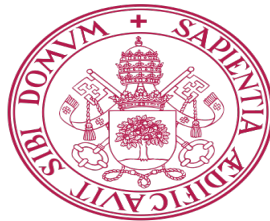


TRABAJO DE FIN DE GRADO

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

Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de Fernando Montiel Carreras, Médico de AP del CS Rondilla; de Rafael Rivero Guinaldo, Trabajador Social del mismo centro y del resto de Trabajadores Sociales del Área Este de Valladolid. Su trabajo ha sido imprescindible y aun en plena crisis de Salud Pública han puesto todo su interés.

Los resultados obtenidos han sido gracias a todas las mujeres que han participado voluntariamente en este estudio.

INDICE

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
2.1 Evolución histórica del aborto provocado en España	6
2.2 Legislación actual en España.....	6
2.3 Prevalencia, evolución y distribución de las IVEs en Castilla y León	9
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
5.1.6 Anticoncepción en el momento actual.....	14
5.1.7 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 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 solo tiene un gran impacto a nivel psicológico y emocional, sino que, a lo largo de la historia, ha costado la vida e integridad física 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 obtener un registro de datos que nos permita establecer algunas de las características socio-demográficas 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 del estudio. Se observa que 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 usuarias son menores de 25 años y el amplio número de mujeres repetidoras de esta técnica. Por ello, el trabajo se centra en estos dos perfiles, valorando si existen unas características comunes, así como los diferentes factores sobre los que se puede actuar para la prevención de IVE e IVEs de repetición, 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 producen en el mundo en torno a 46 millones de IVE al año, cerca de la mitad en condiciones de inseguridad, especialmente en aquellos países en que no se ha despenalizado el aborto o en los que no hay accesibilidad a servicios adecuados¹. Hay un llamamiento general de los organismos internacionales de derechos humanos y de salud de cara a los gobiernos para que establezcan políticas de salud sexual y reproductiva encaminados a facilitar la anticoncepción efectiva, así como garantizar las IVE mediante servicios de calidad y libre acceso para crear condiciones de seguridad para las usuarias^{2,3}.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia⁴ define el aborto como la “Interrupción del embarazo cuando el feto es incapaz de vivir fuera del claustro materno antes de la 22^a semana o bien cuando el feto pesa <500 gr.”

Según su intencionalidad nos referiremos a:

- Aborto espontáneo: no existe ninguna maniobra voluntaria para su producción.
- Aborto provocado: considerando si entra o no dentro de los criterios de legalidad:
 - o Aborto provocado legal o IVE
 - o Aborto provocado punible.

2.1. Evolución histórica del aborto provocado en España

Hasta 1985, el aborto en España era considerado una práctica ilegal. No obstante, durante un breve periodo de tiempo, en la Segunda República Española (1937) el aborto inducido fue despenalizado, hasta que el bando franquista derogó la ley en 1939.

Se introdujo finalmente en el artículo 147 bis del código penal en 1985; lo que no quiere decir que hasta entonces no se realizase, sino que se practicaba de forma clandestina, con graves consecuencias en la morbi-mortalidad de las mujeres. Asimismo, la situación ponía de manifiesto una clara desigualdad entre las españolas, debido a que las que pertenecían a estatus socioeconómico más alto podían permitirse el llamado “turismo abortivo”, bajo el amparo de legislaciones de otros países.

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 abortaran⁵. El 5 de Julio de 1985, se aprueba la reforma del Código Penal⁶, donde se mantiene como delito, pero se introducen excepciones como el peligro grave para la vida o salud de la embarazada, el embarazo como consecuencia de una violación, y el diagnóstico de graves taras físicas o psíquicas en el feto. Todo ello bajo dictamen médico y con topes temporales (semana 12 en el segundo supuesto, 22 para el tercero) y condiciones externas (como la denuncia de la violación), para permitir la realización de la IVE.

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 embarazo⁷.

En 2010, se modifica la regulación de la ley del aborto en España, con una normativa de amplio alcance. Por un lado, el aborto pasa a denominarse “Interrupción Voluntaria del Embarazo” y se produce una mutación de su naturaleza 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.

Este proceso se ha facilitado mediante la comprensión del aborto dentro de determinados derechos de la mujer, como son la salud sexual y reproductiva; algo que queda patente en el artículo 12, título II de esta ley: “Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y

eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación.”

Existen novedades importantes en esta normativa, que son aquellas en las que vamos a profundizar: se establece un sistema de indicaciones y plazos que habilitan la práctica del aborto, así como la situación jurídica en la que queda el feto, se indica qué información ha de recibir la mujer gestante, la previsión legal de las menores de edad que solicitan IVE y otra novedad legislativa, la posibilidad de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios⁸.

El artículo 13 establece los **requisitos comunes de la IVE**: 1) que se practique por un médico especialista o bajo su dirección; 2) que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado; 3) que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El principio general que se contempla en esta ley en su artículo 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 los dos siguientes requisitos: A) que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad (artículo 17 de esta ley); B) 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 artículo 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: A) 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). Si bien existe riesgo vital para la embarazada se puede prescindir de dicho dictamen; B) cuando el feto tenga riesgo de sufrir graves anomalías y así se refleje en un dictamen médico emitido por dos especialistas; C) presencia de anomalías fetales incompatibles con la vida, o bien cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico; siendo necesario que dos médicos distintos a los encargados de realizar el IVE dictaminen este último punto.

También es importante destacar el asesoramiento que ha de recibir la mujer embarazada, tal y como explica el artículo 17 de esta ley (Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo). En él se establece que toda mujer gestante que desee abortar tendrá que recibir información sobre los distintos métodos que existen, las condiciones previstas en la ley, los centros sanitarios acreditados a los que puede acudir, así como los trámites para acceder a la prestación. Deberán recibir, además, un sobre cerrado que contenga información sobre las ayudas públicas disponibles y la cobertura sanitaria durante la gestación y el parto, los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad, datos sobre los centros de los que disponen para recibir información sobre la anticoncepción y el 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 y de manera individual a las necesidades de la mujer.

Otra de las novedades en esta normativa es la manera de abordar la interrupción voluntaria del embarazo en menores de edad. El artículo 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**⁹, 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 1 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: “... esta Ley Orgánica suprime la posibilidad de que las menores de edad puedan prestar 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”.

Finalmente, la L.O. 2/2002¹⁰ introduce en su artículo 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.

2.3. Prevalencia, evolución y distribución de las IVEs en Castilla y León

Anualmente se recoge información estadística y epidemiológica sobre el perfil de mujeres que interrumpen su embarazo, tanto a nivel estatal como autonómico. Esto permite evaluar y crear actividades preventivas y de planificación familiar, orientadas con mayor frecuencia a los grupos más vulnerables.

En un estudio¹¹ que refleja la evolución de las IVEs realizadas en mujeres residentes en Castilla y León desde 2001 hasta 2018, se observa que el mayor pico de IVEs se produce en el año 2011. A partir de ese año el número ha ido en descenso progresivamente, manteniéndose estable desde el 2016 hasta el 2018.

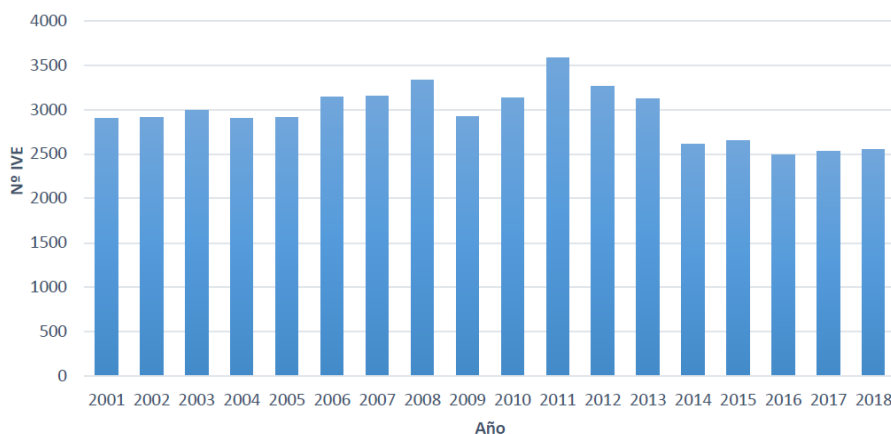


Figura 1. Evolución IVE en residentes CyL. (2001-2018)

Este mismo estudio establece que en el año 2018 Valladolid es la provincia con mayor número de IVEs realizadas.

3. Justificación y Objetivos

El embarazo y el aborto suponen acontecimientos excepcionales en la vida de las mujeres. Nos encontramos ante una práctica médica frecuente incluida en la cartera del

Sistema Nacional de Salud español desde 1985. Por tanto, abordamos un tema de gran trascendencia no solo por su frecuencia, sino por el fuerte impacto psíquico y físico que puede provocar en la mujer.

El objetivo principal de este trabajo es obtener un registro de datos que nos permita establecer algunas de las características socio-demográficas, 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 embarazos no deseados e ITS, así como programas de promoción y educación para la salud sexual y reproductiva.
- Identificar los factores sobre los que se podría realizar una prevención primaria de embarazos no deseados desde Atención Primaria.

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).

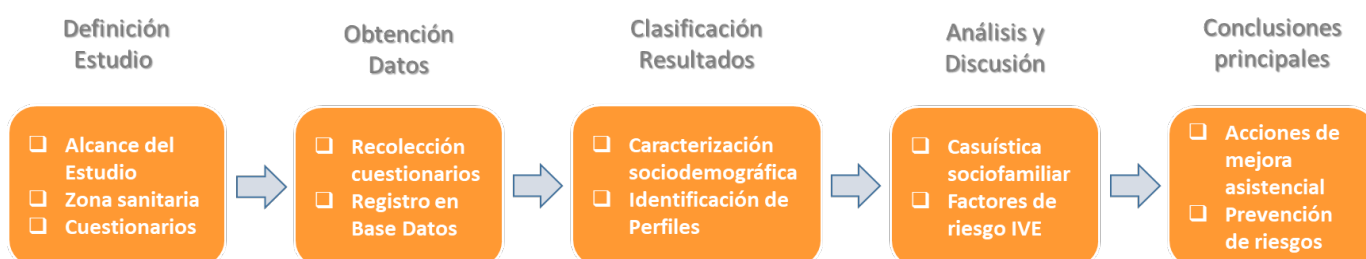


Figura 2. Fases del Estudio

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

Estos cuestionarios han sido realizados por 59 mujeres embarazadas, de menos de 14 semanas de gestación, que han solicitado una IVE en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de diciembre de 2019 y el 30 de abril de 2020. Todos ellos se han llevado a cabo previo consentimiento informado de carácter verbal y la totalidad de las intervenciones se ajusta al artículo 14 de la ley.

El primer cuestionario recoge información general de las mujeres entrevistadas, permitiendo caracterizar de manera amplia diferentes aspectos de las usuarias de IVE. Se pregunta también sobre la existencia de pareja, convivencia, IVEs previas y anticoncepción utilizada en el momento actual. En este estudio hemos interpretado el doble método como la utilización simultánea de preservativo masculino junto con anticoncepción oral, de manera que aquellas mujeres que marcaron varias casillas fuera de las expuestas están incluidas dentro de los porcentajes individuales de cada método.

El segundo cuestionario nos presenta, a través de diez preguntas, una valoración global de los conocimientos sobre salud sexual que presentan las mujeres que solicitan IVE. Esto nos permiten identificar 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 el análisis de estos datos 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 que tienen las mujeres solicitantes, con las siguientes interpretaciones: A) funcionalidad normal: 7-10 puntos, B) disfunción moderada: 4-6 puntos, C) disfunción grave: 0-3 puntos.

La dinámica de trabajo para la realización de estos cuestionarios fue la siguiente: en 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 entregan los cuestionarios, al mismo tiempo que recibe toda la información necesaria acerca del procedimiento. La mujer contesta las preguntas fuera del Centro de Salud (normalmente en casa) y lo entrega resuelto 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 interrupción.

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

EDAD (AÑOS)	TOTAL	IVEs DE REPETICIÓN
< 20	15 %	0
21 - 25	39 %	57%
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).

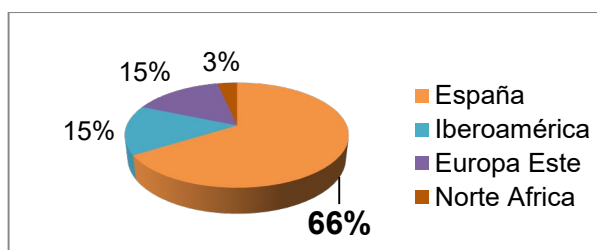


Figura 3. Distribución por nacionalidad

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).

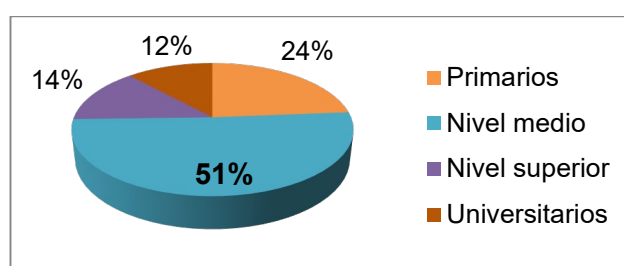


Figura 4. Tipo de estudios

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
PRESERVATIVO	45 %	40 %	37%
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.

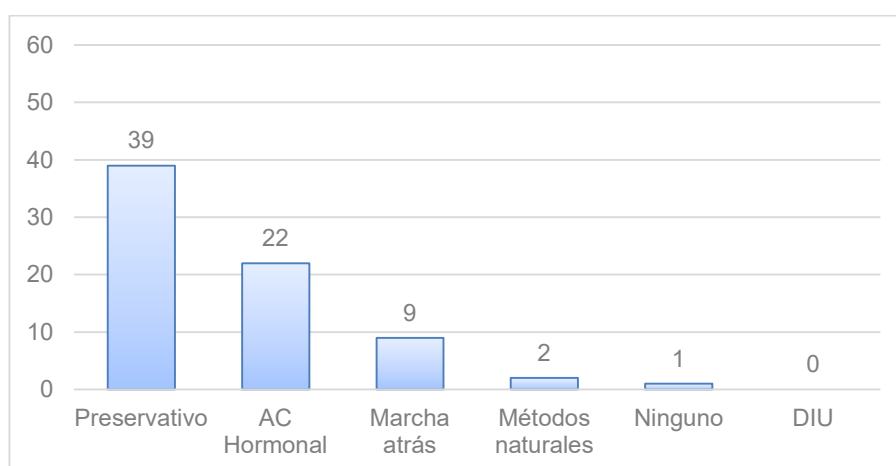


Figura 5. Método anticonceptivo habitual

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 socio-demográficas, 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.

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 2017¹². 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 (13), donde el primer método es el preservativo (30%) seguido de la anticoncepción hormonal (17%). Sin embargo, los resultados de la Encuesta reflejan que un 28% no utiliza ningún método, un porcentaje bastante superior al de nuestro estudio.

Como hemos visto, dos de nuestras preguntas (*p.14 del cuestionario 1 y p.1 del cuestionario 2*) hacen referencia a los métodos anticonceptivos y arrojan resultados muy distintos. Esto se debe a que la primera se utilizó como una pregunta de control; por lo que las diferentes respuestas pueden explicarse porque probablemente muchas de las contestaciones se han realizado de manera sistemática, sin evidenciar la realidad del método utilizado. Esto podría ser la causa de las diferencias con la Encuesta (13) anteriormente mencionada.

Una de cada tres mujeres de nuestra población ha utilizado la anticoncepción de emergencia, coincidiendo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Anticoncepción (13), en la que el 30% de las mujeres en edad fértil declara haber tenido que recurrir en alguna ocasión a la toma de la píldora del día después. Estos datos (13) revelan 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 que, en nuestro estudio, un porcentaje no menos apreciable de las 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 un porcentaje no menos apreciable de mujeres aceptaría tener relaciones sexuales sin preservativo si su pareja se lo pidiese. Es importante que identifiquemos esto como una posible expresión más de violencia sexual. (14)

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 2017¹², observamos que, en mujeres jóvenes, coinciden los siguientes aspectos: la mayoría no presenta hijos previos, el método anticonceptivo más usado es el preservativo y son españolas en un porcentaje mayoritario.

Asimismo, 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 León¹¹, donde las mujeres comienzan a tener ingresos económicos propios fundamentalmente a partir de los 25 años. De esta manera, el porcentaje de mujeres sin ingresos disminuye a medida que avanzan en edad, tanto en nuestro trabajo como en el estudio del SACYL¹¹.

Por otro lado, es importante destacar 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. No existe una bibliografía clara que sirva para contrarrestar esta información; no obstante, es un aspecto a resaltar en nuestro estudio, pues el hecho de que las mujeres jóvenes tengan un desconocimiento mayor sobre el sexo seguro, hace que sea necesario una atención focalizada y las convierte, junto con los datos anteriores, en un grupo vulnerable^{1,15}.

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 2017¹², 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 2017¹², así como con el estudio del SACYL¹¹, donde se objetiva que, de las mujeres con IVEs previos, predominan aquellas que ya tienen hijos a su cargo.

Por otro lado, en estudios de años anteriores¹⁶ observamos que el perfil de las mujeres repetidoras ha cambiado: en estos años existía una relación entre las mujeres de mayor edad y el número de abortos previos; sin embargo, en los últimos años, basándonos en los datos del informe IVE 2017¹² 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; por un lado, la necesidad de una asistencia más cercana y centrada en estas mujeres; y, por otro, nos preguntamos por qué encontramos una tasa tan elevada de intervenciones repetidas en este colectivo. La respuesta es que, en muchos países del bloque Oriental, el aborto se utiliza como un método habitual para controlar la natalidad, además de la falta de accesibilidad a métodos anticonceptivos eficaces¹⁷. 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”¹⁸. 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 una medida más de anticoncepción, 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.

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. Conocer el perfil sociofamiliar de las mujeres que acceden a este servicio debería 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 importante 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. La necesidad de reforzar los programas de educación sobre métodos anticonceptivos, incluyendo las características, eficacia y protección frente a ITS, se justifica a través de los resultados de este trabajo. 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>
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
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

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