conocimiento sobre los distintos métodos anticonceptivos y la prevención de ITS, así como la detección de falsos mitos, muchos de ellos altamente arraigados en nuestra sociedad, acerca de las relaciones sexuales seguras. Para describir los datos obtenidos se han establecido dos categorías principales: métodos anticonceptivos seguros y protección frente a ITS.

Por último, se realizó un *Apgar familiar*, una escala que nos permite medir de manera cuantitativa la percepción del funcionamiento de la unidad familiar. Cada una de las cinco preguntas se puntúa con un valor entre 0 y 2, obteniéndose al final un índice agregado de 0-10, que permite interpretar la funcionalidad familiar de este modo:

- Funcionalidad normal de 7-10 puntos
  - Disfunción moderada de 4-6 puntos.
  - Disfunción grave de 0 a 3 puntos.
- La **metodología** de trabajo para la realización de estos cuestionarios fue la siguiente: durante la primera consulta se explica a la mujer en qué consiste el estudio y se solicita el consentimiento para participar en el mismo. En caso afirmativo, se le entregan los cuestionarios, al mismo tiempo que recibe toda la información necesaria acerca del procedimiento del IVE. La mujer contesta las preguntas fuera del Centro de Salud, es decir, se lleva los cuestionarios a casa y los entrega en la segunda cita, con la posibilidad de resolver cualquier duda con el Trabajador Social. En la segunda consulta, tras la realización de la ecografía y cuando la mujer recibe la fecha de la cita para la IVE, el Trabajador Social rellena los tiempos de gestación y realización de la IVE.

## **5. Resultados**

La sistemática que se va a seguir para la descripción de los resultados es la siguiente:

1. Datos sociodemográficos recogidos en el cuestionario 1
2. Conocimientos sobre salud sexual y Apgar recogidos en el cuestionario 2

De todas las mujeres que acudieron a la consulta de Trabajo Social para solicitar una IVE en el periodo comprendido entre el 1 diciembre 2019 y 30 de abril 2020, 59 mujeres entre 17 a 42 años accedieron a formar parte de este estudio.

Cabe destacar que un 54% de las mujeres de nuestra población son menores de 25 años y un 27% del total manifestaron la realización de IVEs previos. Estos datos nos permiten extraer dos perfiles que merece la pena destacar. Por ello, la exposición de los resultados se hará teniendo en cuenta:

- La totalidad de la población estudiada
- Perfil de mujeres menores de 25 años
- Perfil de mujeres con IVEs de repetición

En los subapartados en los que no se mencione el perfil de mujeres menores de 25 años o el de las mujeres con IVEs de repetición será porque no se aprecia diferencia con respecto a la totalidad de las mujeres estudiadas.

### **5.1 . Cuestionario 1**

#### **5.1.1 Edad**

Tabla 1. Distribución por edad

<b>EDAD (AÑOS)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>IVEs DE REPETICIÓN</b>
< 20	15 %	0
<b>21 - 25</b>	<b>39 %</b>	<b>57%</b>
26 - 30	15 %	25 %
31 - 35	8 %	0
> 35	22 %	18 %

### 5.1.2 Nacionalidad

Dos de cada tres mujeres estudiadas son españolas y el resto extranjeras (Figura 3).

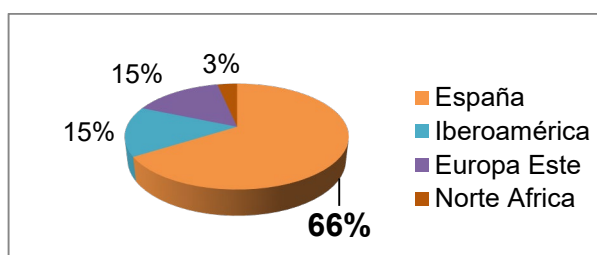


Figura 3. Distribución por nacionalidad

De las mujeres con IVEs de repetición, la mitad son españolas y la mitad extranjeras (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución por nacionalidad

NACIONALIDAD	< 25 AÑOS	IVEs DE REPETICIÓN
ESPAÑA	62 %	50 %
IBEROAMÉRICA	22 %	19 %
EUROPA DEL ESTE	16 %	31 %
NORTE DE AFRICA	0	0

### 5.1.3 Nivel de estudios

Un 75% de la población estudiada cuenta con estudios medios o inferiores (Figura 4).

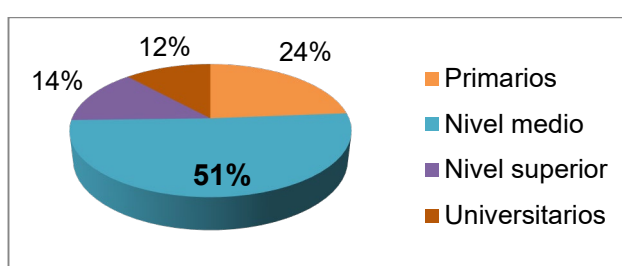


Figura 4. Tipo de estudios

### 5.1.4 Situación laboral

Gran parte de las mujeres con IVEs previos (56%) son trabajadoras, sin embargo, un 63% de las mujeres menores de 25 años no trabaja (Tabla 3).

Tabla 3. Situación laboral

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL	< 25 AÑOS	IVEs DE REPETICIÓN
CUENTA AJENA	41 %	31 %	50%
CUENTA PROPIA	8 %	6 %	6%
DESEMPLEADAS	42 %	47 %	44%
ESTUDIANTES	8 %	16 %	0

### 5.1.5 Hijos previos

La mayor parte de las menores de 25 años no tenía hijos previos, sin embargo, un 63% de las mujeres con IVEs de repetición tenía uno o más hijos (Tabla 4).

Tabla 4. Paridad

NÚMERO DE HIJOS	TOTAL	< 25 AÑOS	IVEs DE REPETICIÓN
NINGUNO	46 %	60 %	37%
1	25 %	19 %	25%
2	19 %	19 %	32%
3 o más	10 %	2 %	6%

### 5.1.6 Anticoncepción en el momento actual

Un 23% de mujeres refiere no utilizar métodos anticonceptivos eficaces (incluyendo la marcha atrás), sin embargo, en el grupo de mujeres con IVEs de repetición este porcentaje aumenta hasta un 44% (Tabla 5).

Tabla 5. Método anticonceptivo actual

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	TOTAL	< 25 AÑOS	IVEs DE REPETICIÓN
<b>PRESERVATIVO</b>	<b>45 %</b>	<b>40 %</b>	<b>37%</b>
ACO	26 %	37 %	19%
DOBLE MÉTODO	5 %	6 %	0
MARCHA ATRÁS	14 %	6 %	25%
NINGUNO	9 %	10%	19%

### 5.1.7 Anticoncepción de emergencia

El uso de la anticoncepción de emergencia (píldora del día después), es una práctica anticonceptiva a la que han recurrido el 29% de las mujeres en algún momento, y hasta un 17% en el último año.

## 5.2 . Cuestionario 2

### 5.2.1 Anticoncepción habitual

En la Figura 5 se identifican las medidas anticonceptivas utilizadas de manera habitual. Cabe destacar que el resto de opciones que se ofrecían (implante subcutáneo hormonal, diafragma, DIU o preservativo femenino) no fueron elegidas por ninguna de las mujeres.

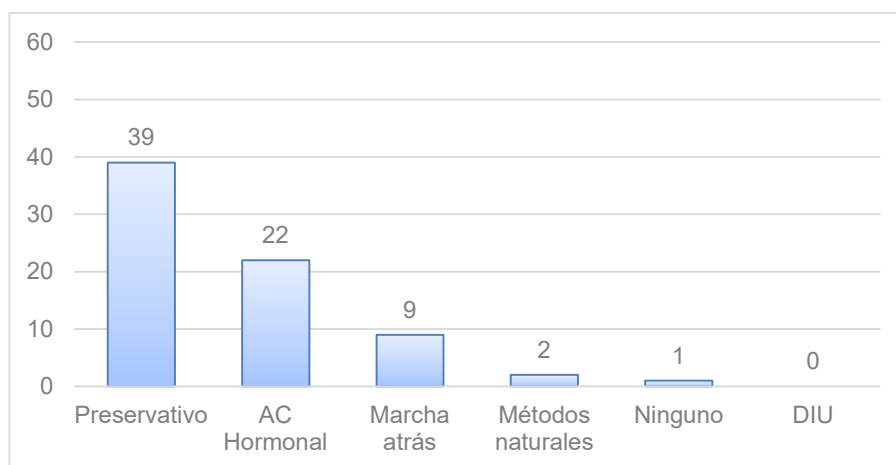


Figura 5. Método anticonceptivo habitual

### 5.2.2 Fuentes utilizadas para resolver dudas

La principal fuente de información son los amigos o familiares (Tabla 6).

Tabla 6. Fuentes de información

FUENTE DE INFORMACIÓN	PORCENTAJE
Amigos - familiares	44 %
Internet - libros	7 %
Profesionales	17 %
No tienen dudas / no consultan	12 %

### 5.2.3 Apgar familiar

La mayor parte de las mujeres presenta una funcionalidad familiar normal (Tabla 7).

Sin embargo, de las mujeres con disfunción moderada/grave, un 50% ha realizado IVEs previos. En contraposición, de las mujeres con una funcionalidad familiar normal, un 23% ha realizado IVEs previos.

Tabla 7. Apgar

RESULTADO APGAR FAMILIAR	PORCENTAJE
Funcionalidad Normal	83 %
Disfunción moderada	14 %
Disfunción grave	3 %

### 5.2.4 Falsos mitos sobre anticoncepción y prevención de ITS:

#### a) Conocimiento sobre métodos anticonceptivos seguros

Tabla 8. Conocimientos sobre relaciones sexuales seguras

	TOTAL	< 25 AÑOS	IVEs DE REPETICIÓN
Desconocen falta de protección de la marcha atrás	47 %	64 %	56 %
Desconocen falta de protección durante la menstruación	54 %	56 %	69 %

#### b) Protección frente a ITS

En este apartado cabe destacar que un 24% reconoce que mantendría relaciones sexuales sin preservativo si no lo tuviera y hasta un 27% si su pareja se negase a usarlo.

## 6. Discusión

El análisis de los resultados obtenidos nos permite conocer el perfil tipo de las mujeres estudiadas y, a su vez, poner el foco en dos perfiles que, por sus características sociodemográficas, podrían considerarse grupos de riesgo frente a los embarazos no deseados. Estos son: el perfil de mujeres **menores de 25 años** y el perfil de **mujeres con IVEs de repetición**.

A continuación, se incidirá en las características más significativas de estos tres perfiles.



## **6.1. Perfil de las mujeres estudiadas**

El perfil de mujer con mayor riesgo de realizar una IVE en el Área de Salud estudiada es: menor de 25 años, española, con pareja, estudios medios, trabajadora, con hijos previos y que utiliza el preservativo masculino como método anticonceptivo.

Los resultados de nuestro estudio revelan que la mayor parte de mujeres solicitantes de IVE son españolas, coincidiendo con el Informe IVE 2017<sup>12</sup>. Asimismo, nuestros resultados coinciden con la distribución por edad presentada en ese informe, en el que las tasas más altas se registran entre los 20 y los 29 años.

En las mujeres estudiadas el método más ampliamente utilizado es el preservativo, seguido de la anticoncepción hormonal. Nuestros hallazgos coinciden con los datos ofrecidos por la Encuesta Nacional sobre Anticoncepción del 2018<sup>13</sup>, donde el primer método es el preservativo (30%) seguido de la anticoncepción hormonal (17%). Sin embargo, los datos de la Encuesta reflejan que un 28% no utiliza ningún método, un porcentaje bastante superior al de nuestro estudio. Estas diferencias pueden explicarse porque, probablemente en nuestro estudio, muchas de las respuestas se hayan hecho de manera sistemática, sin evidenciar la realidad del método anticonceptivo utilizado. Esta discordancia también se ve reflejada en los subapartados *5.1.6 Anticoncepción en el momento actual* y *5.2.1 Anticoncepción habitual* de nuestro trabajo, que arrojan resultados distintos.

A pesar de las diferencias anteriormente mencionadas, se debe tener en cuenta que un porcentaje considerable de mujeres no utiliza ningún método anticonceptivo, lo que nos plantea la necesidad de reforzar los programas de educación sexual y asegurar que las mujeres tengan acceso a métodos anticonceptivos eficaces.

Una de cada tres mujeres de nuestra población ha utilizado la anticoncepción de emergencia, coincidiendo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Anticoncepción<sup>13</sup>, en la que el 30% de las mujeres en edad fértil declara haber tenido que recurrir en alguna ocasión a la píldora del día después. Esa misma Encuesta<sup>13</sup> revela que este porcentaje se eleva al 38% entre las mujeres de 25 a 34 años de edad. En nuestra población la franja de edad con mayor frecuencia de uso de este método está entre los 21 y 25 años. Cabe destacar también que, en nuestro estudio, un porcentaje no menos apreciable de mujeres ha utilizado la anticoncepción de emergencia en el último año. Esto pone de manifiesto que, a pesar de no desear un embarazo en ese último año, no han tomado las medidas anticonceptivas necesarias para evitarlo.

Finalmente, con los datos obtenidos observamos que una de cada cuatro mujeres aceptaría tener relaciones sexuales sin preservativo si su pareja se lo pidiese. Es importante indagar en estos casos para descartar una posible expresión de violencia sexual<sup>14</sup>.

## **6.2. Perfil de las mujeres menores de 25 años**

Puesto que la mayor parte de la población estudiada es **menor de 25 años**, es importante centrar nuestra atención en este grupo y valorar las características que pueden hacer que sea una población vulnerable frente a las IVE. Siguiendo el Informe IVE 2017<sup>12</sup>, observamos que, en mujeres jóvenes, coinciden los siguientes aspectos: la mayoría no presenta hijos previos, el método anticonceptivo más usado es el preservativo y la mayor parte son españolas.

Además, en nuestra población a estudio encontramos que prácticamente la mitad de mujeres menores de 25 años son desempleadas en el momento de la solicitud; esto concuerda con los datos que encontramos en el documento que recoge la evolución de las IVEs en Castilla y León<sup>11</sup>, donde las mujeres comienzan a tener ingresos económicos propios fundamentalmente a partir de los 25 años.

Es importante mencionar que, según nuestros resultados, dos de cada tres mujeres menores de 25 años no conoce la baja eficacia anticonceptiva del coito interrumpido y más de la mitad desconoce que tener relaciones durante la menstruación no protege frente a embarazos. Este porcentaje tan elevado representa la carencia sobre conocimientos en salud sexual que poseen las mujeres jóvenes, convirtiéndolas en un grupo vulnerable<sup>1,15</sup>.

## **6.3. Perfil de las mujeres con IVEs de repetición**

La proporción de mujeres de nuestro estudio que refieren **IVEs de repetición** es congruente con el Informe IVE 2017<sup>12</sup>, en el que se observa un número creciente de mujeres con IVEs previas desde el 2008. Además de ser un porcentaje que, a medida que pasan los años está evolucionando al alza, se observa que un 60% de las mujeres repetidoras de aborto son menores de 25 años y dos de cada tres refiere tener hijos. Este último dato vuelve a coincidir con el Informe IVE 2017<sup>12</sup>, así como con el estudio del SACYL sobre la evolución de las IVEs<sup>11</sup>, donde se objetiva que, de las mujeres con IVEs previas, predominan aquellas que ya tienen hijos a su cargo.

En estudios de años anteriores<sup>16</sup> observamos que el perfil de las mujeres repetidoras ha cambiado: tradicionalmente existía una relación entre las mujeres de mayor edad y el número de abortos previos; sin embargo, en los últimos años, según los datos del informe IVE 2017<sup>12</sup> y de nuestro estudio, se observa que esta tendencia ha cambiado, siendo las mujeres más jóvenes las que presentan mayor número de IVEs de repetición.

Respecto a la nacionalidad de las mujeres repetidoras, encontramos que la mitad son extranjeras, siendo la gran mayoría de Europa del Este, principalmente Bulgaria y Rumanía. Este hecho nos plantea dos cuestiones; en primer lugar, la necesidad de una asistencia más integrada y centrada en estas mujeres; y, en segundo lugar, nos preguntamos por qué encontramos una tasa tan elevada de intervenciones repetidas en este colectivo. En muchos países de la Europa Oriental, el aborto se utiliza con más frecuencia debido a los problemas para acceder a métodos anticonceptivos eficaces, causados por las barreras económicas, geográficas, lingüísticas y culturales que encuentran muchas mujeres<sup>17</sup>. La propia OMS ha confirmado en un informe sobre la zona que los anticonceptivos modernos “o no están disponibles en las cantidades necesarias o son inaccesibles para la mayoría de la población”<sup>18</sup>. Todo esto hace que sea especialmente importante una atención post-IVE en las mujeres de Europa del Este, para evitar que el aborto pueda considerarse como un método habitual para controlar la natalidad, por las consecuencias físicas y emocionales que supone.

Por otro lado, casi la mitad de mujeres con IVEs previos de nuestro estudio refiere no usar ningún método anticonceptivo eficaz de manera habitual. Asimismo, se observa que los conocimientos sobre las relaciones sexuales seguras son erróneos en un porcentaje importante de las mujeres repetidoras de IVE.

Finalmente, hemos de destacar algunos aspectos importantes obtenidos a partir del Apgar familiar realizado. En él se observa que el 50% de las mujeres con disfunción familiar ya habían realizado uno o más IVEs previos, frente al 23% de las mujeres con una funcionalidad familiar normal. No ha sido posible encontrar estudios comparativos con el nuestro, pues la mayoría aborda la funcionalidad familiar centrada en mujeres adolescentes. Sin embargo, es importante tenerlo en cuenta ya que sugiere otra posible característica de las mujeres con IVEs de repetición.

## **7. Conclusiones**

**1.** Es importante conocer el perfil sociofamiliar de las mujeres que acceden a este servicio, ya que puede servir para:

- Fomentar una atención sanitaria integrada, teniendo en cuenta las características y necesidades individuales de cada mujer, para mejorar la asistencia pre y post-IVE.
- Identificar los grupos más vulnerables frente a embarazos no deseados y fomentar la puesta en marcha de medidas orientadas a una prevención efectiva de los factores de riesgo de las IVEs.

Por ello es conveniente abordar las IVEs de una manera multidisciplinar, destacando la labor coordinada de Trabajo Social, Enfermería y Medicina de Familia; en definitiva, mejorando la atención desde los diferentes sectores de Atención Primaria.

**2.** Los datos obtenidos en nuestro estudio nos permiten centrarnos en dos perfiles que se han analizado a lo largo de este trabajo, considerándose como grupos vulnerables:

- El relevante porcentaje de mujeres solicitantes de IVE que ya presentaban **IVEs de repetición**, pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo intervenciones breves tras la práctica de una IVE. Dentro de este grupo, es preciso realizar una intervención post-IVE más amplia en aquellas mujeres que provienen de países en los que el aborto es una práctica anticonceptiva habitual.
- Es crucial poner al alcance de las mujeres **menores de 25 años** el acceso a servicios de atención sanitaria, asegurando que reciben asesoramiento e información en materia de planificación familiar que favorezca la toma de decisiones de manera libre y responsable.

**3.** Los resultados de este trabajo plantean la necesidad de reforzar los programas de educación sobre métodos anticonceptivos, incluyendo las características, eficacia y protección frente a ITS. Asimismo, sería importante estudiar si se trata de un problema de información, uso ineficaz o incumplimiento de las distintas medidas, o bien un problema de acceso a los métodos.

**4.** Detectar posibles situaciones de violencia sexual que deriven en embarazos no deseados, fomentando la educación en igualdad y respeto de los niños, niñas y adolescentes, para que sean capaces de analizar estos comportamientos y no reproducirlos.

## 8. Bibliografía

1. Observatorio de Salud de la Mujer. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Informes, estudios e investigación. 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Agencia de calidad.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Vol. Ginebra. 2003.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación familiar [Internet]. Centro de prensa. Notas descriptivas OMS. 2018 [cited 2020 May 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Cabero Roura L. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. Vol. 52, Progresos en Obstetricia y Ginecología. 2009.
5. Sierra Martínez L. Estudio sociodemográfico y de niveles de ansiedad de las mujeres que optan a interrupción voluntaria del embarazo en Castilla y León. 2015.
6. Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General [Internet]. «BOE» núm. 147, de 20 de junio de 1985 España; 1985 p. 19110–1934. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/06/19/5>
7. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. [Internet]. «BOE» núm. 55, de 4 de marzo de 2010 2010 p. 15. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>
8. González-Varias Ibáñez A. Aspectos ético-jurídicos de la regulación del aborto en España. RGDCDEE. 2010;23:1–31.
9. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. [Internet]. «BOE» núm. 227, de 22 de septiembre de 2015 2015 p. 83586–7. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/09/21/11>
10. Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación [Internet]. «BOE» núm. 73, de 26 de marzo de 2002 2002 p. 11981–91. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2002/03/22/1>
11. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en Castilla y León. Vol. 0, Servicio de Información de Salud Pública. 2018.

12. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2017. 2019.
13. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta Nacional sobre Anticoncepción en España, 2018 [Internet]. “Hábitos de la población femenina en relación al uso de los métodos anticonceptivos”. Observatorio de salud sexual y reproductiva. Sociedad Española de Contracepción (SEC). 2018 [cited 2020 May 22]. Available from: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>
14. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Fernández Alonso M del C, Salvador Sánchez L. Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. 2017. Available from: [https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/documentos-publicaciones/documentos-institucionales.ficheros/1121163-Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/documentos-publicaciones/documentos-institucionales.ficheros/1121163-Guía%20clínica%20de%20actuación%20sanitaria%20ante%20la%20Violencia%20de%20Género.pdf)
15. United Nations Population Information Network (POPIN). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. Vol. 20 Anivera, Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2014. Available from: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD\\_programme\\_of\\_action\\_es.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf)
16. Serrano Fuster I, Federación de Planificación Familiar Estatal. IVE de repetición. ¿Qué factores influyen? [Internet]. 2017. Available from: <https://www.academia.cat/files/425-12752-DOCUMENT/Serrano4009Nov17.pdf>
17. Bair TL, Falk S, Shehu E. Atención integral para la interrupción voluntaria del embarazo en Europa Central y del Este. Rev Eur sobre Salud Sex y Reprod Programa Investig y Salud Reprod Of Reg Eur la OMS. 2005;59:13–6.
18. El aborto es el primer método anticonceptivo en el este de Europa. Edición del domingo, 18 de febrero de 2001 Sección Sociedad El País [Internet]. 2001 [cited 2020 May 22]; Available from: [https://elpais.com/diario/2001/02/18/sociedad/982450805\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2001/02/18/sociedad/982450805_850215.html)

## 9. Anexos

### 9.1. CUESTIONARIO 1:

1. Edad de la paciente:
2. Semana de gestación en la primera consulta:
3. Semana de gestación en la que se va a realizar la IVE:
4. Nacionalidad:
  - España
  - Iberoamérica
  - Europa del Este
  - África
  - Otros:
5. Tiempo de residencia en España:
6. Nivel de estudios:
  - Primarios
  - EGB, grado medio F.P
  - Bachiller, grado superior F.P
  - Superiores (universitarios)
7. Situación laboral:
  - Cuenta propia
  - Cuenta ajena
  - Empleo informal
  - Desempleada
  - Estudiante
8. Pareja estable: **SÍ / NO** Tiempo de relación: **años** \_\_\_\_\_ **meses** \_\_\_\_\_

9. ¿Existe convivencia? **SÍ / NO**
10. Número de hijos: \_\_\_\_\_ ¿De la misma relación? **SÍ / NO**
11. Número de hijos planificados.
12. ¿Ha tenido abortos previos? ¿Espontáneos o inducidos? Número:
13. ¿Ha tomado la píldora del día después (anticoncepción de emergencia)? **SÍ/NO**  
¿Cuántas veces en el último año? Número:
14. Anticoncepción en el momento actual:
- Preservativo masculino / femenino
  - Anticoncepción oral
  - Marcha atrás
  - Doble método
  - DIU
  - Implante
  - Diafragma
  - Otros
15. Enfermedades actuales:
16. Enfermedades crónicas:
17. Motivo de IVE ajustado a la ley:



## **9.2. CUESTIONARIO 2: CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD**

1. ¿Qué medidas de protección adoptas normalmente en tus relaciones sexuales? (marca la/las opción/es)

- Condón o preservativo
- Píldora anticonceptiva
- Píldora del día después
- Implante subcutáneo hormonal
- Diafragma/espermicida
- Coito interrumpido (marcha atrás)
- Inyectables
- Métodos naturales
- Esterilización masculina
- Esterilización femenina
- DIU (dispositivo intrauterino)
- Preservativo femenino
- Ninguno
- Otros:

2. Cuando ha tenido dudas sobre sexualidad, ha recurrido a: (marca la/las opción/es):

- Amigos y/o familiares
- Internet y/o libros
- Médicos, trabajadores sociales, orientadores, psicólogos (personas formadas en el campo).

3. ¿La marcha atrás es un método seguro para evitar el embarazo?

- MUCHO
- BASTANTE
- POCO
- NADA

4. ¿Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método seguro para evitar el embarazo?:

- MUCHO
- BASTANTE
- POCO
- NADA

5. ¿Para utilizar anticonceptivos hormonales ha de acudir a su médico de cabecera?:

**SÍ /NO**

6. ¿Tomar pastillas anticonceptivas protege frente a las infecciones de transmisión sexual?:

**SÍ /NO**

7. ¿El único método anticonceptivo que protege de las infecciones de transmisión sexual es el preservativo?:

**SÍ /NO**

8. Si te surgiera la posibilidad de mantener una relación sexual vía vaginal y no tuvieras preservativo:

- La tendría igualmente: **SÍ /NO**

9. Si tu pareja se negase a utilizar condón, ¿cuál sería su respuesta?

- Tener relaciones sexuales sin preservativo: **SÍ /NO**
- Te abstendrías de mantener la relación sexual: **SÍ /NO**

10. ¿Alguna vez has estado bajo los efectos del alcohol u otra droga y no recuerdas si has usado preservativo?

**SÍ /NO**

11. RED DE APOYO

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2.- Discuten entre Uds. los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3.- Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0	1	2
4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. permanecen juntos?	0	1	2
5.- ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2