



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO

FACULTAD DE MEDICINA

Tesis Doctoral

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y PRÁCTICAS EN SALUD REPRODUCTIVA DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO EN SALAMANCA

María Victoria Lapresa Alcalde

Salamanca, 2021

Dña. MONTSERRAT ALONSO SARDÓN, PROFESORA CONTRATADA DOCTORA DEL ÁREA MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO Y **Dña. ANA MARÍA CUBO NAVA**, PROFESORA DOCTORA ASOCIADA DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO.

CERTIFICAN:

Que Dña. MARÍA VICTORIA LAPRESA ALCALDE, Licenciada en Medicina, ha realizado bajo nuestra dirección en el Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico la Tesis Doctoral titulada “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y PRÁCTICAS EN SALUD REPRODUCTIVA DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO EN SALAMANCA”, y que dicho trabajo reúne, a nuestro juicio, originalidad, contenidos, evidencias científicas, calidad y méritos académicos suficientes para ser presentado en la modalidad de Tesis por compendio de publicaciones ante el Tribunal correspondiente para optar al GRADO DE DOCTOR por la UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

Y para que conste, firman el presente certificado en Salamanca, a 17 de Mayo de 2021.

Fdo.: M. Alonso Sardón

Fdo.: A. M. Cubo Nava

A mis padres

Agradecimientos

Deseo expresar mi gratitud a todas las personas que me han ayudado, apoyado y mostrado su confianza en la elaboración del presente trabajo.

En primer lugar, mi sincero agradecimiento a la Dra. Alonso Sardón, por aceptarme para realizar esta Tesis Doctoral bajo su dirección. Gracias por saber conducirme por el camino adecuado, por tu cercanía y buen trato durante todo este tiempo.

A la Dra. Cubo Nava, que desde los comienzos de mi residencia en Obstetricia y Ginecología estuvo animándome a realizar la Tesis Doctoral. Con todo tu trabajo y esfuerzo haces que parezca sencillo cualquier proyecto de investigación. Gracias por tu paciencia y todo el tiempo dedicado.

A la Universidad de Salamanca y, de forma particular, a los departamentos que me han permitido realizar este trabajo de investigación.

Al Servicio de Ginecología y Obstetricia de Salamanca: adjuntos, residentes, enfermeras y auxiliares. Especialmente a todo el personal de la consulta de planificación familiar que estuvo colaborando día tras día para realizar las encuestas. Mención especial merece la Dra. Orobón. Tus enseñanzas y dedicación a la mujer despertaron mi interés por las particularidades sociales y reproductivas que rodean a las pacientes que deciden interrumpir el embarazo. Este es el fruto, sin duda, de todo lo que caló en mí durante la rotación en la consulta.

A las mujeres que han colaborado en mi estudio y a todas aquellas que día tras día siguen tomando la difícil decisión de interrumpir un embarazo. Espero que este trabajo muestre la necesidad de seguir esforzándonos por mejorar la salud reproductiva de nuestras pacientes.

A mis padres, que desde pequeña me enseñaron que con esfuerzo y tesón se pueden conseguir todos los objetivos. Gracias por dedicarme vuestro tiempo y hacer de mí lo que soy.

A Carlos, por apoyarme durante estos años y ayudarme siempre que lo necesito.

Índice

Acrónimos	8
Índice de ilustraciones	10
Índice de tablas	13
1.Introducción	15
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA	16
1.2. ANTECEDENTES	19
1.2.1. La Interrupción Voluntaria de Embarazo en España	19
1.2.2. Requisitos para la práctica de la IVE	20
1.3. MARCO TEÓRICO	22
1.3.1. Anticoncepción	22
1.3.2. Métodos naturales.	23
1.3.3. Lactancia prolongada.	25
1.3.4. Coito interrumpido (CI).	25
1.3.5. Métodos barrera.	25
1.3.6. Anticoncepción hormonal	26
1.3.7. Doble método	30
1.3.8. Métodos anticonceptivos quirúrgicos	30
1.3.9. Métodos reversibles de larga duración	31
1.3.10. Anticoncepción de emergencia	32
1.3.11. Métodos de interrupción del embarazo	35
1.4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	38
1.4.1. Situación actual en la adolescencia	38
1.4.2. Situación actual en la población general	44
1.5. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DE LA INVESTIGACIÓN	49
2. Objetivos e Hipótesis	51

2.1. OBJETIVO GENERAL _____	52
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS _____	52
2.3. HIPÓTESIS _____	53
3. Material y Método _____	54
3.1. DISEÑO _____	55
3.2. ÁMBITO DEL ESTUDIO. POBLACIÓN Y MUESTRA _____	57
3.2.1. Población diana. _____	57
3.2.2. Población de estudio _____	58
3.2.3. Muestra _____	60
3.3. FUENTE DE DATOS E INSTRUMENTO DE MEDIDA _____	62
3.4. TRABAJO DE CAMPO: RECOGIDA DE LOS DATOS _____	65
3.5. ANÁLISIS DE DATOS _____	66
3.6. ASPECTOS ÉTICOS _____	68
4. Resultados _____	69
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA _____	70
4.2. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO PREVIO A LA IVE _____	75
4.2.1. Métodos anticonceptivos utilizados _____	77
4.2.2. Motivo de rechazo de los métodos hormonales. _____	79
4.2.3. Fuentes de información sobre métodos anticonceptivos _____	79
4.2.4. Conocimiento sobre reproducción y planificación familiar _____	79
4.2.5. Edad de inicio de las relaciones sexuales _____	80
4.2.6. Número de parejas sexuales _____	82
4.2.7. Interrupción de embarazo _____	83
4.2.8. Análisis estratificado del cuestionario previo según edad _____	87
4.2.9. Análisis estratificado del cuestionario previo según nacionalidad _____	90
4.2.10. Análisis estratificado del cuestionario previo según el método anticonceptivo utilizado habitualmente. _____	92
4.3. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO POSTERIOR A LA IVE _____	94

4.3.1. Satisfacción con el circuito. _____	95
4.3.2. Aspectos a mejorar _____	102
4.3.3. Análisis estratificado del cuestionario posterior según edad _____	103
5. Discusión _____	105
5.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MUJERES QUE SOLICITAN IVE A TRAVÉS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN SALAMANCA Y RELACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS. _____	106
5.2. VALORACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC) UTILIZADOS PREVIAMENTE A LA IVE _____	111
5.3. VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR _____	118
5.4. ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO _____	125
5.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES ASOCIADAS A LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA, COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR _____	129
5.6. VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS RESPECTO A LA PRESTACIÓN IVE DEL SACYL, LAS PROPUESTAS DE MEJORA Y LOS CAMBIOS EN LAS PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS TRAS LA IVE _____	131
5.7. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN _____	139
6. Conclusiones _____	143
7. Bibliografía _____	148
8. Anexos _____	160
Anexo I Cuestionario del estudio piloto _____	161
Anexo II Cuestionario previo a la IVE. Estudio definitivo _____	165
Anexo III Cuestionario posterior a la IVE. Estudio definitivo _____	168
Anexo IV Hoja de información y Consentimiento Informado _____	170

Acrónimos

Por orden alfabético

a.C.: Antes de Cristo

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

AOC: Anticoncepción oral combinada

AU: Anticoncepción de Urgencia

AUP: Acetato de Ulipristal

CI: Coito interrumpido

DIU: Dispositivo Intrauterino

DS: desviación estándar

ESO: Educación Secundaria Obligatoria

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

FP: Formación Profesional

HBSC: Health Behaviour in School-Aged Children

IC: Intervalo de Confianza

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

IPE: índice de Pearl real

IPt: Índice de Pearl teórico

ITS: infecciones de transmisión sexual

IVE: Interrupción Voluntaria de Embarazo

LARCs: Long Active Reversible Contraception (Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración)

LH: Hormona Luteinizante

LNG: levonorgestrel

MAC: método anticonceptivo

MIR: Médico Interno Residente

NC: no contesta

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds Ratio

ORa: Odds Ratio ajustada

RIQ: rango intercuartil

RR: Riesgo Relativo

SACyL: Sanidad de Castilla y León

SEC: Sociedad Española de Contracepción

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SITTE: Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

VS: versus

Índice de ilustraciones

Figura 1: Evolución del uso del preservativo (solo o en combinación con otro método) en la última relación sexual coital. HBSC 2018.

Figura 2: Uso de la “marcha atrás” en exclusividad en la última relación sexual coital. HBSC 2018.

Figura 3: Adolescentes con relaciones coitales por primera vez a los 13 años o antes. HBSC 2018.

Figura 4: Porcentaje de chicas adolescentes que dicen haber usado la píldora “del día después” en alguna ocasión.

Figura 5: Tasas de fecundidad española y extranjera entre 15 y 19 años según año (nacidos por 1000 mujeres). INE.

Figura 6: Tasas de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. INE 2020.

Figura 7: Tasas de IVE por 1000 mujeres de cada grupo de edad. España 2010-2019. INE.

Figura 8: IVE en Salamanca en 2018 y 2019 según número de abortos voluntarios anteriores al actual. INE.

Figura 9: Pirámide de población de mujeres entre 15 y 44 años de edad (grupos quinquenales) de Salamanca, 2018-2019. INE.

Figura 10: Distribución de la muestra objeto de estudio según la edad.

Figura 11: Distribución porcentual del nivel de instrucción de las pacientes.

Figura 12: Principales variables socioeconómicas analizadas.

Figura 13: Otras nacionalidades.

Figura 14: Tipo de métodos anticonceptivos utilizados por las pacientes del estudio expresado en número absoluto (n, respuesta múltiple) de mujeres que emplean cada uno de ellos.

Figura 15: Distribución porcentual de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

Figura 16: Actitud de las mujeres objeto de estudio cuando no disponen de método anticonceptivo.

Figura 17: Edad de inicio de las relaciones sexuales.

Figura 18: Número de parejas sexuales.

Figura 19: Causa del embarazo.

Figura 20: Motivos expresados por las pacientes para solicitar la IVE.

Figura 21: Tipo de apoyo con el que cuenta en el proceso de la IVE. Entre aquellas mujeres que respondieron afirmativamente, el apoyo procedía de ... (opción respuesta múltiple).

Figura 22: Distribución porcentual de la valoración de la dificultad en los trámites administrativos en el proceso de IVE.

Figura 23: Asociación entre la variable nacionalidad y valoración de la dificultad en los trámites administrativos.

Figura 24: Valoración de la dificultad en el desplazamiento a Valladolid para la intervención.

Figura 25: Asociación entre la variable dificultad para el desplazamiento y nivel de instrucción.

Figura 26: Afectación psicológica referida por las mujeres tras la IVE.

Figura 27: Estudio de asociación: distribución porcentual entre subgrupos de categorías de las variables afectación psicológica e ingresos económicos mensuales.

Figura 28: Intención o cambio ya realizado a un método anticonceptivo de mayor eficacia y si éste tiene mecanismo hormonal o no hormonal.

Figura 29: Métodos anticonceptivos: distribución porcentual antes y después de la IVE.

Figura 30: Estudio de asociación: distribución porcentual entre subgrupos de categorías de la variable método anticonceptivo antes y después de la IVE.

Figura 31: Estudio de asociación: distribución porcentual entre subgrupos de categorías de la variable cambio de método anticonceptivo tras IVE e ingresos económicos.

Figura 32. Aspectos sugeridos para mejorar en el proceso de IVE.

Figura 33. Evolución de los principales focos inmigratorios en España entre 2009 y 2019.

Figura 34. Comparación de los porcentajes de uso de la píldora anticonceptiva por franjas de edad en la encuesta SEC 2018 y nuestra muestra objeto de estudio.

Figura 35. Edad de la primera relación sexual entre las mujeres de 15 a 49 años que han mantenido relaciones sexuales.

Índice de tablas

- Tabla 1:** Uso de preservativo solo o en combinación con otro método en la última relación sexual coital. HBSC 2018.
- Tabla 2:** Embarazos en la población adolescente. HBSC 2018.
- Tabla 3:** Número absoluto de IVE por año de mujeres entre 15 y 44 años. INE.
- Tabla 4:** Ventajas e inconvenientes de los estudios cuasi-experimentales.
- Tabla 5:** Clasificación de las variables recogidas en la encuesta previa y posterior a la IVE.
- Tabla 6:** Variables sociodemográficas recogidas en el estudio.
- Tabla 7:** Resultados globales del cuestionario previo a la IVE.
- Tabla 8:** Estudio de asociación entre la variable dependiente/resultado “edad inicio relaciones sexuales” y las variables independientes sociodemográficas.
- Tabla 9:** Estudio de asociación entre la variable dependiente/resultado “número de parejas sexuales” y la variable independiente sociodemográfica “nivel de instrucción”.
- Tabla 10:** Estudio de asociación entre la variable dependiente/resultado “causa del embarazo” y la variable independiente sociodemográfica “ocupación laboral”.
- Tabla 11:** Análisis bivariante del cuestionario previo según la edad.
- Tabla 12:** Análisis bivariante del cuestionario previo según la nacionalidad.
- Tabla 13:** Análisis bivariante del cuestionario previo según el método anticonceptivo utilizado.
- Tabla 14:** Resultados globales del cuestionario posterior a la IVE.
- Tabla 15:** Tabla de contingencia (2x2) con los datos del cuestionario pre y post-IVE.
- Tabla 16:** Análisis bivariante de la muestra según la edad.

1.Introducción

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA

Los inicios de la salud reproductiva se pueden remontar a Hipócrates cuando en el 400 a.C. hablaba de las enfermedades de las mujeres, la versión cefálica y la eclampsia (1). Sócrates por su parte postulaba que el aborto era “un derecho de las mujeres y los hombres no tenían voz en estos asuntos” (2).

En el siglo II, Sorano, primer obstetra reconocido, describe maniobras para rotar al feto a una posición cefálica, así como diferentes instrumentos para extraer óbitos fetales del vientre materno. Aunque desaprobaba el aborto por medios físicos por considerarlo arriesgado, defendía el aborto terapéutico en caso de peligro de muerte para la mujer por la gestación (3).

En el siglo XIV, Falopio describe anatómicamente las trompas que llevan su nombre, mientras que en el XIX aparecen las primeras medidas de asepsia y anestesia en la atención al parto (1).

En la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo de las Naciones Unidas en 1994, se adoptó una nueva definición de salud reproductiva, especificando características esenciales y diferenciales de los demás campos de salud (4):

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.

Por todo ello, las Naciones Unidas incluyen la salud sexual en la salud reproductiva, siendo el desarrollo de las relaciones personales uno de sus objetivos junto con el asesoramiento en reproducción.

De los ocho Objetivos del Milenio adoptados en el año 2000, tres están vinculados con la salud reproductiva (mejorar la salud materna, reducir la mortalidad y combatir el Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [en adelante VIH/SIDA], el paludismo y otras enfermedades) (4).

La sexualidad se considera un fenómeno multidimensional cuya consecuencia no afecta única y exclusivamente al coito, sino a una serie de pensamientos, sentimientos y sensibilidades, que interfieren en las relaciones interpersonales. Por ello podemos considerar a la sexualidad como una expresión psicológica y social de los individuos en el seno de una cultura y un momento determinado (5).

Actualmente, el término sexualidad genera gran confusión conceptual en la población general. Es usado de igual forma para referirse a la genitalidad, afectividad o a las relaciones coitales (6). Foucault considera a la sexualidad como una experiencia históricamente singular constituida por tres ejes: "la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales, sujetos deseantes)" (7). Según Amezá, la sexualidad es la manera en que cada persona tiene de vivir "el hecho de ser sexuado" (8). Por tanto, ya que la sexualidad es algo subjetivo, las prácticas en salud reproductiva de cada individuo dependerán en parte de su concepción de sexualidad.

Se está observando un descenso en la edad a la que los jóvenes inician las relaciones sexuales. Según el trabajo de Alfaro en la provincia de Valladolid, los alumnos de cursos inferiores inician las relaciones completas significativamente más precozmente que los alumnos de cursos superiores. Así, el 35'7% de los alumnos de segundo curso de la Educación Secundaria Obligatoria (en adelante ESO) declara que ha tenido su primera relación coital con 12 años o menos, frente al 2'8% de los alumnos de segundo de Bachillerato (9).

Esta precocidad es en sí una conducta de riesgo ya que se asocia con que los jóvenes tengan un mayor número de parejas, con que tengan relaciones no planificadas, y múltiples parejas ocasionales (10). Todo ello aumenta el riesgo de infecciones de transmisión sexual (en adelante ITS) y embarazos no deseados.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) establece explícitamente la necesidad del apoyo del adulto en la educación sexual para prevenir conductas de riesgo. De hecho, hay grupos que preconizan la implantación de estándares de formación en educación sexual para regular y mejorar al docente encargado de trabajar con el adolescente y adulto joven (11). Es necesario dirigir una educación integral en sexualidad para jóvenes, que sea apropiada y sensible a su edad, antes de que lleguen a ser sexualmente activos (12). Contrariamente a la preocupación de que al proporcionar información sexual se podría incitar a los jóvenes a iniciar su actividad sexual y mostrar una conducta irresponsable, las investigaciones demuestran que la educación sexual conduce a un retraso en la iniciación del coito, a una reducción del número de parejas, y a un aumento del uso de preservativos y otros anticonceptivos (6).

A pesar de todas esas recomendaciones, la educación sexual todavía no está presente en la medida que debería en los planes de estudio, sino que se diluye en la transversalidad perteneciendo a diferentes campos como la biología, la religión, las ciencias sociales, etc.

El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (en adelante ACOG) en 2014, en *The initial reproductive health visit* publicó la recomendación de que la primera visita preventiva al ginecólogo debería realizarse entre los 13 y los 15 años de edad para aconsejar hábitos saludables y disipar dudas (13).

Por otra parte, la esfera familiar también resulta determinante en el desarrollo sexual. Ésta, que es el núcleo principal de la sociedad, debería ser un lugar para la educación en salud reproductiva al igual que para otras materias. La guía de 2001 de la Academia Americana de Pediatría ya incluye entre sus recomendaciones el animar a las familias a tratar con sus hijos e hijas los temas relacionados con la sexualidad, sin

eludir respuestas y en términos apropiados al nivel de desarrollo de cada niño o cada niña (14).

La consecución de una sexualidad saludable, que aporte satisfacción y bienestar a la persona, pasa por saber integrar los aspectos biológicos, sociales y psicológicos de la sexualidad, algo que no se alcanzará si no se consigue separar la sexualidad de las ITS y de los embarazos no deseados.

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. La Interrupción Voluntaria de Embarazo en España

La despenalización del aborto en España tuvo lugar en 1985 mediante la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del código penal (15). Desde este momento se permitió la Interrupción Voluntaria de Embarazo (en adelante IVE), llevada a cabo por un médico o bajo su dirección, siempre que concurriera alguna de las indicaciones legalmente previstas: grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada, cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando se presumiera la existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto. El supuesto utilizado en más del 90% de los casos fue el grave riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada (16).

En 2007, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su sentencia del 20 de marzo afirma por un lado que, “en este tipo de situaciones las previsiones legales deben, en primer lugar y, ante todo, asegurar la claridad de la posición jurídica de la mujer embarazada” y, por otro lado, que “una vez que el legislador decide permitir el aborto, no debe estructurar su marco legal de modo que se limiten las posibilidades reales de obtenerlo”.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en 2008, en su resolución 1607, reconoce del derecho de la mujer para recurrir o no al aborto como decisión de la propia interesada. Así mismo, invita a los estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables (16).

Tras esto, en España se promulga en 2010 la Ley Orgánica 2/2010 de salud reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, publicada en el BOE número 55 del 4 de marzo de 2010 y vigente en la actualidad. Desde este momento se permite interrumpir cualquier embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes (17):

“a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.”

Además, permite la interrupción hasta la semana 22 por causas médicas si existe grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, o riesgo de graves anomalías en el feto. Estas circunstancias deben constar en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un especialista distinto del que la practique o dirija en el primer caso, y por dos de ellos en el segundo, salvo que se trate de una urgencia por riesgo vital para la gestante, en cuyo caso, podrá prescindirse del dictamen. Por último, no establece límite de edad gestacional para las interrupciones por anomalías incompatibles con la vida o una enfermedad extremadamente grave e incurable en el feto, siendo necesario el dictamen de un especialista en el primer caso y la confirmación por parte de un comité clínico en el segundo. Este comité estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal, y un pediatra.

1.2.2. Requisitos para la práctica de la IVE

Son **requisitos comunes** y necesarios para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo los que se detallan a continuación (18):

- Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

- Que se lleve a cabo en un centro sanitario público o privado acreditado.
- Que se realice con el consentimiento expreso y escrito de la mujer embarazada.

Siempre es necesario el consentimiento expreso y por escrito de la embarazada o su representante legal. En su primera publicación, la Ley Orgánica 2/2010 recogía que para las mujeres de 16 y 17 años el consentimiento les correspondía exclusivamente a ellas según lo aplicable a las mujeres mayores de edad (17). Sin embargo, en su actualización mediante la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, hace preciso para las menores de edad, además de la manifestación de su voluntad, el consentimiento expreso de los titulares de la patria potestad (19).

Podrá prescindirse del consentimiento expreso cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la mujer y no sea posible conseguir su autorización.

Además, es preciso añadir **otros requisitos** en función de que el supuesto de interrupción del embarazo sea a petición de la mujer o por causas médicas.

Si la interrupción del embarazo es a petición de la mujer es preciso que, además de los requisitos comunes, se den los siguientes (17):

- Que sea dentro de las primeras 14 semanas de gestación.
- Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad.
- Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde que se facilita dicha información a la mujer y la realización de la intervención.

Actualmente, los centros autorizados para la realización de actividades de interrupción voluntaria de embarazo en la Comunidad de Castilla y León son los siguientes (18):

- Centro Ginecológico Buenavista (León)
- Clínica Ginecológica Ginemédica (Valladolid)
- Clínica Multimédica Centro (Salamanca)

Para que dicha prestación sea realizada por el Servicio de Salud de Castilla y León, deberán concurrir los siguientes requisitos:

- Estar en posesión de la Tarjeta Sanitaria Individual.
- Cumplir las condiciones legales de la interrupción del embarazo como se ha detallado anteriormente.
- Si la atención se realiza en un centro privado, para que la prestación sea con cargo al Servicio de Salud, la mujer ha de ser derivada desde el Servicio Público de Salud a dicho centro.

Según la información publicada por el SACyL en su portal web (18), si el Servicio Público de Salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, se le reconocerá a la mujer el derecho a acudir a un centro acreditado en el territorio nacional, asumiendo el Servicio Público el abono de la prestación. Si hubiera transcurrido un plazo de diez días naturales desde la solicitud de la prestación de IVE sin que la mujer solicitante hubiera recibido del Servicio de Salud indicación del centro donde se realizará el procedimiento, se considerará tácitamente el reconocimiento del derecho antes mencionado.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. Anticoncepción

Existen muchas formas de clasificar los métodos de planificación familiar o métodos anticonceptivos en base a diversos puntos de vista: su reversibilidad, eficacia, nivel de acción, etc. Por su aspecto práctico utilizaremos la basada en el nivel de acción. Las principales características que definen el perfil de un método anticonceptivo son la eficacia, la seguridad, la reversibilidad, la complejidad de uso, la relación con el coito y el precio (20).

- Eficacia: es la capacidad que ofrece un método anticonceptivo para impedir la gestación. Suele expresarse mediante el Índice de Pearl, el cual señala el número de embarazos que presentarían 100 mujeres que utilizan un

determinado método anticonceptivo durante un año. Debe considerarse la eficacia teórica (IPt: eficacia del método utilizado en condiciones óptimas) y la eficacia real o efectividad (IPE: eficacia del método utilizado en condiciones reales, modificada por posibles fallos humanos en su utilización).

- Seguridad: capacidad de un método anticonceptivo para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario o de amenazar su vida. Al analizarlo se debe considerar que la morbimortalidad de los procesos relacionados con el embarazo, parto y puerperio es superior a la del uso de cualquier método anticonceptivo.
- Reversibilidad: valora la recuperación de la capacidad reproductiva tras interrumpir el uso de un método determinado.
- Complejidad de uso: depende de si precisa un adecuado conocimiento del ciclo menstrual, la manipulación de los genitales o el establecimiento de una rutina.
- Relación con el coito: puede ser inmediata, mediata o lejana, influyendo esta relación junto a la frecuencia de actividad coital en el consejo contraceptivo y en la elección que realiza la pareja.
- Coste: continúa siendo un factor que influye en la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos.

Hay que tener en cuenta que no existe un método anticonceptivo ideal de aplicación universal, ya que cada uno presenta ventajas e inconvenientes y cada persona o pareja tiene su propia idiosincrasia.

1.3.2. Métodos naturales.

Este tipo de métodos tratan de evitar la gestación sin alterar las condiciones naturales que la posibilitan. Se distinguen los siguientes:

- Ogino-Knaus: está basado en la abstinencia en los momentos de máxima fertilidad fisiológica. Según el control de los últimos 12 ciclos, se estimará los días fértiles de la mujer en los que se asumirá una conducta abstinente.
- El control de la temperatura basal se fundamenta en las variaciones de ésta en la época en la que se produce la ovulación por el efecto de la progesterona. Podremos intuir cuando se ha ovulado, pero no predecir cuándo se ovulará, con el riesgo que eso supone debido a la vida media de los espermatozoides en el tracto genital de la mujer. Habría que evitar el contacto sexual entre el primer día del ciclo menstrual y el tercer día consecutivo de elevación de la temperatura para evitar ese riesgo.
- Método Billings: consiste en detectar la ovulación en función de los cambios del moco cervical (cantidad y filancia), los cuales aparecen antes de la ovulación y se mantienen días después.
- Métodos sintotérmicos: combinan varios parámetros de detección de la ovulación, como cambios corporales y de moco cervical y el ascenso térmico.

Estas formas de anticoncepción están enfocadas en el control de la natalidad. En ningún caso evitarán el contagio de ITS. Presentan las ventajas de ser: reversibles, cómodos, baratos y sin necesidad de control médico. No obstante, las desventajas claramente las superan. A la desprotección frente a ITS añadiríamos que desaparece la espontaneidad en las relaciones sexuales y que su eficacia es muy variable en función de la pareja (descrita entre un 60 y 100%). En la población de adolescentes y adultos jóvenes, principal grupo etario en las IVE, los métodos naturales son de escasa seguridad anticonceptiva debido a la irregularidad de las ovulaciones por inmadurez del aparato reproductor, y a la falta de motivación para realizar estas mediciones.

1.3.3. Lactancia prolongada.

La amenorrea consecutiva a la lactancia natural ha servido desde la antigüedad para limitar el crecimiento de la población, procedimiento ampliamente utilizado en la actualidad en los países subdesarrollados. El aumento de los niveles de prolactina producido durante el embarazo y la lactancia actúa en el eje hipotálamo-hipofisario produciendo amenorrea y anovulación. La eficacia anticonceptiva real de la lactancia materna alcanza un 98% en los seis primeros meses postparto cuando ésta es exclusiva, la mujer no ha vuelto a menstruar y la lactancia es frecuente durante el día y la noche (21).

1.3.4. Coito interrumpido (CI).

Consiste en la retirada del pene de la vagina antes de producirse la eyaculación. Se conoce también como “marcha atrás” y “coitus interruptus”. Es un método sin coste alguno, que no necesita adiestramiento ni control médico y cuya eficacia anticonceptiva oscila entre el 10 al 20%, relacionado con la posible presencia de espermatozoides en el líquido preeyaculatorio y un bajo autodomínio por parte del varón. Se ha asociado el uso del CI con frustración e impotencia en el varón y congestión pélvica y frigidez en la mujer.

1.3.5. Métodos barrera.

Los métodos de barrera son elementos físicos o químicos que, empleados sobre el aparato genital masculino o femenino, impiden el contacto entre ambos gametos. Estos métodos incluyen dispositivos como preservativos masculinos y femeninos. Ambos evitan las ITS. Existen en cambio otros, como capuchones cervicales, diafragmas, geles y óvulos espermicidas que no tienen este efecto.

Aunque son eficaces, el uso de estos dispositivos tiene un riesgo, y es el hecho de que el adolescente y adulto joven no son consistentes en su uso, ni siquiera cuando los eligen como métodos para protegerse frente a las ITS. La necesidad de aplicarlos antes

de cada encuentro sexual reduce el uso del método porque disminuye la espontaneidad del acto (6). Según la OMS, la eficacia del preservativo masculino cuando se usa correctamente es de 2 embarazos por cada 100 parejas que lo utilizan. Sin embargo la eficacia real es del 15% de embarazos (21).

1.3.6. Anticoncepción hormonal

A través de la administración de gestágenos y/o estrógenos, se interfiere en los mecanismos de la ovulación, transporte tubárico, crecimiento y transformación endometrial y las modificaciones del moco cervical. También poseen otras propiedades no anticonceptivas que a veces son el objeto de la prescripción, como son (6):

- Regulación de la menstruación.
- Disminución del sangrado menstrual abundante y la anemia.
- Descenso en los *scores* de dismenorrea.
- Los efectos antiandrogénicos de algunos derivados gestagénicos (acné, hirsutismo).

La píldora anticonceptiva está a disposición de las mujeres europeas desde 1961. Debido a la situación política, el acceso para las españolas no llegó hasta 1978, cuando fue derogado el artículo 416 del código penal que consideraba delito la prescripción de cualquier tipo de anticoncepción. Hasta entonces, tanto los profesionales sanitarios como las usuarias intentaron evadir la prohibición del uso de la anticoncepción hormonal con la excusa de utilizarla como tratamiento de problemas funcionales ováricos y uterinos.

La creación de los centros de orientación familiar a principios de la década de 1980 supuso que poco a poco fuera haciéndose más habitual el uso de métodos anticonceptivos (en adelante MAC), especialmente de los hormonales orales (22).

Además de la vía oral, existen otras formas de administración: depot intradérmica (implante), vaginal (anillo vaginal), transdérmica (parche transdérmico), intramuscular (inyectables) y depot intrauterino (Dispositivo Intrauterino, en adelante DIU). A continuación, comentaremos las principales características de las distintas presentaciones:

- Progestágenos orales a dosis bajas (minipíldora)

Están indicados en mujeres que no deban utilizar estrógenos. Presentan índices de embarazo ligeramente superiores a los anticonceptivos combinados (estrógeno y progestágeno). Su principal efecto adverso es la aparición de irregularidades menstruales (23). La toma se inicia habitualmente el primer día de una menstruación y se continúa con una píldora diaria de forma ininterrumpida, siempre a la misma hora. El margen de seguridad está establecido en 12 horas por lo que un atraso en la toma superior a ese tiempo se considera un olvido. La fertilidad regresa rápidamente una vez finalizada su administración. Está descrito un IPe de 5-10% y un IPt del 0'4% (24).

- Progestágenos inyectables

Actualmente el que se encuentra comercializado en España es Depo-Progevera© (medroxiprogesterona). Se administra de forma intramuscular cada tres meses. Aunque pertenece a los anticonceptivos reversibles, su acción es prolongada y la recuperación de la fertilidad tras su interrupción puede postergarse entre 6 y 12 meses. El efecto no deseado más relevante y motivo más frecuente de abandono es el sangrado irregular, que afecta hasta un 70% de las usuarias en el primer año. Existe una tendencia posterior a la amenorrea por atrofia endometrial, presente en el 80% de los casos al cabo de tres años. Posee un IPt del 0'3% e IPe del 3% (24).

- Progestágenos en implantes subdérmicos

Consiste en un cilindro con un núcleo de vinilo de 40x2mm cargado con un progestágeno de liberación prolongada. El comercializado en España se denomina Implanon NXT® y contiene 68 mg de etonorgestrel (25). Se inserta bajo la piel en la cara interna de la parte superior del brazo bajo anestesia local. Tiene una duración de 3 años y un IPe y teórico del 0'05% (24).

- Progestágenos en DIU

Consiste en un dispositivo en forma de "T" cuyo vástago contiene un progestágeno (levonorgestrel, en adelante LNG) de liberación prolongada. El sangrado intermenstrual es frecuente los tres primeros meses. En la actualidad existen diferentes DIU hormonales comercializados con una duración entre 3 y 5 años, pudiendo prolongarse en algunos casos. Su eficacia y efectividad son del 99% (24). El DIU es un método anticonceptivo de alta eficacia, ya que no depende de la usuaria y no hay fallos por uso incorrecto o inconstante. En los últimos años han surgido otros DIU con levonorgestrel de menor tamaño que el original de 20µg, enfocados a la planificación familiar en la mujer joven más que a los efectos no anticonceptivos como estaba focalizado el anterior.

Existen también otros DIU sin contenido hormonal: inertes o de primera generación (de polietileno) y liberadores de cobre de baja carga (menos de 300mm, segunda generación) o de alta carga (más de 300mm, tercera generación). En la actualidad no se justifica el uso de DIU inertes o de baja carga de cobre cuando se precisa elevada eficacia anticonceptiva. Los DIU liberadores de cobre ejercen una acción gameticida, fundamentalmente espermicida, siendo los efectos prefertilización su principal mecanismo de acción. Sin embargo, los efectos postfertilización, que incluyen el daño o destrucción del ovocito fertilizado también pueden ocurrir. Las tasas de embarazo oscilan entre 0,1 y 1%

para los de alta carga (26). La duración de los DIU de cobre está entre los 3 y 5 años.

- Anticoncepción oral combinada (AOC)

Son píldoras que contienen diferentes dosificaciones y combinaciones de un estrógeno y un gestágeno. Pueden tener efecto androgénico o antiandrogénico dependiendo del gestágeno que contengan. Si la mujer realiza un periodo de descanso en la toma de la píldora, experimentará un sangrado por privación. También son posibles pautas prolongadas de forma fija o flexible siempre que se mantenga la ingesta durante más de 21 días. La eficacia teórica de la AOC está próxima al 100%, sin embargo la efectividad real se sitúa en un 97'9% debido a los olvidos de las usuarias (27).

- Anticoncepción vaginal combinada

La administración de preparados hormonales combinados puede hacerse a través de un anillo flexible de etileno vinil acetato para uso intravaginal mensual que libera 120 microgramos de etonogestrel o 3-cetodesogestrel (metabolito activo del desogestrel) y 15 microgramos de etinilestradiol diarios. Se coloca un anillo intravaginal manteniéndolo durante 3 semanas tras las cuales se realiza su extracción de la vagina. Tras una semana de descanso en la que ocurre el sangrado por privación, se coloca un nuevo anillo. El IPe del anillo vaginal es de 1'23% (27). Este leve aumento de la efectividad respecto a la AOC se debe a la disminución de los olvidos en las tomas, ya que no es necesaria la administración diaria.

- Parche transdérmico

La administración de preparados hormonales combinados puede también hacerse a través de parches para uso transdérmico que liberan norelgestromina y etinilestradiol. Se administran 3 parches por ciclo, con una periodicidad semanal, seguido de una semana de descanso en la que ocurre el sangrado por privación. La aplicación semanal puede mejorar el cumplimiento frente a la toma diaria, y, como en el caso del anillo, presenta un IPe de 1'24%. Sí se ha descrito una disminución de la eficacia del parche transdérmico en mujeres de más de 90kg.

En cuanto a los anticonceptivos combinados, ninguna vía de administración se ha mostrado superior a otra en cuanto a eficacia anticonceptiva teórica (27). Como ya hemos comentado, las diferencias en la efectividad real se basan en aumentar los periodos de administración para evitar los olvidos.

1.3.7. Doble método

Teniendo en cuenta que las relaciones sexuales sin protección suponen un riesgo de gestación no deseada y de adquisición de ITS, ya a principios de los 90 el grupo de Van Lunsen et al (28) propusieron el doble método o *Double Dutch*, que consiste en el uso de un método de alta fiabilidad anticonceptivo por parte de la mujer, y un método barrera por parte del varón. Pudieron observar un gran descenso tanto en gestaciones no deseadas como en ITS, a la vez de responsabilizar por igual al varón y a la mujer en la prevención de éstas y en la anticoncepción.

1.3.8. Métodos anticonceptivos quirúrgicos

En el caso del varón se trata de la vasectomía. Consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes por vía escrotal, realizada de forma ambulatoria con

anestesia local. Su alta eficacia, sencillez, escasos efectos secundarios a corto y largo plazo y la no necesidad de anestesia general ha posibilitado un incremento y popularización de este método anticonceptivo en la actualidad. Al seccionar y ligar los conductos deferentes se bloquea el paso de los espermatozoides, por lo que en el eyaculado sólo aparecerá líquido seminal. La tasa de fallos es menor del 0,1%, siempre y cuando se haya realizado un espermiograma a los tres meses de la intervención en el que se observe azoospermia. Pese a considerarse irreversible, pueden reanastomosarse los conductos deferentes mediante técnicas de microcirugía, aunque la fertilidad posterior nunca alcanza el 100% (20).

La ligadura u oclusión tubárica es el método equivalente quirúrgico en la mujer. Consiste en la oclusión o sección de las trompas de Falopio, bloqueando el paso del espermatozoide para fecundar al óvulo y el del óvulo para ser fecundado. La necesidad de anestesia general incrementa la morbimortalidad de este método. La repermeabilización tubárica puede realizarse mediante microcirugía, pero se asocia a un incremento de embarazos ectópicos y a un mayor coste económico que el uso de técnicas de reproducción asistida. La eficacia anticonceptiva es alta, con una tasa de fallos del 0,4% (20), y estos disminuyen cuando se realiza resección de las trompas, técnica más frecuente hoy en día.

1.3.9. Métodos reversibles de larga duración

Los anticonceptivos reversibles de larga duración (en adelante LARCs, de sus siglas en inglés “Long Acting Reversible Contraception”), son todos aquellos métodos que perduran durante más de un ciclo y no son definitivos, es decir, requieren de su administración menos de una vez al mes o por ciclo. Esta condición la cumplen los DIU de cobre y hormonales, el implante subdérmico y los inyectables. Los LARCs minimizan la necesidad de adherencia a una rutina como en el caso de las píldoras o los métodos barrera, y no son usuario-dependientes, por lo que su eficacia no depende del cumplimiento o del uso correcto. De hecho se asemeja a la de los métodos quirúrgicos (29). Sus eficacias reales y teóricas no difieren porque estos métodos no requieren de

ninguna acción tras su inserción (30). Esta característica es importante para ciertos grupos de edad como las adolescentes, donde los embarazos no deseados continúan siendo frecuentes y las tasas de fallo del resto de métodos anticonceptivos son más altas que a edades más avanzadas (30). Los LARCs son seguros para mujeres con factores de riesgo cardiovasculares independientemente de la edad, paridad e Índice de Masa Corporal (IMC). Además, poseen otros efectos beneficiosos como reducir la dismenorrea y el sangrado menstrual en el caso del DIU-LNG e implante subdérmico (30). Sin embargo, a pesar de su seguridad y eficacia, el uso de los LARCs continúa siendo bajo. A nivel mundial, se estima que un 3'4% de las mujeres utilizan el implante e inyectables, mientras que un 15'5% llevan un DIU. Esto se puede deber a diferentes causas: mitos y desinformación, un coste inicial mayor, explorador-dependencia y el sesgo del profesional contra el método (29). La principal causa de discontinuación en el caso del DIU-LNG e implante es el sangrado uterino anómalo, pero una adecuada información previamente a su inserción puede evitar muchas retiradas precoces.

1.3.10. Anticoncepción de emergencia

La Anticoncepción de Urgencia (en adelante AU) es la utilización de un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo después de una relación sexual coital desprotegida o en la que se haya producido un potencial fallo del método anticonceptivo. No debe ser considerada, en ningún caso, un contraceptivo de uso habitual.

La AU es tan antigua como la historia del mundo. Tradicionalmente se han empleado diferentes sustancias o prácticas tras una relación sexual con riesgo de embarazo.

Fue por primera vez a mediados de los años 60 cuando Haspels, ginecólogo Holandés, administró un compuesto hormonal (a base de estrógenos) de forma postcoital a una adolescente de 13 años que había sufrido una violación, con el fin de evitar embarazo (31).

En los 70, Yuzpe et al (32) describieron la combinación de estro-progestágenos a dosis altas como método de anticoncepción postcoital, lo que ha permanecido vigente durante más de 25 años.

A finales de los años 70, se empezó a indicar el DIU de alta carga de cobre inserto en los cinco primeros días.

Posteriormente se demostró la eficacia de levonorgestrel 1'5 mg en dosis única o fraccionado en 2 dosis de 0,75 mg cada una con un intervalo máximo de 12 horas, hasta 72 horas después del coito (33). Además, fue declarado un “medicamento esencial” por la OMS en 1998, instando además a las autoridades sanitarias a que proporcionasen un mayor acceso al tratamiento y lo incluyeran en los programas de salud nacionales. En nuestro país se comercializó en mayo de 2001. Se trata de la comúnmente conocida como “píldora del día después”.

Por último, desde 2009 está comercializado en España el Acetato de Ulipristal (en adelante AUP) como AU, un modulador selectivo de los receptores de progesterona. Se usan 30 mg hasta las 120 horas después, siendo el único método de AU oral con licencia para ser usado entre las 72 y las 120 horas después de la relación sexual no protegida (34).

En cuanto a los mecanismos de acción, si se toma el LNG antes del inicio de la elevación preovulatoria de la Hormona Luteinizante (en adelante LH), actúa en el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, impidiendo el desarrollo y la maduración folicular y/o la liberación del óvulo. El LNG no actúa una vez ya iniciada esa elevación de LH (34). Diversos estudios han valorado la acción del LNG cuando se administra tras la ovulación, y no se ha demostrado que afecte al transporte de gametos ni a la implantación del embrión en el endometrio (35–39). También se ha visto que no tiene ningún efecto en el embarazo ya establecido (40,41). Por tanto, los organismos científicos internacionales (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, en adelante FIGO, y el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia) descartan la acción abortiva del LNG. En su posicionamiento de Octubre de 2008, estos organismos científicos establecen que su efecto es inhibir o retardar la liberación de un

óvulo desde el ovario cuando se toma antes de la ovulación, condicionado por un retraso en el pico preovulatorio de LH. Y que además, posiblemente, impide que los espermatozoides y el óvulo se encuentren, dado que afectan al moco cervical y a la capacidad de los espermatozoides de adhesión al óvulo (42,43). El índice de Pearl reportado para el LNG es de 4'9% (44).

El hecho de que la AU-LNG no tenga un efecto demostrado sobre la implantación explica por qué no es 100% eficaz en impedir el embarazo, y por qué es menos eficaz cuando más tarde se toma. Se debe informar claramente a las mujeres sobre este aspecto.

El AUP actúa sobre el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal reduciendo la producción de LH vía feedback negativo, lo que evita el pico, inhibe la maduración folicular y la ovulación se postpone. A diferencia del LNG, puede reducir los niveles de LH cuando está ya ascendiendo. La ovulación tendría lugar 5 días más tarde, lo que sería suficiente para cerrar la ventana fértil desde que los espermatozoides han entrado en el tracto genital femenino, ya que como máximo éstos sobreviven de 3 a 5 días después. Si ya ha ocurrido la ovulación no sería efectivo, al igual que el LNG, y habría que tener en consideración que la vida media del ovocito es de 12 a 14 horas. No está claro su efecto después de la ovulación. Se cree que podría afectar a la capacidad del embrión de implantarse en el endometrio, aunque no está demostrado para la dosis utilizada en anticoncepción de urgencia de 30 mg (45,46). Hasta la fecha, la mayoría de la evidencia excluye un efecto postfertilización (47).

El mecanismo de acción principal del DIU de cobre tiene lugar sobre el endometrio, ejerciendo un efecto antiimplantatorio. Además, ejerce una acción gameticida, fundamentalmente espermicida, dificultando la fertilización (46,48).

Respecto a la eficacia de la AU hay que señalar que este tipo de actuación, excepto en el caso del DIU, protege frente a coitos de riesgo pasados, pero no lo hace frente a coitos futuros. El último metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados publicado en 2019 ha mostrado que el LNG es más efectivo que el método Yuzpe (Riesgo Relativo, en adelante RR, de embarazo 0'57, 95% Intervalo de Confianza [IC]

0'39 a 0'84). A su vez, el AUP se asoció a menos embarazos que el LNG (RR 0'59; 95% IC 0'35 a 0'99) (49). Los mismos autores en la versión de 2012 y posteriores revisiones sistemáticas, afirman que el DIU de cobre es el método más efectivo (50–52). La tasa de fallo publicada como método de AU es del 0'1% (53). Sin embargo, no es de acceso universal por la falta de infraestructuras ni es la opción más adecuada para mujeres en riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS).

De los métodos disponibles en nuestro país, el DIU sería la opción más efectiva, aunque los dos métodos farmacológicos son considerados los más convenientes y aceptables (34). En los días periovulatorios y en mujeres con obesidad o sobrepeso, serían de primera elección la AU con AUP o el DIU frente al LNG (45,51).

La inserción de un DIU como AU es eficaz hasta 120 horas después del coito de riesgo. El aspecto más positivo de este método es, además de su alta eficacia, la posibilidad que brinda de mantenerlo como anticoncepción a largo plazo, siendo por tanto la opción más coste-efectiva.

1.3.11. Métodos de interrupción del embarazo

- Método instrumental o quirúrgico

Se trata del legrado evacuador obstétrico. Es una técnica altamente eficaz (>95%) con una tasa muy pequeña de complicaciones importantes (<0'1%), principalmente infecciosas y perforación uterina. Se realiza mediante aspiración con cánulas específicas previa dilatación cervical. Es una técnica de cirugía menor ambulatoria que debe ser realizada por médicos especializados y formados para ello, en centros públicos o privados autorizados. La recuperación es rápida pudiendo abandonar el centro médico precozmente (en menos de 1 hora) (16).

Este procedimiento puede realizarse bajo sedación o anestesia local en cérvix uterino, aunque esta segunda opción no suele evitar que la paciente perciba la intervención y, por tanto, sea doloroso.

En gestaciones más avanzadas (a partir de 10-12 semanas), puede ser necesario utilizar una legra para completar la evacuación uterina.

- Método farmacológico

El método que se ha mostrado más eficaz para la interrupción médica del embarazo es la combinación de mifepristona y análogo de prostaglandinas, principalmente misoprostol. En el primer trimestre, este régimen combinado produce un aborto completo sin necesidad de efectuar la evacuación por aspiración en más del 95% de los casos (16).

La mifepristona bloquea la acción de la progesterona en el útero, lo cual produce el desprendimiento del embarazo. También aumenta la sensibilidad uterina a las prostaglandinas y madura el cuello uterino.

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1. Estimula la maduración cervical y las contracciones del útero por lo que causa la evacuación uterina. Muestra ventajas importantes sobre otras prostaglandinas por su estabilidad a temperatura ambiente, seguridad y bajo coste. Cabe destacar la posibilidad de administrarlo por diversas vías como la oral, bucal, sublingual y vaginal.

La evidencia disponible establece que la combinación de mifepristona más misoprostol para aborto farmacológico es segura y eficaz para embarazos de hasta los 63 días de gestación (novena semana).

En la mayoría de casos se produce la evacuación uterina entre las 4-6 horas después de la administración del misoprostol. Ésta tiene lugar mediante un sangrado abundante (superior a una menstruación habitual), y dolor abdominal que puede llegar a ser muy intenso.

Entre 10 y 15 días posteriormente a la administración del tratamiento médico, es necesaria la reevaluación ecográfica para comprobar que el aborto ha sido completo. En caso contrario, se puede plantear resolución quirúrgica.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (en adelante SEGO) y la Sociedad Española de Contracepción (en adelante SEC), no son necesarias las visitas de seguimiento tras un aborto quirúrgico o médico exento de complicaciones, aunque es recomendable un control entre 15 y 30 días para:

- Valoración psico-social y clínica del proceso
- Control ecográfico de la cavidad uterina
- Refuerzo en el consejo contraceptivo
- En su caso, resultado de informe anatomopatológico
- En su caso, asesoramiento genético
- Informe final

En la actualidad, y de acuerdo con la legislación española vigente, una mujer embarazada de hasta 7 semanas que desee interrumpir su gestación, puede optar entre un tratamiento médico basado en la utilización de dos fármacos (mifepristona más misoprostol) y un tratamiento quirúrgico o instrumental (54).

Mientras que el aborto quirúrgico se caracteriza por la inmediatez de sus resultados, el aborto farmacológico conlleva la ventaja de la participación de la mujer, una mayor autonomía e intimidad, la sencillez y ser un procedimiento menos invasivo.

A pesar de que en países como Estados Unidos el porcentaje de abortos farmacológicos está aumentando progresivamente, en España, así como en otros países europeos, el uso del aborto farmacológico es bajo, a pesar de la recomendación de la OMS para que el aborto se desmedicalice en la medida de lo posible. De las 95.917 IVE que se realizaron en España en 2018, 74.561 (77'7%) fueron quirúrgicas, llegando a un 81'6% en la comunidad de Castilla y León (55).

1.4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

1.4.1. Situación actual en la adolescencia

Según el informe del último estudio de *Health Behaviour in School-Aged Children* (en adelante HBSC) en España sobre Conducta Sexual (56), el 36'6% de los varones entre 15 y 18 años refería haber tenido relaciones sexuales coitales, frente al 33'6% de las mujeres a la misma edad.

Por edades, a los 15-16 años un 20% de los adolescentes habían iniciado actividad sexual, mientras que a los 17-18 años referían haber iniciado las relaciones sexuales un 48'3%. Estos datos muestran una tendencia al alza de 2002 a 2006, sin cambios significativos desde entonces.

De entre los adolescentes que habían mantenido relaciones, un 75'4% habían usado preservativo, sorprendiendo el porcentaje menor de uso entre las chicas y conforme aumenta la edad de los jóvenes (*tabla 1*).

Tabla 1. Uso de preservativo solo o en combinación con otro método en la última relación sexual coital

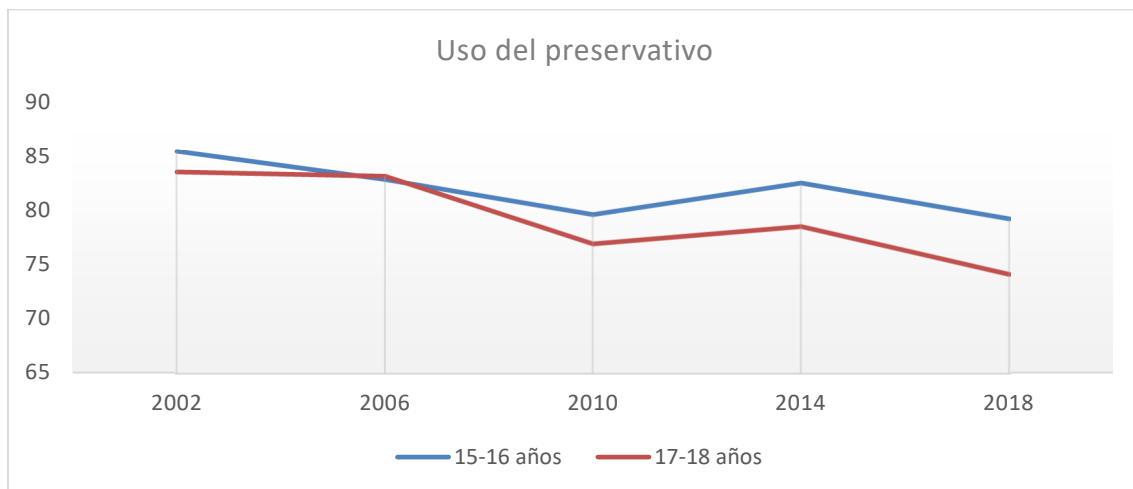
	Total		Sexo		Edad	
	Muestra	%	Chico (%)	Chica (%)	15-16 (%)	17-18 (%)
Sí	4401	75'4	79'5	71'2	79'2	74'1
No	1435	24'6	20'5	28'8	20'8	25'9

Se considera únicamente al total de adolescentes de 15 a 18 años que ha mantenido relaciones sexuales coitales. Adaptado de "Uso de preservativo (solo o en combinación con otro método) en la última relación sexual coital por sexo y edad", por Moreno C et al., 2019, Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018.

En la *figura 1* se puede observar cómo el uso de este método anticonceptivo ha ido disminuyendo desde 2002, especialmente en 2010 y 2018. Este descenso ha tenido lugar para ambos sexos, manteniéndose una ligera diferencia a favor de los y las adolescentes más jóvenes a utilizar más el preservativo, pero es en 2018 cuando esas

diferencias se hacen más marcadas, revelando un porcentaje mayor de adolescentes que usaron el preservativo entre los de 15-16 años (79'2%) frente a los de 17-18 (74'1%).

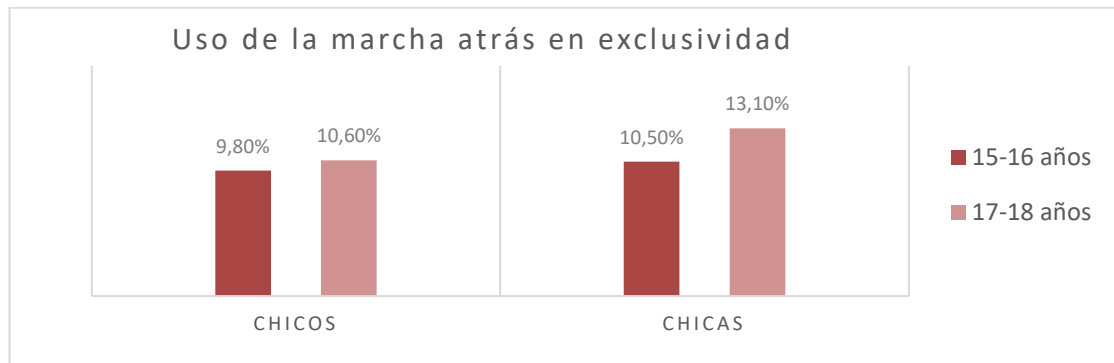
Figura 1. Evolución del uso del preservativo (solo o en combinación con otro método) en la última relación sexual coital.



Estos porcentajes han sido calculados considerando únicamente al total de adolescentes de 15 a 18 años que han mantenido relaciones sexuales coitales. Adaptado de "Porcentaje de adolescentes que dicen haber usado el preservativo (solo o en combinación con otro método) en la última relación sexual coital en 2002, 2006, 2010, 2014 y 2018 en función del sexo", por Moreno C et al., 2019, Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018.

La píldora anticonceptiva (sola o en combinación con otro contraceptivo) es el segundo método en frecuencia entre los adolescentes, con un 14% de uso en total. Es seguido de la marcha atrás (11'4%), la cual tiene mayor popularidad entre las chicas y aumenta con la edad.

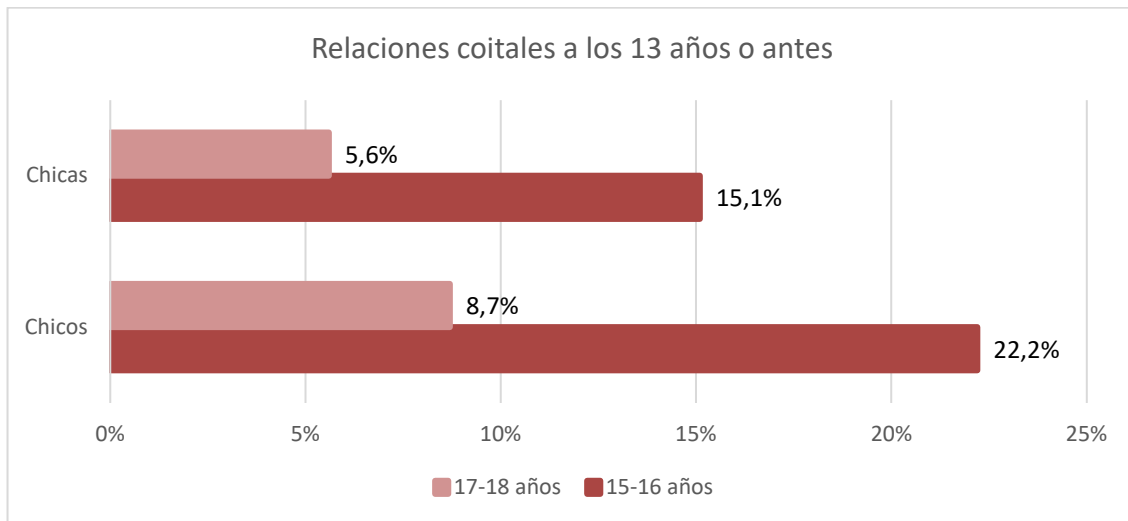
Figura 2. Uso de la “marcha atrás” en exclusividad en la última relación sexual coital.



Estos porcentajes han sido calculados considerando únicamente al total de adolescentes de 15 a 18 años que han mantenido relaciones sexuales coitales. Adaptado de “Uso de la marcha atrás (en exclusividad) en la última relación sexual coital por sexo y edad”, por Moreno C et al., 2019, Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018.

Al analizar la edad de inicio de las relaciones sexuales, encontraron que, del grupo de adolescentes mayores de 15 años que habían tenido relaciones sexuales coitales, el 10’3% las mantuvieron por primera vez a los 13 años o antes. En la *Figura 3* se observa que son más los chicos que las chicas quienes manifiestan haber tenido un inicio temprano en las relaciones sexuales. Estas diferencias son mayores en el grupo de 15-16 años.

Figura 3. Adolescentes con relaciones coitales por primera vez a los 13 años o antes.



Se consideran únicamente al total de adolescentes de 15 a 18 años que ha mantenido relaciones sexuales coitales. Adaptado de “Porcentaje de chicos y chicas de todas las edades estudiadas que tuvieron relaciones coitales por primera vez a los 13 años o antes”, por Moreno C et al., 2019, Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018.

En la *tabla 2* se muestra cómo el porcentaje de chicas adolescentes que tuvieron algún embarazo es mayor entre 15-16 años que a los 17-18. El 3’6% de las chicas de 15 a 18 años que dice haber tenido relaciones sexuales coitales reconoce que ha estado alguna vez embarazada. Esto se corresponde con el 1’1% del total de chicas entre 15 y 18 años de la muestra objeto de estudio. Además, el porcentaje de chicas adolescentes que dice haber estado embarazada que pertenece a familias con estatus socioeconómico bajo y medio (4’4% y 3’2%, respectivamente) es mayor que el de chicas de estatus socioeconómico alto (1’6%). Desde el 2002, destaca un aumento en el número de embarazos en la edición de 2010 respecto a años anteriores y posteriores (56).

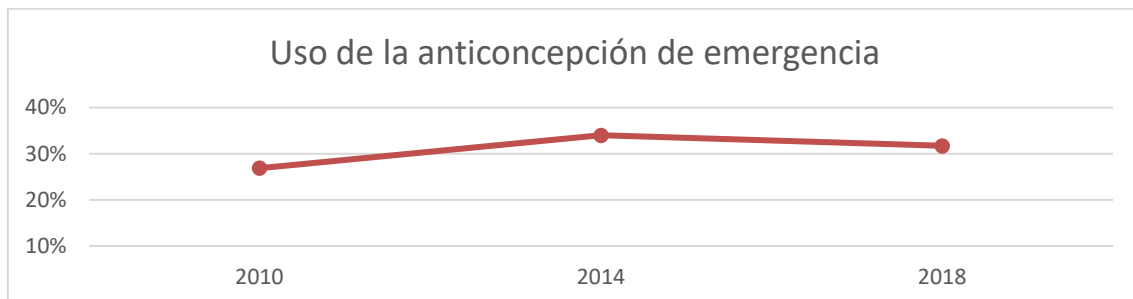
Tabla 2. Embarazos en la población adolescente

	Total		Edad	
	Muestra	%	15-16 años (%)	17-18 años (%)
Nunca	2865	95'1	93'3	95'7
1 vez	79	2'6	3'7	2'3
2 o más veces	31	1'0	1'1	1'0
No estoy segura	38	1'3	2'0	1'0

Porcentajes calculados considerando únicamente a las chicas de 15 a 18 años que han mantenido relaciones coitales). Adaptado de "Porcentaje de chicas que informan haber estado embarazada en las dos edades estudiadas", por Moreno C et al., 2019, Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018.

Por otra parte, el 31'7% de las chicas de 15 a 18 años reconoce que ha usado alguna vez la píldora "del día después" como anticoncepción de urgencia. Este porcentaje representa el 9'7% de las chicas de 15 a 18 años de la muestra total. De 2010 a 2014 se ha detectado un aumento de este método, seguido de un ligero descenso en 2018 (figura 4). Entre las chicas que provienen de familias con estatus socioeconómico medio es más habitual el uso de la píldora del día después (32'1%) que entre las de familias de baja (28'1%) y alta (29'8%) capacidad adquisitiva familiar, observándose un importante incremento en este último grupo respecto al año 2014 (18'2%).

Figura 4. Porcentaje de chicas adolescentes que dicen haber usado la píldora "del día después" en alguna ocasión.



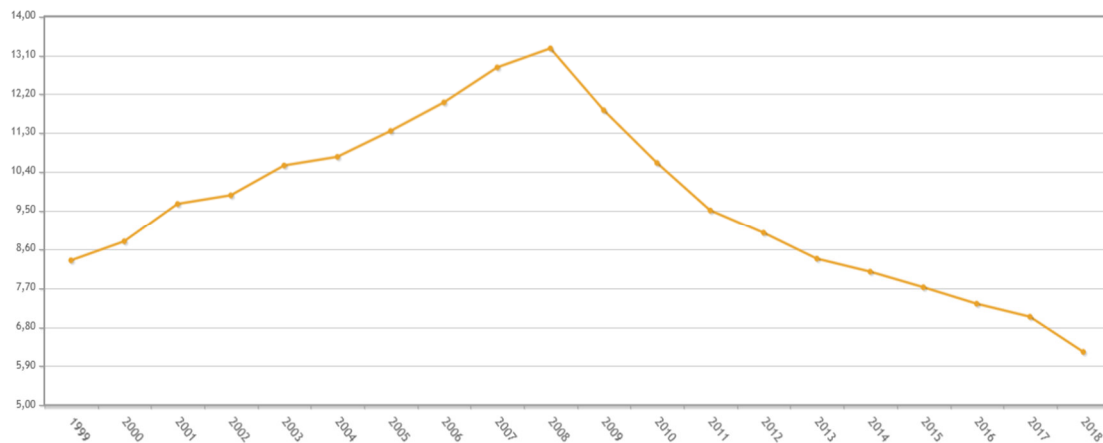
Estos porcentajes han sido calculados considerando únicamente al total de chicas adolescentes de 15 a 18 años que han mantenido relaciones sexuales coitales. Adaptado de "Porcentaje de chicas adolescentes que dicen haber usado la píldora del día después alguna vez en la vida en 2010, 2014 y 2018", por Moreno C et al., 2019, Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018.

Como conclusión, podemos afirmar que las relaciones sexuales coitales se han ido haciendo más frecuentes entre los y las adolescentes de 15 a 18 años, el uso del preservativo ha ido descendiendo y la píldora anticonceptiva ha aumentado con el paso de los años. Si se analiza el uso de métodos seguros para prevenir embarazos (preservativo, píldora, combinación de preservativo y píldora, y otros métodos anticonceptivos -DIU, hormonales, etc.-), los datos revelan que, con el paso del tiempo, su uso ha ido descendiendo a favor de los no seguros (marcha atrás o ningún método). Cuando se analiza la seguridad de los métodos empleados para prevenir enfermedades de transmisión sexual, considerándose seguro el uso del preservativo, (solo o en combinación con otros métodos), e inseguros el resto de métodos, lo que se encuentra es que el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual se ha ido incrementando con el tiempo. En concreto, si el porcentaje de adolescentes con prácticas de riesgo estaba en 2002 en el 16'1%, ese porcentaje sube en 2018 al 24'6%.

Como se comentaba, el inicio precoz de las relaciones es un factor de riesgo para ITS y gestaciones no deseadas. Podemos observar una curiosa evolución de los embarazos en la adolescencia. Según el Observatorio de Salud Reproductiva del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, de 1999 a 2009 se produjo un aumento continuo en la tasa de embarazos por mil mujeres de entre 15 y 19 años (de 15'12 a 24'21 respectivamente) (6). Esta situación llevó aparejado un incremento en este rango de edad, en la proporción de embarazos no deseados, que pasaron del 95'35 por mil en 1999 al 98'15 por mil en 2009, y la tasa de IVE por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de 7'49 en el año 2000 a 13'68 en 2011 (57). Sin embargo, desde entonces se ha observado un larvado descenso y estabilización de las IVE en este grupo de edad hasta llegar a una tasa de 8'96 en 2018 (55,58).

En España, en el año 2018, el número de partos de madres de 19 años o menos fue de 7.120, frente a un número de IVE en el mismo periodo de edad de 9.755. Este descenso respecto a años previos puede deberse a la disminución en la tasa de fecundidad en este grupo etario (de 11'78 en 2009 a 6'34 en 2018).

Figura 5. Tasas de fecundidad española y extranjera entre 15 y 19 años según año (nacidos por 1000 mujeres)



Tomado de “Tasas de Fecundidad según nacionalidad (española/extranjera) y grupo de edad de la madre”, Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE). Accesible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=29293&L=0>

1.4.2. Situación actual en la población general

La situación actual acerca de la IVE en España según el último informe del INE (59), es la siguiente: en España en 2019 se realizaron 99.149 interrupciones del embarazo, con una tendencia que llega hasta ese momento tal y como se refleja en la *tabla 3*.

Tabla 3. Número absoluto de IVE por año de mujeres entre 15 y 44 años

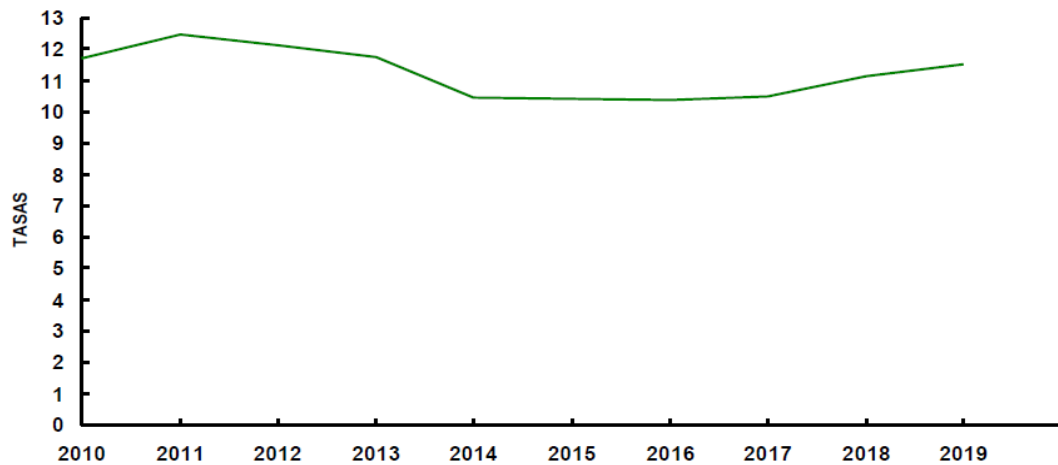
	Año de intervención									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL I.V.E.	113.031	118.611	113.419	108.690	94.796	94.188	93.131	94.123	95.917	99.149

Adaptado de: “2010-2019. Total nacional”, 2020, Interrupción Voluntaria de Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2019. Ministerio de Sanidad.

Según el INE, la tasa de Interrupción Voluntaria de Embarazo en España disminuyó de 2008 a 2016 de 11’78 a 10’36 por 1000 mujeres entre 15 y 44 años respectivamente, con un pico en 2012 (12’47). Después ha ido aumentando

progresivamente hasta llegar en 2019 a 11'53 IVE por 1000 mujeres, tal y como se refleja en la *figura 6* (58,59).

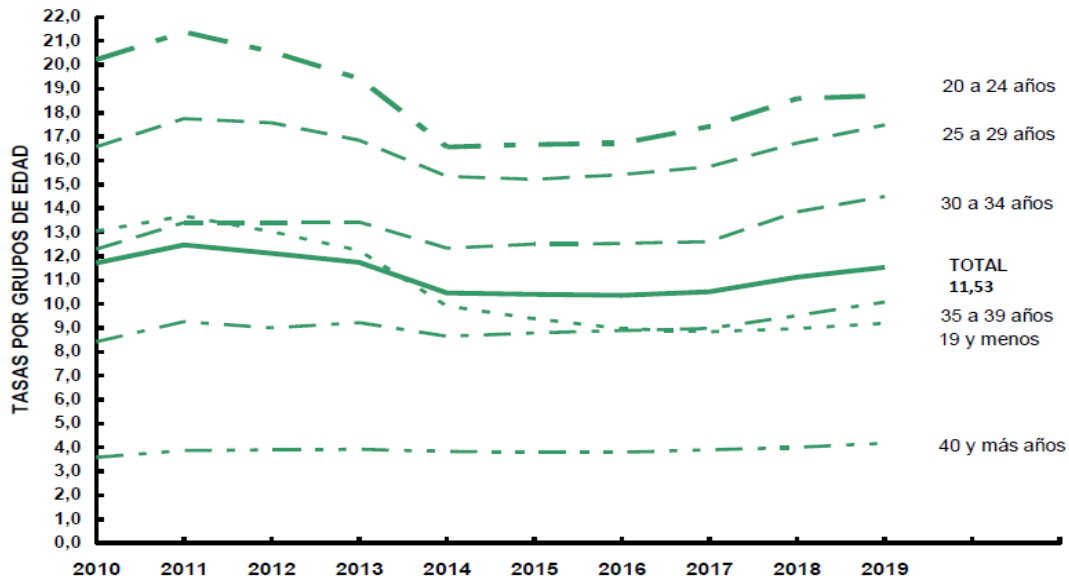
Figura 6. Tasas de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años.



Tomado de: "Tasas por 1.000 mujeres de 15 A 44 años. España 2010-2019", 2020, Interrupción Voluntaria de Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2019. Ministerio de Sanidad.

Observamos cómo en todos los rangos de edad, existe un aumento en la tasa de IVE en los últimos años, siendo el ascenso más pronunciado y el valor absoluto más elevado en los estratos de edades más bajas (*figura 7*).

Figura 7. Tasas de IVE por 1000 mujeres de cada grupo de edad. España 2010-2019.



Tomado de: "Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. España 2010-2019", 2020, Interrupción Voluntaria de Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2019. Ministerio de Sanidad.

Del total de IVE nacionales en 2019 (59), tuvieron lugar en un centro hospitalario público solo un 6'2%, aunque continúan aumentando (5'88% en 2018), mientras que el 79% de las interrupciones fueron en un centro extrahospitalario privado. Sin embargo, un 69% de las mujeres se informaron en la sanidad pública.

En Castilla y León se notificaron 2674 interrupciones, siendo de nacionalidad española el 73%. Entre las inmigrantes, el continente más frecuente fue América (52%), representado principalmente por países del Sur, seguido de otros estados de la Unión Europea (32%).

Respecto a la situación laboral en nuestra Comunidad Autónoma, un 57% de estas mujeres trabajaban por cuenta ajena y un 17% se encontraban en situación de desempleo.

La mayor parte de las mujeres que abortaron en Castilla y León y convivían con hijos también lo hacían en pareja (34%), mientras que lo más frecuente entre las que no cohabitaban con hijos era vivir con sus padres o familiares (24%).

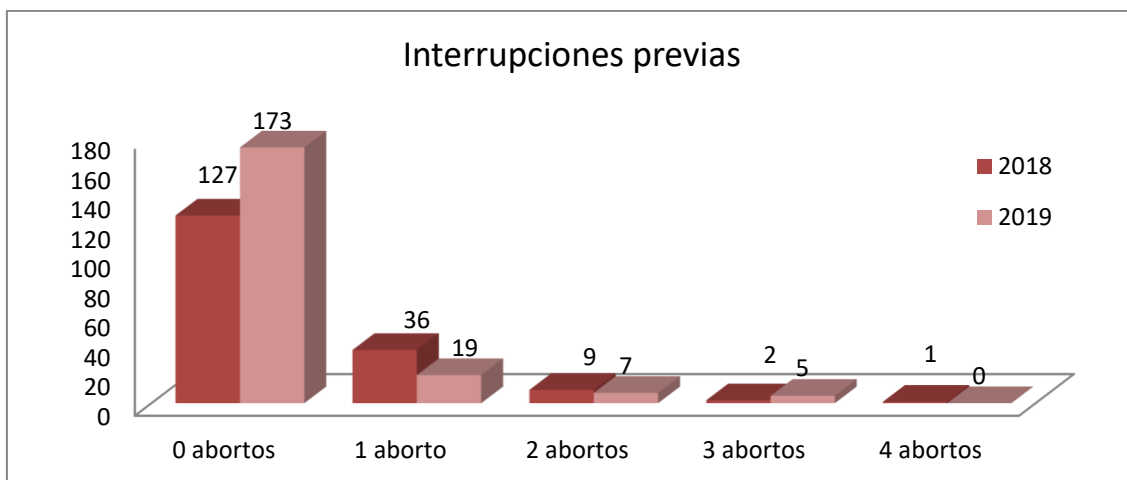
Según el informe del INE (55), en Salamanca en 2018 se notificaron 175 casos, siendo el mayor grupo etario entre 25 y 29 años con 44 interrupciones. Es seguido por el grupo de 20-24 años (40 casos), concordando con la tendencia nacional y el año previo. Por su parte en 2019 se notificaron en Salamanca 204 IVE, destacando como grupo más frecuente el de 20-24 años (44 casos), seguido del de 25-29 años (40 IVE) (59).

En Salamanca en 2019 se realizaron 29 IVE en menores de 20 años (23 en 2018), siendo la menor edad notificada los 15 años. Dentro de este grupo de adolescentes, el 62% utilizaba métodos barrera y no disponía de ningún contraceptivo o utilizaba métodos hormonales el 17% respectivamente.

Como se observa en la *figura 8*, el 85% de las mujeres no tenían IVE previas, rompiéndose la tendencia descendente hasta ahora (86% en 2016, 78% en 2017 y 73% en 2018) y un 31% no utilizaba ningún contraceptivo (58,60).

El método más utilizado fue el de barrera (en un 40% de las IVE), seguido de los anticonceptivos hormonales (24%).

Figura 8. IVE en Salamanca en 2018 y 2019 según número de abortos voluntarios anteriores al actual.



Adaptado de: "I.V.E. Número según provincia de residencia y número de abortos voluntarios anteriores al actual", 2019 y 2020, Interrupción Voluntaria de Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2018 y 2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.

De las 204 mujeres reportadas en 2019, 112 no tenían hijos vivos y 48 de ellas contaban con uno. En Salamanca, el lugar más frecuente de información fue un centro sanitario público (en 164 de los casos), seguido del centro privado e internet (15 y 14 mujeres respectivamente). En cuanto al nivel de instrucción, el 35% de estas mujeres habían alcanzado la ESO o equivalentes, seguido de Bachiller o ciclos de Formación Profesional (en adelante FP) (26%). En este aspecto, Salamanca se igualó al total nacional y cambió la distribución respecto a 2018, cuando lo más frecuente fue haber llegado a Bachiller/FP (33%) y en segundo lugar a las Escuelas Universitarias (25%).

Atendiendo al motivo de la interrupción, según el informe del INE, en Salamanca el 85% de las mujeres lo hicieron por petición propia seguido de un 9% por riesgo de graves anomalías en el feto. Por el contrario, en el total nacional a la petición propia (91%) le sigue como causa un grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada (6%).

Por otra parte, la Orden de 16 de junio de 1986 sobre Estadística e Información Epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo, establece que cada IVE realizada conforme a la Ley Orgánica 9/1985 debe ser notificada a la autoridad sanitaria por parte del médico responsable de la asistencia (61). Sin embargo, en 2019 solo 5 centros en Castilla y León notificaron sus IVE, siendo 4 de ellos privados y 1 público. Aunque el número de centros notificadores ha ido aumentando a nivel nacional progresivamente, actualmente ascienden a 211 centros, número similar a 2018.

Es evidente por lo anteriormente expuesto, que precisamos una mayor atención en la educación sexual de la población, atendiendo fundamentalmente a los adolescentes y adultos jóvenes. Una mejor instrucción acerca de métodos anticonceptivos seguros y eficaces evitaría un gran número de embarazos no deseados y, en consecuencia, dichas tasas de interrupciones de embarazo, con lo que física, psicológica, económica y emocionalmente conlleva para la mujer.

1.5. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DE LA INVESTIGACIÓN

La mayoría de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo son resultado de una concepción no deseada, pero las razones por las cuales se toma la decisión de abortar son múltiples y complejas. Se sabe que la mejora en la contracepción disminuye la incidencia de abortos, pero hay un número difícil de reducir más relacionado con la libre decisión de las mujeres sobre el control de sus vidas y con circunstancias socioeconómicas, familiares, etc. (62).

La incidencia de IVE es un indicador importante, por un lado, de los embarazos no deseados, y por otro, de las diferencias entre el funcionamiento de los servicios de contracepción y la efectividad de su uso. Su análisis es esencial para monitorizar la situación de bienestar de las mujeres y sus parejas (63).

En línea con los organismos internacionales de derechos humanos y de salud, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social considera que la mejor medida que las autoridades sanitarias pueden realizar para hacer frente a la IVE es establecer políticas de salud sexual y reproductiva que faciliten programas educativos, distintas opciones de anticoncepción efectiva, así como proporcionar servicios accesibles que aseguren llegado el caso, que las IVE se realizan en condiciones de calidad para las usuarias.

Los escasos trabajos realizados a nivel nacional acerca de las cuestiones socio-demográficas y prácticas anticonceptivas de las mujeres que solicitan una IVE son antiguos y responden a la anterior Ley Orgánica 9/1985. Por otra parte, no hemos podido encontrar en la literatura ninguna publicación acerca de la valoración del desplazamiento interprovincial al que están obligadas las mujeres en Comunidades Autónomas como Castilla y León para obtener una IVE mediante la sanidad pública. Tener apoyo de sus familiares, la accesibilidad al sistema o la complejidad de trámites y visitas son cuestiones que influyen en la percepción de su experiencia del aborto voluntario.

Aunque la interrupción soluciona una parte del problema de la gestación no deseada, al mismo tiempo origina otras cuestiones de salud pública. La IVE nunca es inocua ni deseada para la salud de las mujeres, y además supone un coste tanto para los individuos implicados como para la sociedad (64).

Las particularidades de la población de la provincia de Salamanca, que continúa en descenso (354.308 habitantes en 2009, 332.234 en 2019) al mismo tiempo que envejece y que cuenta con una importante proporción de universitarios, hacen interesante estudiar una serie de características de las mujeres que se someten a una IVE en este territorio.

Por último, para poder elaborar un adecuado programa educativo que ayude a disminuir los embarazos no deseados y que al mismo tiempo sea atractivo tanto para hombres como mujeres desde la adolescencia hasta la edad adulta, necesitamos saber cuáles son sus conocimientos, si identifican los fallos en sus prácticas anticonceptivas y si están dispuestos a adquirir nueva información en esta área.

Sin embargo, la interacción que se produce en la sanidad pública en los actos de solicitud de IVE es limitada. No permite conocer las circunstancias que se asocian con los embarazos no deseados y la decisión de abortar, ni cómo perciben las mujeres la asistencia recibida (65). En esta situación, a las dificultades habituales en la relación médico-paciente se suman las derivadas de las circunstancias y creencias particulares de ambos (66,67).

2. Objetivos e Hipótesis

2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar las características socioeconómicas y las prácticas de salud reproductiva de las mujeres que solicitan una IVE en Salamanca, así como su satisfacción con los procedimientos por los que tienen que pasar, con la finalidad de mejorar la atención sanitaria a estas pacientes y disminuir la tasa de embarazos no deseados.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el perfil epidemiológico de las mujeres que solicitan una IVE a través del Sistema de Sanidad de Castilla y León (en adelante SACyL) en Salamanca y estudiar la relación con factores socioeconómicos.
2. Conocer los comportamientos sexuales de las mujeres que solicitan una IVE en Salamanca, así como la razón de rechazo de métodos anticonceptivos de mayor efectividad.
3. Valorar los conocimientos y las principales fuentes de información sobre sexualidad y métodos de planificación familiar de las pacientes que solicitan una IVE en Salamanca.
4. Analizar las causas de interrupción del embarazo en mujeres que solicitan una IVE en Salamanca.
5. Identificar las variables asociadas derivadas de la situación socioeconómica (objetivo 1) y los comportamientos sexuales (objetivo 2) en función del conocimiento en planificación familiar (objetivo 3).
6. Evaluar a posteriori el grado de satisfacción de las usuarias con el circuito IVE del SACyL y la influencia de esta experiencia a nivel personal.
7. Recibir las propuestas de mejora de las mujeres que solicitan una IVE a través del Sistema de Salud Pública en Salamanca.

8. Valorar los cambios en las prácticas anticonceptivas que puede ocasionar la intervención de la interrupción de embarazo.

2.3. HIPÓTESIS

A partir del anterior marco teórico se formula la siguiente hipótesis de trabajo:

Hipótesis de investigación

Valorar si la intervención de la práctica de una IVE modifica los métodos que las mujeres utilizan para evitar los embarazos no deseados.

Hipótesis nula (H_0)

No existen diferencias significativas entre la medida antes (pretest) y después (postest) de la intervención de IVE.

Hipótesis alternativa (H_1)

Se espera encontrar un cambio significativo que no se explica por el azar, entre el tipo de método anticonceptivo antes (pretest) y después (postest) de la intervención de IVE.

3. Material y Método

3.1. DISEÑO

Para alcanzar los objetivos planteados en este trabajo, diseñamos un *estudio de intervención antes-después* (o pre-post), con un solo grupo (o sin grupo control), que se lleva a cabo en las mujeres con un embarazo no deseado que solicitan una IVE a través del Sistema Sanitario público de Salamanca. En esta población se aplica la intervención de interrupción de embarazo mediante tratamiento médico o quirúrgico.

La evaluación de intervenciones es un proceso complejo, en el cual muchas veces no es posible la aleatorización de individuos y se carece de grupo comparación.

Cuando el objetivo prioritario de un investigador es poner de manifiesto relaciones causales entre la “*exposición*” y la “*respuesta*”, los ensayos clínicos son el método científico más riguroso de probar hipótesis. Sin embargo, no siempre es factible realizar estudios experimentales.

Si los sujetos del experimento son personas, la aleatorización o la existencia de un grupo control puede ser problemático o imposible, por lo que los estudios cuasi-experimentales surgen como una alternativa. De la misma manera, no siempre se puede manipular el factor de estudio (la exposición).

La investigación cuasi-experimental sería aquella en la que existe una “*exposición*”, una “*respuesta*” y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, o bien, no existe grupo control propiamente dicho (68).

El diseño más habitual de este tipo de investigación es el estudio antes-después o pre-post de un sólo grupo o con grupo de control no equivalente. Este tipo de diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición del sujeto a la intervención experimental. Así se permite al investigador manipular la exposición, pero no existe un grupo de comparación. Cada sujeto actúa como su propio control.

Por lo tanto, es un tipo de investigación que comparte gran parte de las características de un experimento, pero las comparaciones en la respuesta de los

sujetos se realizan entre grupos no equivalentes, es decir, grupos que se pueden diferenciar en muchos otros aspectos además de la ‘exposición’. La principal dificultad será llegar a diferenciar los efectos específicos del tratamiento (“exposición”) de aquellos efectos inespecíficos que se derivan de la falta de comparabilidad de los grupos al inicio y durante el estudio, lo que compromete la validez interna del estudio. En el caso de que no exista grupo control, no se podrá asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención, o a otras intervenciones o factores no controlados.

Tabla 4. Ventajas e inconvenientes de los estudios cuasi-experimentales.

ESTUDIOS CUASI-EXPERIMENTALES	
VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Alternativa cuando no es posible aleatorizar una intervención o cuando no es posible tener un grupo control. • Consume poco tiempo y recursos. • Permite estimar el efecto de una intervención cuando no disponemos de grupo de comparación. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se puede asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención o a factores no controlados. • Existe la posibilidad, sobre todo cuando no existe grupo control, de que se produzca el efecto Hawthorne¹, el efecto placebo², la regresión a la media³ y el no control de la evolución natural⁴ de la enfermedad.
<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Efecto Hawthorne</u>: respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando. 2. <u>Efecto placebo</u>: la respuesta que se produce en una persona enferma como consecuencia de la administración de un tratamiento, pero que no puede considerarse como un efecto específico del mismo. 3. <u>Regresión a la media</u>: la tendencia de los individuos que tienen un valor muy elevado de una variable a obtener valores más cercanos a la media de la distribución cuando la misma variable se mide por segunda vez o de forma repetida en el tiempo. 4. <u>Evolución natural</u>: cuando el curso habitual de una enfermedad tiende hacia su resolución, los esfuerzos terapéuticos pueden coincidir con la mejoría observada, pero no ser su causa. 	

Adaptado de: “Estudios analíticos. Estudios cuasiexperimentales”, Universitat Oberta de Catalunya, disponible en http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90_166d/web/main/m4/22f.html

En este estudio, al no haber grupo comparación, el valor obtenido tras la intervención se compara con el valor previo a ésta; es decir, la variable resultado se ha medido en los mismos individuos antes y después de la intervención *-datos emparejados-*, para determinar si hay un cambio significativo mediante la aplicación de test estadísticos clásicos en función de la distribución de los datos. Este cambio entre las medidas tomadas antes y después de la intervención se utiliza como *medida del efecto*.

3.2. ÁMBITO DEL ESTUDIO. POBLACIÓN Y MUESTRA

Por ámbito de un estudio de investigación nos referimos a la población en la cual se va a realizar el mismo, cabiendo distinguir:

Población diana

Población a la cual quisiéramos generalizar los resultados, generalmente inaccesible para el investigador.

Población de estudio, experimental o de referencia

Subconjunto de la población diana que se tiene interés en estudiar y queda acotada por los criterios de selección.

La definición de esta población permitirá evaluar la idoneidad para alcanzar el objetivo formulado, reproducir el estudio a otros investigadores y extrapolar los resultados a la población diana.

Muestra

Subconjunto de la población experimental realmente estudiada.

3.2.1. Población diana.

En nuestro caso, la población diana está constituida por las mujeres españolas que desean un IVE, a las que se generalizan los resultados.

3.2.2. Población de estudio

La población de estudio representa el conjunto de individuos que deseamos estudiar, que reúne unas características determinadas, cumple los criterios predeterminados y que es accesible al investigador. Nuestra población de estudio está constituida por las pacientes que se someten a un aborto voluntario a través del Sistema de Salud Pública de Salamanca.

La población de mujeres empadronadas en Salamanca capital y provincia durante los años 2018 y 2019, con edades comprendidas entre 15 y 44 años fue 52.562 mujeres en el año 2018 y 51.648 mujeres en el año 2019, distribuidas en quinquenios según se observa en la pirámide construida a partir de datos del Padrón (69).



Figura 9. Pirámide de población de mujeres entre 15 y 44 años de edad (grupos quinquenales) de Salamanca, 2018-2019.

Adaptado de "Población por provincias, edad (grupos quinquenales), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año", INE, accesible en <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=03002.px>.

Toda mujer en la Comunidad de Castilla y León que desee una IVE financiada tiene que acudir al Centro de Salud que le corresponda donde el profesional de

Atención Primaria le facilita información sobre el procedimiento a seguir. En primer lugar, éste debe solicitar las pruebas necesarias para confirmar el embarazo y la edad gestacional. También la paciente es informada de que sus datos identificativos serán objeto de codificación y separados de aquellos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción del embarazo. Si la mujer decide continuar con la interrupción, posteriormente, la trabajadora social del Centro de Salud tramitará la solicitud de IVE.

Una vez presentada la solicitud de IVE, la mujer debe acudir con toda la documentación a la Gerencia de Salud de Área correspondiente para que autorice el procedimiento. Desde allí le comunicarán fecha y hora de la cita para realizar la prestación en el centro que proceda. Actualmente las pacientes del Área de Salud de Salamanca tienen como centro concertado para este efecto la Clínica Ginecológica Ginemédica en la localidad de Valladolid.

Debido a que todas las mujeres que desean una IVE a través del Sistema de Salud Pública de Salamanca tienen que acudir a la ecografía de datación en la consulta de Planificación Familiar, este parece un buen lugar de captación de la muestra de estudio. Sin embargo, la participación en el estudio es voluntaria y la situación emocional en la que se encuentran estas mujeres es complicada, por lo que muchas lo declinaron.

Criterios de inclusión:

- Toda aquella mujer que aceptó y cumplimentó al menos uno de los cuestionarios.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no aceptaron entrar en el estudio.
- Mujeres que durante el proceso de IVE tuvieron un aborto espontáneo.

3.2.3. Muestra

Una parte fundamental para realizar un estudio estadístico de cualquier tipo es obtener unos resultados confiables y que puedan ser aplicables. Resulta casi imposible llevar a cabo estudios sobre toda una población por lo que la solución es hacerlo sobre una muestra.

En el año 2018 se notificaron 175 IVE en Salamanca (175/52.562), lo que representa 3'3 IVE por cada 1000 mujeres con edad comprendida entre 15 y 44 años. Del mismo modo, en el año 2019 se notificaron 204 IVE (204/51.648), que representan igualmente 3'9 IVE por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. En total, 379 IVE fueron notificadas en Salamanca durante los años 2018-2019, periodo de recogida de datos.

Para determinar la muestra representativa, se aplicó la fórmula de Sierra Bravo para poblaciones finitas (70) (número total de casos esperados N=379), bajo la hipótesis más desfavorable (p=50%, q=50%) y con un margen de error (e) del 5% (nivel de confianza o seguridad del 95%). El tamaño muestral representativo obtenido en este cálculo fue 195.

$$n = \frac{4 N (p x q)}{e^2 (N - 1) + 4 (p x q)}$$

Entre las 48 encuestas que se hicieron durante el estudio piloto y las 128 realizadas en el estudio definitivo, la muestra total de encuestas analizadas en el estudio fue de 176, número ligeramente inferior al tamaño muestral estimado (195).

Estudio piloto <i>(Marzo a Agosto 2018)</i>	Estudio definitivo <i>(Septiembre 2018 a Diciembre 2019)</i>
48 encuestas	128 encuestas
27'3 %	72'7 %
TOTAL 176 encuestas	

Estas 176 encuestas aplicadas representan aproximadamente la mitad (46'4%) de las IVE notificadas (176/379) en el periodo de tiempo que abarcó la recogida de datos.

3.3. FUENTE DE DATOS E INSTRUMENTO DE MEDIDA

Para la recogida de datos primarios se elaboró un cuestionario estructurado, autocumplimentado y codificado en base a la revisión bibliográfica exhaustiva de los instrumentos de medida previos usados en otros estudios con fines similares, con el objetivo de preservar al máximo la posibilidad de comparación de los resultados.

Como novedad se incluye el seguimiento de la paciente para conocer tanto su satisfacción con el circuito que tienen que seguir para someterse a la interrupción de la gestación, como el efecto que tiene este proceso en sus prácticas anticonceptivas. También es novedoso preguntar a este tipo de pacientes acerca de la educación que han recibido sobre sexualidad y anticoncepción, identificar la causa de rechazo de métodos hormonales, probar sus conocimientos sobre los LARCs y conocer si utilizaron en este embarazo o son usuarias frecuentes de la anticoncepción de emergencia.

Se elaboró un **primer cuestionario** (ver *Anexo I*), que se aplicó durante el *estudio piloto*, recogándose un total de 48 encuestas.

Tras los resultados de la encuesta piloto y los cambios oportunos, el **cuestionario definitivo** se compone de dos partes:

- La primera de ellas consta de 24 ítems (ver *Anexo II*) para que la paciente conteste cuando acuda a la ecografía de datación.
- La segunda parte presenta 6 preguntas (ver *Anexo III*) a rellenar en el momento que vuelva a la consulta para asesorarse sobre un mejor método anticonceptivo.

Cada cuestionario está codificado con el objeto de poder vincular ambas encuestas y contactar con la paciente en caso de que no haya entregado la segunda parte de las mismas.

En el cuestionario diseñado en base a los objetivos planteados, las variables se dividen entre cuantitativas y cualitativas como se muestra en el siguiente esquema.

Tabla 5. Clasificación de las variables recogidas en la encuesta previa y posterior a la IVE.

ENCUESTA PREVIA A LA IVE	ENCUESTA POSTERIOR A LA IVE
Cuantitativas:	Cuantitativas:
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Hijos previos • Parejas sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad de trámites
Cualitativas o categóricas:	Cualitativas:
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de estudios terminado • Ocupación • Convivencia • Ingresos económicos mensuales • País de nacimiento • MAC que utiliza • Causa de rechazo de métodos hormonales • Lugar de información sobre MAC • Actitud cuando no dispone de MAC • Influencia del alcohol en el uso del MAC • Nivel de educación sobre sexualidad y MAC • Adecuación de la información recibida • Conocimiento sobre los LARCs • Valoración de los LARCs como opción personal • Edad de comienzo de relaciones sexuales agrupadas • Causa de este embarazo • Uso de anticoncepción de emergencia en este embarazo • Uso de anticoncepción de emergencia en ocasiones previas • Causa de solicitud de IVE • Interrupciones previas agrupadas en 0, 1, 2 y más de 2. • Apoyo recibido 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación por el desplazamiento a Valladolid • Afectación psicológica • Realización de revisión posterior • Cambio de MAC de mayor eficacia • Aspectos a mejorar en el proceso

La principal diferencia entre el estudio piloto y el definitivo radica en que éste, junto con la encuesta previa a la IVE, se pide el teléfono si la mujer accede a que se le contacte para realizar el test de satisfacción tras la interrupción. Al recoger ahora información de carácter personal y dejar de ser la encuesta anónima, aunque

continuaba estando codificada, se elaboró una hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado asegurando la confidencialidad según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 abril de 2016 de Protección de Datos (Reglamento General de Protección de Datos). Este documento (*Anexo IV*) fue aprobado por el Comité de Ética y del Medicamento de Salamanca y se entregaba junto a cada uno de los cuestionarios. Si la paciente accedía a dar su teléfono lo firmaba y quedaba con una copia junto a la encuesta posterior a la IVE.

Otras modificaciones que se llevaron a cabo para el estudio definitivo fueron:

- La edad dejó de recogerse de forma agrupada para ser una variable cuantitativa.
- En el nivel de estudios terminado se añadió la categoría de “educación primaria o sin estudios” y se agrupó “Educación Secundaria Obligatoria”, “Bachiller” y “Formación profesional” en una sola categoría.
- Se sustituyó el ítem del estado civil por si vivía sola o en pareja.
- En lugar de preguntar por el nivel económico se introdujo la variable de “ingresos agrupados según el salario mínimo interprofesional” (cuantía retributiva mínima que recibe un trabajador por la jornada legal de trabajo) vigente en 2018 (735’9€).
- Se añadió el ítem de “hijos previos”.
- Se añadió la variable cualitativa de la causa de rechazo de métodos hormonales.
- El número de parejas pasó a recogerse de forma cuantitativa.
- En el estudio piloto se preguntaba si habían recibido algún tipo de información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. En el definitivo se amplió este ítem para saber en qué ámbito había tenido lugar esta formación en caso de respuesta afirmativa.

- Se creó una nueva variable para saber su opinión sobre si esta información había sido suficiente o no.
- Se añadió el ítem de si valoraban los LARCs como una opción en su caso.
- En la pregunta sobre la causa de este embarazo, se incluyó la opción de que no supieran cuál había sido el fallo del método anticonceptivo.
- En la encuesta posterior al aborto se incluyó un nuevo ítem para preguntar por posibles aspectos a mejorar en todo el proceso.

3.4. TRABAJO DE CAMPO: RECOGIDA DE LOS DATOS

Estudio piloto: comenzó en marzo de 2018, al realizar mi rotación en la consulta de planificación familiar dentro del plan de formación Médico Interno Residente (MIR) de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

La encuesta previa a la IVE se aplicó a 48 mujeres y la posterior a otras 10. Este periodo nos permitió un análisis preliminar del instrumento de medida (orden de los ítems, redacción, comprensión, terminología, errores existentes, duración media de la cumplimentación, ...), así como valorar la acogida por parte de sus destinatarias, las mujeres que se disponían a solicitar una IVE. El objetivo fue conseguir un formulario para obtener la información que deseábamos de forma clara y concisa sin que ellas vieran atacada su intimidad, al mismo tiempo que mostrar nuestra preocupación e interés por su estabilidad física, psíquica y emocional.

Una vez hechas las modificaciones oportunas, corregidos los errores y deficiencias, se configuró el cuestionario definitivo.

Estudio principal: Desde septiembre de 2018 hasta diciembre de 2019 se recogieron las encuestas definitivas, en total, 128. En el estudio piloto, vimos que la mayoría de las pacientes no volvían a planificación y las que lo hacían no aportaban la segunda parte del cuestionario. Si se les entregaba un nuevo formulario, ya no existía el código de relación de ambos documentos. Para no perder esta información, en el estudio definitivo se incluyó la petición de un teléfono de contacto en el primer

cuestionario para poder completar la encuesta si daban su consentimiento. Ambos documentos eran entregados cuando llegaban a la ecografía explicándoles el procedimiento de forma oral y escrita, y promoviendo así su asesoramiento en anticoncepción por parte de personal sanitario, en este caso ginecólogos.

Tras realizar la ecografía de datación, la mujer debía acudir a la Gerencia de Salud de Área con toda la documentación para que autorizaran el procedimiento. Si todo estaba correcto, procedían a citarla en la Clínica Privada concertada en Valladolid para realizar la interrupción de embarazo. En la fecha acordada, debía acudir allí por sus propios medios, someterse al tratamiento (quirúrgico en la mayoría de los casos), y volver a Salamanca horas después.

Entre 2 y 3 meses tras la recogida del primer cuestionario, se contactó con las pacientes de las que se disponía de datos telefónicos. No se pudo recabar la información posterior a la interrupción de todas ellas, puesto que algunas no respondieron a la llamada y otras no accedieron a contestar la encuesta. Durante el estudio definitivo, se recogieron un total de 70 cuestionarios posteriormente a la IVE, lo que representa un 54'7% de participación y respuesta (70/128). Por lo tanto, se ha producido un 45% de pérdidas de seguimiento, lo que se traduce en 58 individuos o unidades muestrales que no acudieron a su cita de seguimiento post-IVE. Insistir en este punto que, la variable resultado ha sido medida en las mismas 70 mujeres antes y después de la intervención –*datos emparejados*- para determinar si se produjo un cambio significativo.

3.5. ANÁLISIS DE DATOS

La recogida de datos y análisis de los resultados se han realizado mediante la utilización del programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 26.0. El tratamiento estadístico consistió:

1º En primer lugar, se ha realizado un **estudio descriptivo de distribución de frecuencias** de todas las variables: **Análisis Univariante**.

- Los resultados cualitativos o categóricos se expresan en forma de *frecuencias absolutas y relativas (%)*.
- Los resultados cuantitativos se presentan como media y mediana (*medidas de tendencia central*), acompañadas de las correspondientes *medidas de dispersión*: desviación estándar (DS) y rango intercuartil (RIQ, Q3-Q1), respectivamente; además, se incluye el rango o amplitud de la muestra (Rg, Vmáx-Vmin).

2º En segundo lugar, se ha llevado a cabo un **estudio de asociación entre variables: Análisis Bivariante y Multivariante.**

- La fuerza de asociación entre dos variables cualitativas o categóricas se midió con el estadístico de contraste *Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)* (permite comparar proporciones o porcentajes) y la estimación de la *Odds Ratio (OR)*, que se acompaña del correspondiente *Intervalo de Confianza (IC)* del 95% para la OR, que analiza la precisión del análisis.
- Para comparar medias entre dos grupos (variables cuantitativas) se aplicaron la prueba *t de Student* (distribución normal) y *U de Mann-Whitney* (ausencia de normalidad).
- Para comparar diferentes medidas (variables continuas y categóricas) pre-intervención o post-intervención se empleó el *test de ANOVA* (distribución normal).
- Para ajustar modelos entre una variable dependiente y más de una variable independiente, al tratarse de variables cualitativas mayoritariamente, hemos aplicado *Modelos de Regresión Logística*.
- El nivel de significación estadística (error) asumido por los investigadores ha sido el 5% (*Grado de Significación Estadístico, $p < 0,05$*).

En este estudio, la mayoría de las variables analizadas son categóricas y las variables cuantitativas edad y número de IVE han sido recodificadas y categorizadas de

nuevo en rangos. Por lo tanto, la prueba estadística aplicada en mayor medida para estimar un cambio en la proporción ha sido la *Chi-cuadrado*.

El estudio de asociación entre las variables incluidas en el cuestionario previo se ha realizado sobre la muestra total; sin embargo, el análisis pre-post solo se ha podido realizar sobre el 55% de la muestra, es decir, las 70 pacientes que acudieron a la cita de seguimiento posterior a la IVE y respondieron al cuestionario, permitiendo emparejar los datos y medir las variables antes y después en las mismas unidades muestrales.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Área de Salud de Salamanca, con código PI 2018 08 103.

4. Resultados

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

A continuación, se presentan las principales variables recogidas que nos permiten caracterizar la muestra de pacientes objeto de estudio (Tabla 6).

Tabla 6. Variables sociodemográficas recogidas en el estudio.

Variable	Categorías	E. piloto (48)	E. definitivo (128)	TOTAL (176)
		Frec. (%)	Frec. (%)	Frec. (%)
Edad	15-19 años	9 (18'8)	19 (14'8)	28 (15'9)
	20-25 años	18 (37'5)	45 (35'2)	63 (35'7)
	26-30 años	11 (22'9)	28 (21'9)	39 (22'2)
	>30 años	10 (20'8)	35 (27'3)	45 (25'6)
	Perdidos	-	1 (0'8)	1 (0'6)
Nivel de estudios	Primarios	4 (8'3)	24 (18'7)	28 (15'9)
	Secundarios	30 (62'5)	76 (59'4)	106 (60'2)
	Universitarios	14 (29'2)	26 (20'3)	40 (22'8)
	Perdidos	-	2 (1'6)	2 (1'1)
Ocupación	Estudiante	20 (41'7)	34 (26'6)	54 (30'7)
	Trabajadora por cuenta ajena	11 (29'2)	44 (34'4)	55 (31'3)
	En paro	13 (27'1)	24 (18'8)	37 (21)
	Ama de casa	3 (6'3)	17 (13'3)	20 (11'4)
	Trabajadora autónoma	1 (2'1)	7 (5'5)	8 (4'5)
	Perdidos	1 (2'1)	5 (3'9)	6 (3'4)
Domicilio	Sola	39 (81'3)	70 (54'7)	109 (61'9)
	En pareja	7 (14'5)	46 (35'9)	53 (30'1)
	Con padres	-	7 (5'5)	7 (4)
	Perdidos	2 (4'2)	5 (3'9)	7 (4)
Ingresos económicos mensuales	<736€	26 (54'2)	87 (68)	113 (64'2)
	737-1500€	20 (41'6)	36 (28'1)	56 (31'9)
	>1500€	-	5 (3'9)	5 (2'8)
	Perdidos	2 (4'2)	-	2 (1'1)
País de nacimiento	España	35 (72'9)	107 (83'6)	142 (80'7)
	Otro	11 (22'9)	21 (16'4)	32 (18'2)
	Perdidos	2 (4'2)	-	2 (1'1)
Número de hijos	0	-	81 (63'3)	81 (46)
	1	-	23 (17'9)	23 (13)
	2	-	17 (13'3)	17 (9'7)
	3	-	6 (4'7)	6 (3'4)
	5	-	1 (0'8)	1 (0'6)
	Perdidos	-	-	48 (27'3)

Las diferencias en los ítems “nivel de estudios”, “domicilio” e “ingresos económicos” entre el estudio piloto y el definitivo, se han agrupado según el segundo caso para poder comparar los resultados en esta tabla. En el ítem “ocupación” existieron respuestas dobles tanto en el estudio piloto (1 caso) como en el definitivo (4 casos, uno de ellos con respuesta triple). La categoría de “domicilio con los padres” no estaba incluida en el estudio definitivo, pero al especificarla varias mujeres, se creó para el procesamiento de los datos.

Los siguientes comentarios se refieren a la muestra total objeto de estudio.

4.1.1 - Edad

La edad *media* de las pacientes fue de 27 años ($\pm 6'9$ DS), siendo la *mediana* de 25 años (RIQ = 31-21). La *amplitud* o *rango* de la muestra se sitúa entre una edad mínima de 16 años y máxima de 44 años (*Figura 10*).

El grupo más frecuente de edad fue entre 20 y 25 años (35'7%), seguido del de mayores de 30 años (25'6%).

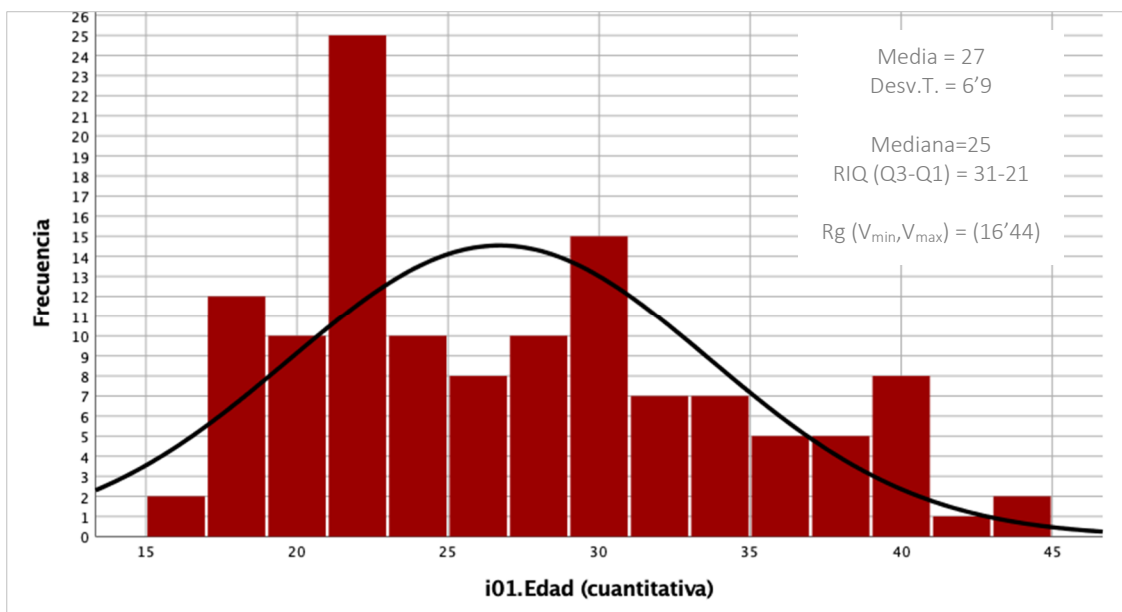


Figura 10. Distribución de la muestra objeto de estudio según la edad.

4.1.2 - Nivel de estudios

La mayoría de las mujeres entrevistadas (106) había cursado estudios secundarios/bachiller/FP (60'2%) (Figura 11).

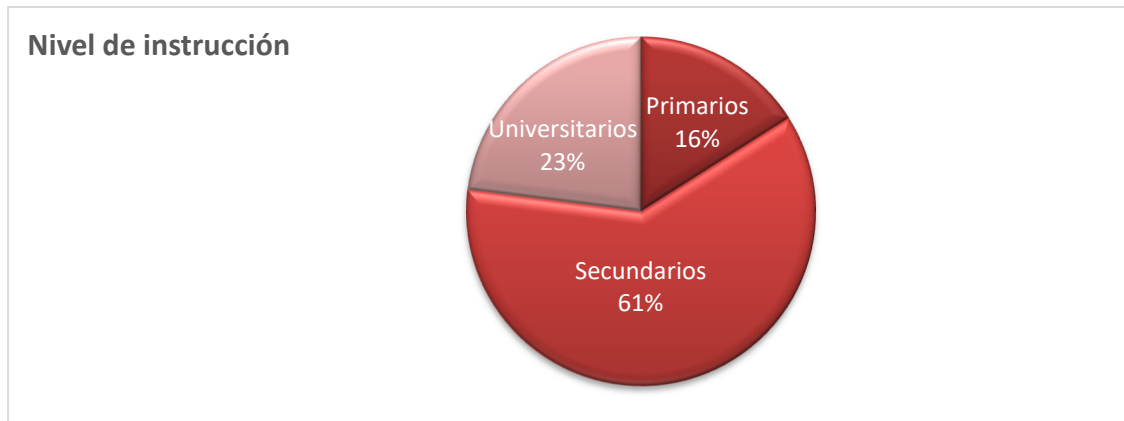


Figura 11. Distribución porcentual del nivel de instrucción de las pacientes.

4.1.3 - Ocupación, domicilio y nivel económico

Un 30'7% de las mujeres que solicitaban una IVE eran estudiantes y un 35'8% estaban trabajando. La mayor parte de ellas vivían solas (61'9%) y referían un nivel económico bajo (64'2%) (Figura 12).

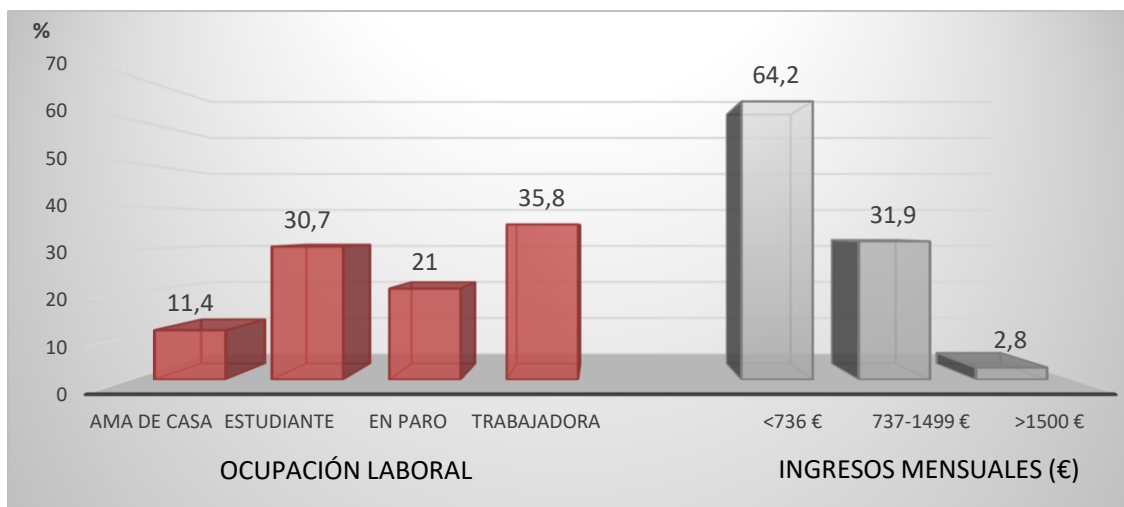


Figura 12. Principales variables socioeconómicas analizadas.

4.1.4 - Nacionalidad

El 80'7% de las mujeres eran españolas, mientras 32 (18'2%) procedían de otros países (*Figura 13*), principalmente del continente americano (20 mujeres).

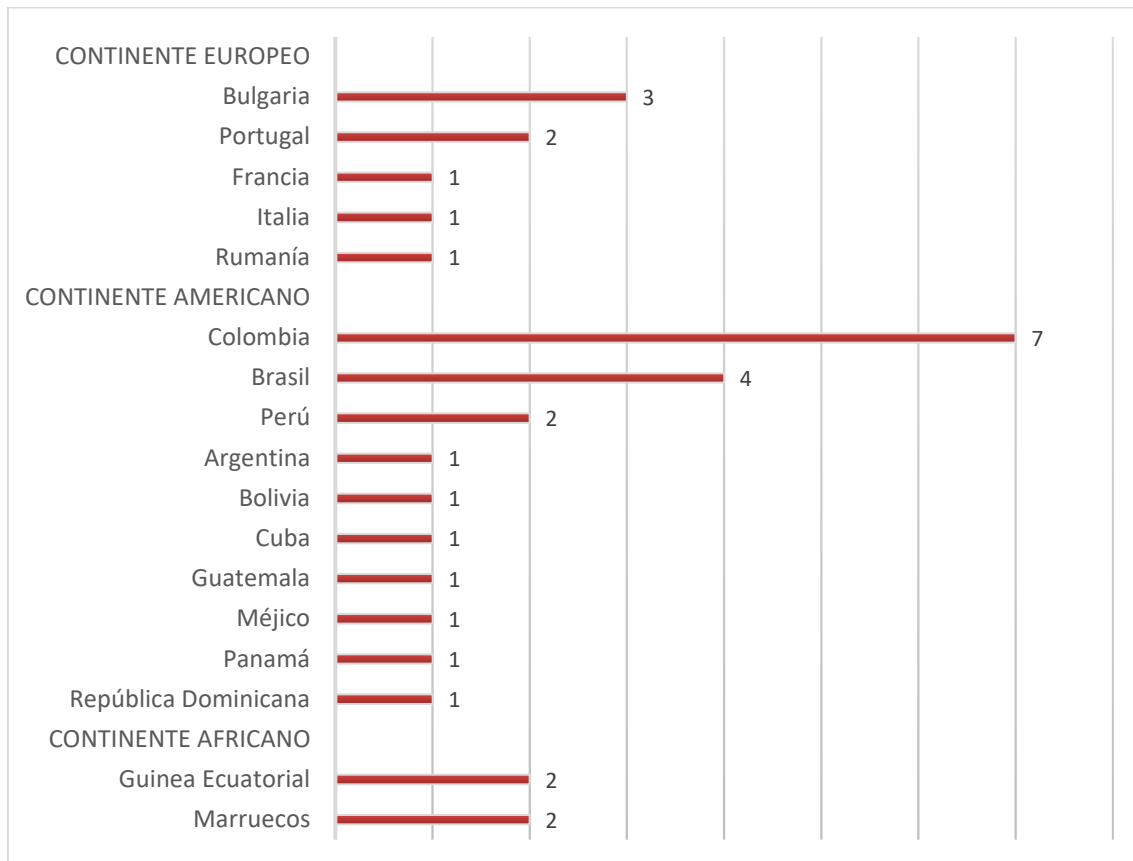


Figura 13. Otras nacionalidades.

4.1.5 - Número de hijos

La mayor parte de las pacientes que participaron en el estudio definitivo no tenían ningún hijo (63'3%) y un 17'9% de ellas habían tenido uno (en el proyecto piloto no se recogió esta variable).

4.2. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO PREVIO A LA IVE

A continuación, en la *tabla 7*, se presentan los recuentos de frecuencias de cada una de las variables incluidas en el cuestionario previo, tanto en el estudio piloto, como en el definitivo. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en la tendencia de respuesta (distribución porcentual, %) de cada uno de los ítems incluidos en el cuestionario previo a la IVE entre ambos momentos del estudio.

Tabla 7. Resultados globales del cuestionario previo a la IVE.

Variable	Categorías	E. piloto (48)	E. definitivo (128)	TOTAL (176)
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				
		Frec. (%)	Frec. (%)	Frec. (%)
Método anticonceptivo	Preservativo	26 (54'1)	53 (41'4)	79 (44'9)
	Píldora	10 (20'8)	27 (21'1)	37 (21)
	Iny.*/DIU/Implante	-	3 (2'3)	3 (1'7)
	Marcha atrás	2 (4'2)	7 (5'5)	9 (5'1)
	Anillo/Parche	1 (2'1)	2 (1'6)	3 (1'7)
	Ninguno	6 (12'5)	20 (15'6)	26 (14'8)
	Preserv + marcha atrás/nada	2 (4'2)	9 (7)	11 (6'3)
	Preserv + píldora	1 (2'1)	6 (4'7)	7 (3'9)
	Perdidos	-	1 (0'8)	1 (0'6)
Motivo para rechazar métodos hormonales	Efectos secundarios		49/107 (45'8)	49 (27'8)
	Dificultad uso		4/107 (3'7)	4 (2'3)
	Baja posibilidad embarazo		2/107 (1'9)	2 (1'1)
	Falta de información		18/107 (16'8)	18 (10'2)
	Contraindicados		8/107 (7'5)	8 (4'5)
	Perdidos		26/107 (24'3)	26 (14'8)
Información del método anticonceptivo	Amigos	5 (10'4)	11 (8'6)	16 (9'1)
	Internet	6 (12'5)	6 (4'7)	12 (6'8)
	Médico AP**	11 (22'9)	32 (25)	43 (24'4)
	Matrona	11 (22'9)	31 (24'2)	42 (23'9)
	Ginecólogo	15 (31'3)	26 (20'3)	41 (23'3)
	Otro	7 (14'6)	17 (13'3)	24 (13'6)
	Amigos e internet	1 (2'1)	9 (7)	10 (5'7)
	Perdidos	1 (2'1)	7 (5'5)	8 (4'5)
Si no disponen de método anticonceptivo...	Marcha atrás	18 (37'5)	47 (36'7)	65 (36'9)
	Compra preservativo	9 (18'8)	43 (33'6)	52 (29'5)
	Abstinencia	11 (22'9)	21 (16'4)	31 (17'6)
	Píldora día después	4 (8'3)	16 (12'5)	20 (11'4)
	Confío no quedarme	6 (12'5)	12 (9'4)	18 (10'2)

		Perdidos	2 (4'2)	4 (3'1)	6 (3'4)
Alcohol,	Sí		7 (14'6)	20 (15'7)	27 (15'3)
uso menor	No		37 (77'1)	83 (64'8)	120 (68'2)
preservati	A veces		3 (6'2)	16 (12'5)	19 (10'8)
o		Perdidos	1 (2'1)	9 (7)	10 (5'7)
SALUD REPRODUCTIVA					
Edad inicio	10-13 años		-	3 (2'3)	3 (1'7)
relaciones	14-17 años		28 (58'3)	72 (56'3)	100 (56'8)
	> 18 años		13 (27'1)	46 (35'9)	59 (33'5)
		Perdidos	7 (14'6)	7 (5'5)	14 (8)
Nº parejas	Menos de 2		13 (27'1)	29 (22'7)	42 (23'9)
sexuales	2 a 5		22 (45'9)	68 (53'1)	90 (51'1)
	Más de 5		10 (20'8)	19 (14'8)	29 (16'5)
		Perdidos	3 (6'2)	12 (9'4)	15 (8'5)
Información	Sí		33 (68'7)	103 (80'5)	136 (77'3)
sexualidad	No		9 (18'8)	22 (17'2)	31 (17'6)
		Perdidos	6 (12'5)	3 (2'3)	9 (5'1)
	Suficiente		-	73 (57)	73 (41'5)
	Insuficiente		-	48 (37'5)	48 (27'3)
		Perdidos	-	7 (5'5)	55 (31'2)
	Entorno familiar		-	13 (10'2)	13 (7'3)
	Entorno académico		-	64 (50)	64 (36'2)
	Ambos		-	26 (20'3)	27 (15'2)
		Perdidos	-	25 (19'5)	73 (41'3)
Conoce los	No		28 (58'3)	79 (61'7)	107 (60'8)
LARCs	Le suena		10 (20'8)	26 (20'3)	36 (20'5)
	Sí, con ej. C/ Inc.		1/1 (4'2)	15/2 (13'3)	16/3 (10'8)
		Perdidos	8 (16'7)	6 (4'7)	14 (7'9)
	Opción para ella		-	45 (35'2)	45 (25'6)
	No para ella		-	16 (12'5)	16 (9'1)
		Perdidos	-	67 (52'3)	115 (65'3)
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO					
Causa embarazo	No usar método		13 (27'1)	44 (34'4)	57 (32'4)
	Mal uso método		26 (54'1)	36 (28'1)	62 (35'2)
	No sé cuál		-	41 (32)	41 (23'3)
		Perdidos	9 (18'8)	7 (5'5)	16 (9'1)
AU en embarazo	No		35 (72'9)	109 (85'1)	144 (81'8)
actual	Sí, primeras 24h		2 (4'2)	8 (6'3)	10 (5'7)
	Sí, <24h		4 (8'3)	3 (2'3)	7 (4)
		Perdidos	7 (14'6)	8 (6'3)	15 (8'5)
AU en otras	No		31 (64'5)	60 (46'8)	91 (51'8)
ocasiones	1 vez		9 (18'8)	40 (31'2)	49 (27'8)
	Más de 1 vez		1 (2'1)	20 (15'7)	21 (11'9)
		Perdidos	7 (14'6)	8 (6'3)	15 (8'5)

Causa IVE	Demasiado joven	16 (33'3)	42 (32'8)	58 (32'9)	
	Economía	18 (37'5)	66 (51'6)	84 (47'7)	
	Interrumpe desarrollo pers.	9 (18'8)	35 (27'3)	44 (25)	
	Presiones familia o pareja	2 (4'2)	12 (9'4)	14 (7'9)	
	Inestabilidad pareja	8 (16'7)	40 (31'3)	48 (27'3)	
	Más hijos	5 (20'4)	5 (3'9)	10 (5'7)	
	No desea/no quiere/miedo	-	6 (4'7)	6 (3'4)	
	Falta de apoyo	-	1 (0'8)	1 (0'6)	
	Maltrato	-	1 (0'8)	1 (0'6)	
	Edad avanzada	-	1 (0'8)	1 (0'6)	
	Embarazo de riesgo	2 (4'2)	5 (3'9)	7 (3'9)	
		Perdidos	8 (16'7)	10 (7'8)	18 (10'2)
IVE previas	No	33 (68'7)	90 (70'3)	123 (69'9)	
	Sí	8 (16'7)	29 (22'7)	37 (21)	
		Perdidos	7 (14'6)	9 (7)	16 (9'1)
	1	8 (16'7)	22 (17'2)	30 (17)	
	2	-	6 (4'7)	6 (3'4)	
	>2	-	1 (0'8)	1 (0'6)	
Apoyo	No	4 (8'3)	11 (8'6)	15 (8'5)	
	Sí	37 (77'1)	109 (85'1)	146 (83)	
		Perdidos	7 (14'6)	8 (6'3)	15 (8'5)
	Pareja	24 (50)	70 (54'7)	94 (53'4)	
	Familia	16 (33'3)	38 (29'7)	54 (30'7)	
	Amiga	12 (25)	46 (35'9)	58 (32'9)	

*Iny: inyectable. **AP: Atención Primaria. Existieron respuestas múltiples en todos los ítems de los métodos anticonceptivos excepto en la influencia del alcohol, en la causa de la IVE y en el tipo de apoyo.

4.2.1. Métodos anticonceptivos utilizados

El método anticonceptivo más comúnmente utilizado fue el preservativo (96/176), lo que representa el 54'5%, 79 (44'9%) pacientes era el único método que empleaban y 17 más lo alternaban con otros métodos; y, en segundo lugar, la píldora (44/176; 25% sola o en combinación) (Figura 14).

Llama la atención que el 14'7% (26/176) de las pacientes no utilizase ningún método de forma regular y 5 más en algunas ocasiones (total 31/176); y que un 10'2% (18/176) practicase la marcha atrás, 9 mujeres (5'1%) como único método y otras 9 (5'1%) en ocasiones.

Comentar que un 11% (19) de las pacientes no utilizaban un único método anticonceptivo, sino que alternaban o combinaban dos o más de los anteriores. Lo más frecuente fue el uso de preservativo alternado, bien con la marcha atrás y/o ningún método (11), bien con la píldora (7).

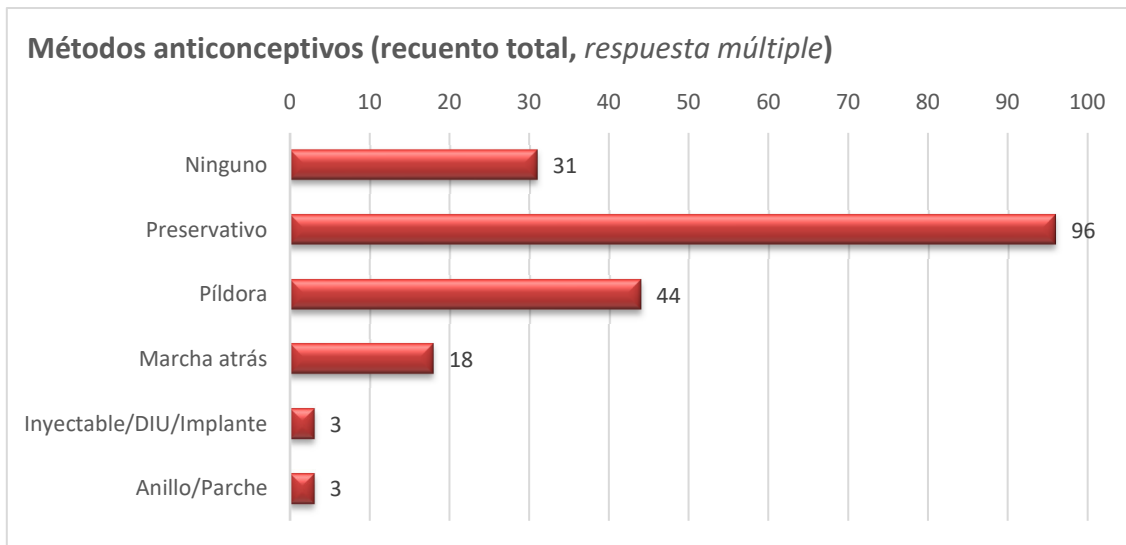


Figura 14. Tipo de métodos anticonceptivos utilizados por las pacientes del estudio expresado en número absoluto (n, respuesta múltiple) de mujeres que emplean cada uno de ellos.

Para facilitar el análisis de la muestra, las 176 pacientes se agruparon/estratificaron en dos grandes categorías según el método anticonceptivo empleado: Métodos hormonales (49 mujeres; 27'8%) vs. Métodos no hormonales & Ninguno (127 mujeres; 72'2%) (Figura 15).

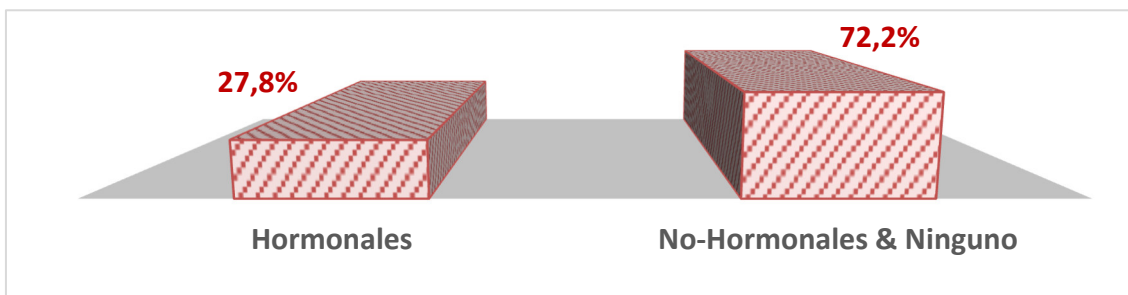


Figura 15. Distribución porcentual de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos.

4.2.2. Motivo de rechazo de los métodos hormonales.

La razón más frecuente de rechazo de los métodos hormonales fue los efectos secundarios de los mismos, hallándose en el 38'3% de la muestra del estudio definitivo. En segundo lugar, se encontró la falta de información (14'1%). Esta variable no se estudió en el estudio piloto. En el estudio definitivo se pedía la respuesta de este ítem a las mujeres que no utilizaban un MAC hormonal, que en total fueron 107 casos.

4.2.3. Fuentes de información sobre métodos anticonceptivos

La fuente de información sobre anticoncepción más frecuente fue el médico de Atención Primaria con un 24'4% de las mujeres, seguido de cerca por la matrona y el ginecólogo (23'9% y 23'3% respectivamente). Sin embargo, un 21'6% se informó a través de amigos, internet o ambos. Las mujeres que señalaron "otra" fuente de información especificaron: "familia", "cursos de educación sexual", "farmacia", "universidad" e "instituto".

4.2.4. Conocimiento sobre reproducción y planificación familiar

Según se puede observar en la *Figura 16*, el 36'9% de las mujeres utilizaban la marcha atrás cuando no disponían de método anticonceptivo, mientras que el 29'5% compraba preservativos y el 17'6% se abstenía de relaciones sexuales.

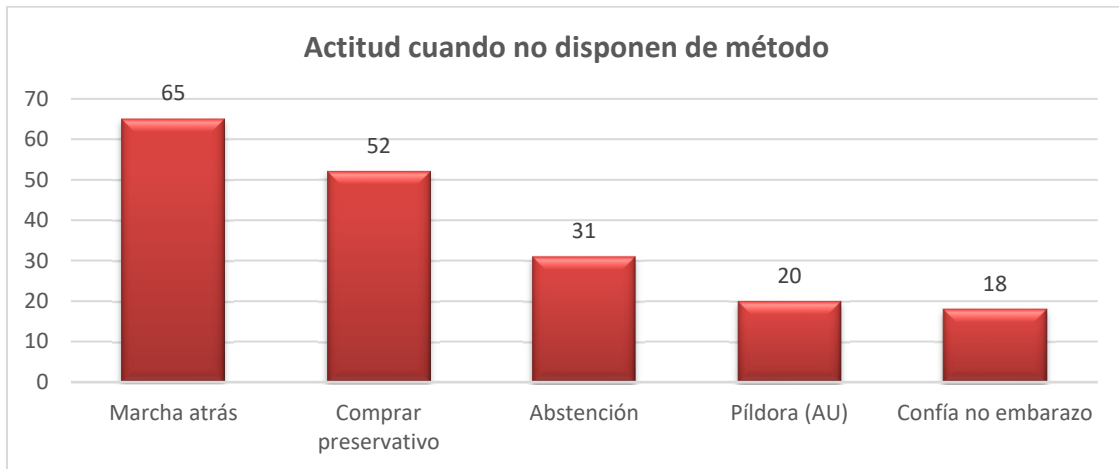


Figura 16. Actitud de las mujeres objeto de estudio cuando no disponen de método anticonceptivo. En cada columna se muestra el número total de mujeres (n) de cada grupo.

La mayoría de ellas (68'2%) dijeron que el alcohol no les hacía utilizar menos el preservativo, habían tenido entre 2 y 5 parejas sexuales (51'1%) y recibieron educación sobre sexualidad y métodos anticonceptivos (77'3%), siendo ésta principalmente en el ámbito académico (50% en el estudio definitivo). A un 57% de las mujeres de la encuesta final dicha formación les parecía suficiente. Esta variable, junto con la procedencia de la educación sexual, no estaba incluida en el estudio piloto, sino que en ese primer momento se preguntaba si habían recibido algún tipo de información en su colegio, instituto o universidad (*Anexo I*).

Un 60'8% (107/176) de las mujeres no sabían nada acerca de los LARCs y solo 19 los conocían, aunque en tres casos no supieron decir un ejemplo correcto. A pesar de esta baja tasa de conocimiento de los LARCs, un 35'2% de la muestra del estudio final los consideraba una opción en su caso.

4.2.5. Edad de inicio de las relaciones sexuales

La edad más frecuente de inicio de relaciones sexuales fue entre 14 y 17 años (56'8%), aunque cabe destacar 3 casos con inicio entre los 10 y 13 años (*Figura 17*).

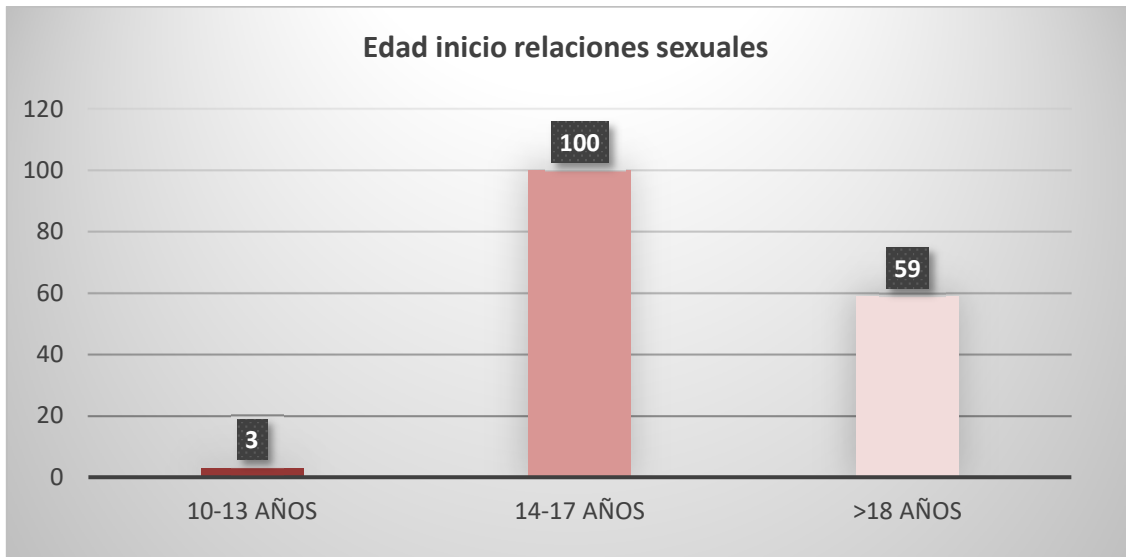


Figura 17. Edad de inicio de las relaciones sexuales. En cada columna se muestra el número total de mujeres (n) de cada grupo.

El análisis de asociación relacionado con la variable edad de inicio de relaciones sexuales (*Tabla 8*), no muestra ningún resultado estadísticamente significativo ($p > 0'05$). No obstante, comentar que el inicio de las relaciones sexuales fue más temprano entre las mujeres desempleadas (70'6%) y con ingresos económicos mensuales más bajos (65'7%).

Tabla 8. Estudio de asociación entre la variable dependiente/resultado "edad inicio relaciones sexuales" y las variables independientes sociodemográficas.

	<18 años n (%)	≥18 años n (%)	Valor-p
OCUPACIÓN			
Trabajadora	36 (59'0)	25 (41'0)	0'667
En paro	24 (70'6)	10 (28'4)	
Estudiante	30 (63'8)	17 (36'2)	
Ama de casa	9 (56'3)	7 (43'8)	
INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES			
<736 €	69 (65'7)	36 (34'3)	0'746
737-1.500 €	31 (59'6)	21 (40'4)	
>1.500 €	3 (60'0)	2 (40'0)	

4.2.6. Número de parejas sexuales

La situación más frecuente en las pacientes estudiadas fue haber tenido entre 2 y 5 parejas sexuales (51'1%) (Figura 18).

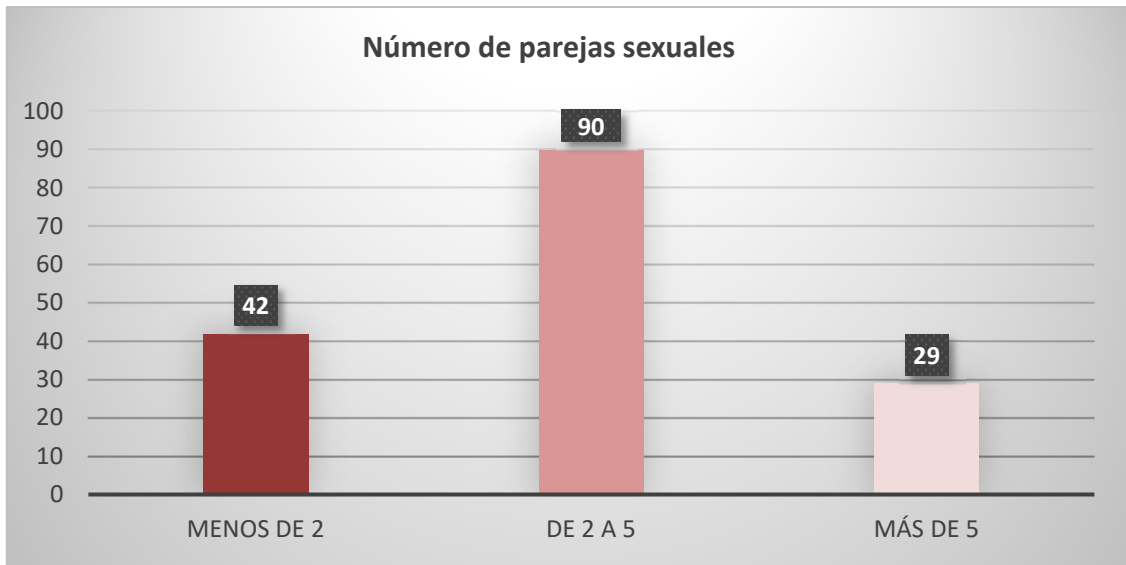
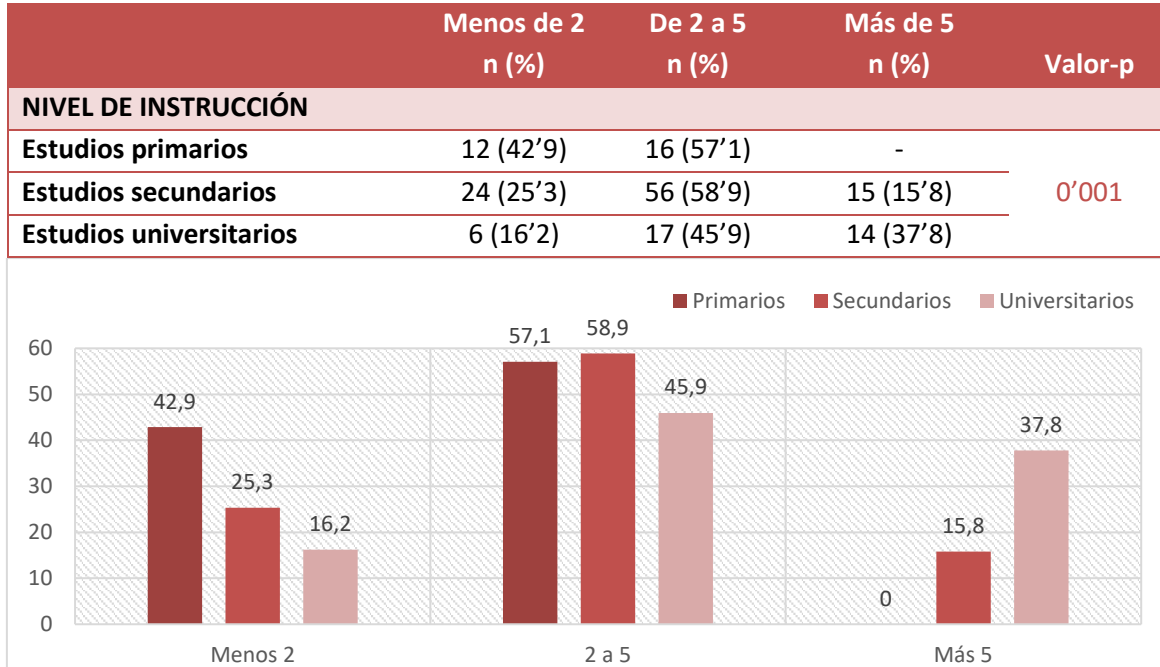


Figura 18. Número de parejas sexuales. En cada columna se muestra el número total de mujeres (n) de cada grupo.

El número de parejas fue significativamente menor cuanto más bajo era el nivel de instrucción ($p=0'001$), como puede observarse en la *Tabla 9*.

Tabla 9. Estudio de asociación entre la variable dependiente/resultado “número de parejas sexuales” y la variable independiente sociodemográfica “nivel de instrucción”.



4.2.7. Interrupción de embarazo

4.2.7.1 Causa del embarazo

Las mujeres encuestadas reconocieron como causa de embarazo en primer lugar el mal uso del método anticonceptivo (35'2%), seguido del hecho de no haber utilizado ningún método (32'4%) (Figura 19).

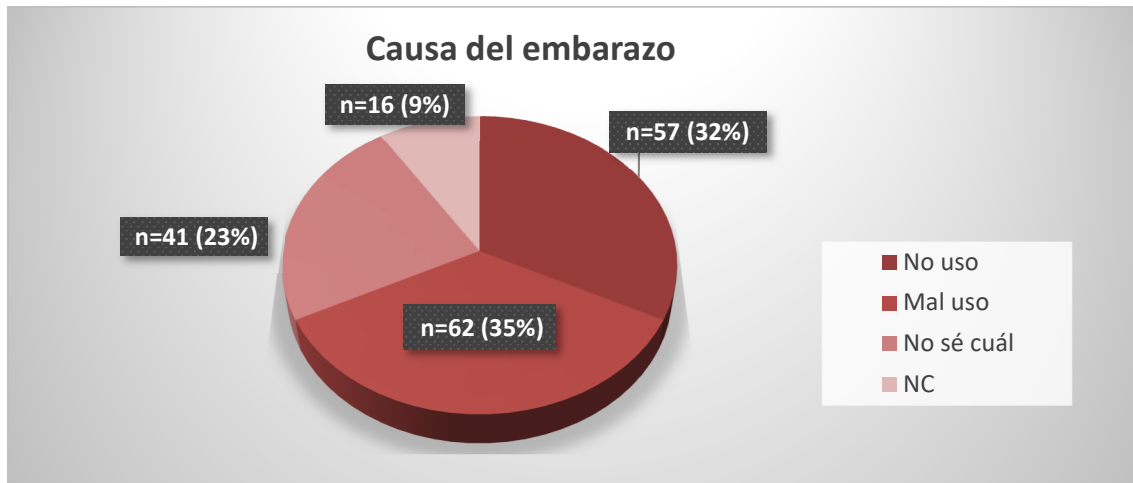


Figura 19. Causa del embarazo. Se muestra el número total de mujeres (n) de cada grupo.

También un 32% de las mujeres del estudio definitivo no sabían cuál había sido la causa del embarazo (esta respuesta no estaba incluida en la encuesta inicial). La mayoría de ellas no habían usado anticoncepción de emergencia en este embarazo (81'8%); 49 mujeres la habían utilizado en una ocasión anteriormente y 21 habían recurrido a ella repetidas veces.

El estudio de asociación muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre subgrupos de pacientes al relacionar las variables causa del embarazo y ocupación laboral ($p=0'028$). Así, son las amas de casa quienes reconocen en mayor proporción (62'5%), no usar método anticonceptivo como causa del embarazo, mientras más de la mitad (52'2%) de las mujeres estudiantes lo atribuyen al mal uso. (Tabla 10).

Tabla 10. Estudio de asociación entre la variable dependiente/resultado “causa del embarazo” y la variable independiente sociodemográfica “ocupación laboral”.

	No usar n (%)	Mal uso n (%)	Desconoce n (%)	Valor-p
OCUPACIÓN LABORAL				
Trabajadora	26 (42,6)	21 (34,4)	14 (23,0)	0,028
En paro	8 (24,2)	12 (36,4)	13 (39,4)	
Estudiante	11 (23,9)	24 (52,2)	11 (23,9)	
Ama de casa	10 (62,5)	3 (18,8)	3 (18,8)	

Categoría	Trabajadora (%)	En paro (%)	Estudiante (%)	Ama de casa (%)
No usar	42,6	24,2	23,9	62,5
Mal uso	34,4	36,4	52,2	18,8
Desconoce	23,0	39,4	23,9	18,8

4.2.7.2 Motivo para la interrupción del embarazo

El motivo más frecuente para la interrupción del embarazo fue el económico (84/176; 47,7%) y, en segundo lugar, considerarse demasiado joven para ello (58/176; 32,9%) (Figura 20).

Entre las razones marcadas como “otras” pudimos encontrar el tener ya varios hijos, no desear descendencia o considerar el embarazo de riesgo por patologías previas, medicación o pruebas radiológicas, aunque en ninguno de estos casos tuvimos conocimiento de haber realizado una valoración obstétrica y por parte del Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español (en adelante SITTE). Llama la atención un caso de maltrato y otro de edad avanzada (44 años).

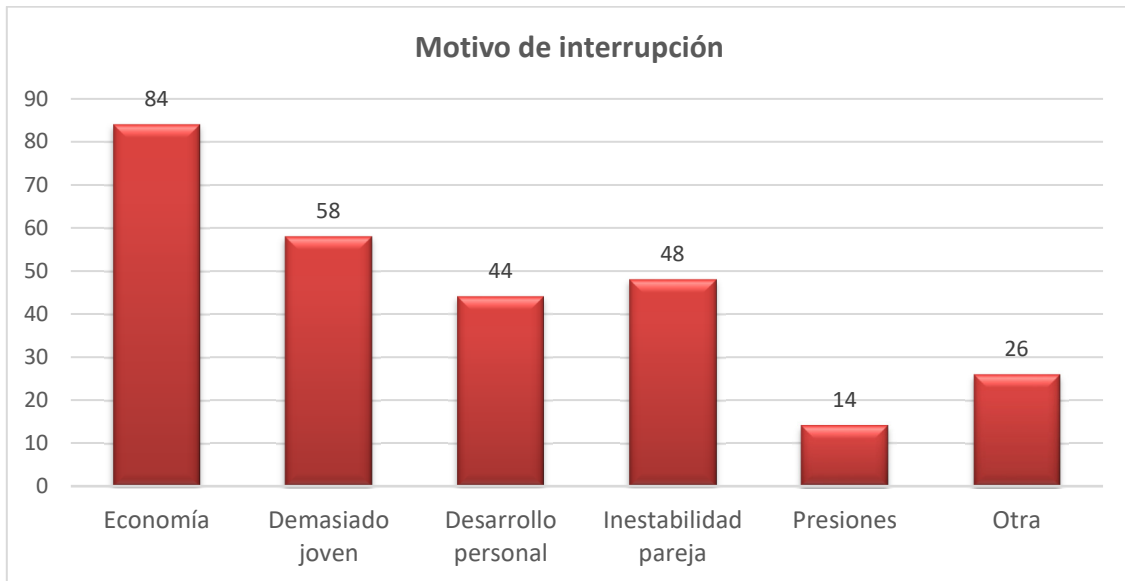


Figura 20. Motivos expresados por las pacientes para solicitar la IVE. Cada columna representa el recuento total de mujeres (n) de cada grupo.

4.2.7.3 Existencia de IVE previas

Un total de 37 mujeres entrevistadas (21%) refieren antecedentes de IVE previa; en 30 casos se trataba de una interrupción, 6 mujeres se habían sometido ya a dos interrupciones y una mujer refirió más de dos IVE anteriormente.

4.2.7.4 Apoyo sociofamiliar

El 8'5% (15) de las pacientes afirman no tener ningún apoyo o no lo han contado a nadie, mientras que el 83% (146) sí ha recibido algún tipo de apoyo sociofamiliar. El más frecuente en esta situación fue el de la pareja (94; 53'4%), que representó más de la mitad de la muestra (*Figura 21*). Curioso describir un caso en el que la paciente refirió: *"mi pareja lo sabe, pero como si no fuera con él, es solo mi problema"*.

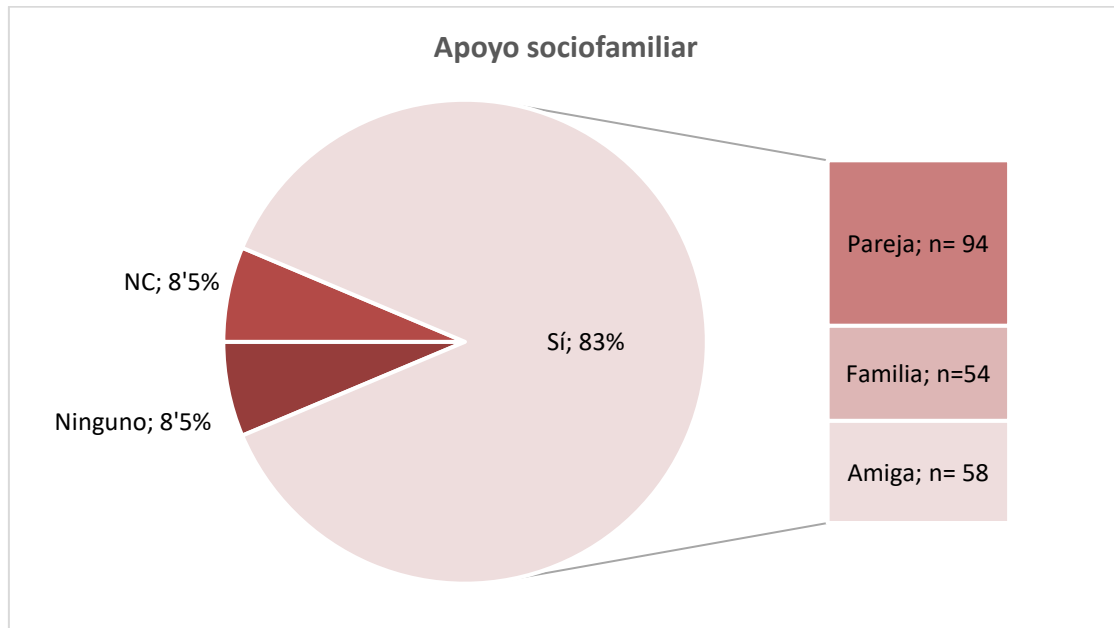


Figura 21. Tipo de apoyo con el que cuenta en el proceso de la IVE. Entre aquellas mujeres que respondieron afirmativamente, el apoyo procedía de ... (opción respuesta múltiple).

4.2.8. Análisis estratificado del cuestionario previo según edad

Entre los objetivos que nos planteamos en el estudio, se incluyó el análisis de la de la muestra estratificada respecto a la edad de las encuestadas: mujeres con edad inferior a 25 años vs. aquellas mayores de 25 años. Se presenta a continuación (*Tabla 11*), los principales resultados obtenidos en las variables incluidas en el cuestionario previo.

Tabla 11. Análisis bivariante del cuestionario previo según la edad.

Variable	≤ 25 años n (%)	>26 años n (%)	Valor-p
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
Método anticonceptivo	(N₁=91)	(N₂=84)	
Hormonal	23 (25'3)	25 (29'8)	0'506
No-Hormonal & Ninguno	68 (74'7)	59 (70'2)	
Motivo para rechazar métodos hormonales	(N₁=42)	(N₂=37)	
Efectos secundarios	26 (61'9)	21 (56'8)	0'621
Dificultad uso	3 (7'1)	1 (2'7)	
Creo baja posibilidad embarazo	1 (2'4)	1 (2'7)	
Falta de información	9 (21'4)	9 (24'3)	
Contraindicados	3 (7'1)	5 (13'5)	
Si no disponen de método anticonceptivo...	(N₁=86)	(N₂=82)	
Marcha atrás	28 (32'5)	36 (43'9)	0'683
Comprar preservativo	28 (32'5)	24 (29'3)	
Abstención	15 (17'4)	17 (20'7)	
Píldora día después	12 (13'9)	8 (9'7)	
Confío no quedarme	10 (11'6)	8 (9'7)	
Después alcohol, usas menos preservativo...	(N₁=86)	(N₂=79)	
Sí	15 (17'4)	12 (15'2)	0'630
No	63 (73'3)	56 (70'9)	
A veces	8 (9'3)	11 (13'9)	
SALUD REPRODUCTIVA			
Edad inicio relaciones	(N₁=85)	(N₂=76)	
≤ 18 años	62 (72'9)	40 (52'6)	0'008*
> 18 años	23 (27'1)	36 (47'4)	
Nº parejas sexuales	(N₁=84)	(N₂=76)	
Menos de 2	27 (32'1)	15 (19'7)	0,075
Más de 2	57 (67'9)	61 (80'3)	
Información sexualidad	(N₁=87)	(N₂=79)	
Sí	78 (89'7)	58 (73'4)	0'007*
No	9 (10'3)	21 (26'6)	
Suficiente vs. Insuficiente	(62%) vs (38%)	(60%) vs (40%)	0'829
Entorno familiar	(8'6)	(16'7)	0'447
Entorno académico	(65'5)	(58'3)	
Ambos	(25'9)	(25'0)	
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO			
Causa embarazo	(N₁=84)	(N₂=75)	

No usar método anticonceptivo	26 (31'0)	31 (41'3)	
Mal uso método anticonceptivo	38 (45'2)	23 (30'7)	0'161
No sé cuál	20 (23'8)	21 (28'0)	
Anticoncepción de urgencia	(N₁=85)	(N₂=76)	
No	74 (87'1)	70 (92'1)	0'298
Sí	11 (12'9)	6 (7'9)	
Causa IVE	(N₁=85)	(N₂=72)	
Demasiado joven	56 (65'9)	2 (2'8)	0'000*
Economía	47 (55'3)	36 (50'0)	0'508
Interrumpe desarrollo personal	31 (36'8)	13 (18'1)	0'010*
Inestabilidad/Presiones/Falta apoyo/Maltrato	25 (29'4)	30 (41'7)	0'109
IVE previas	(N₁=84)	(N₂=74)	
No	71 (84'5)	51 (68'9)	0'020*
Sí	13 (15'5)	23 (31'1)	
Apoyo	(N₁=85)	(N₂=75)	
No	4 (4'7)	11 (14'7)	0'031*
Sí	81 (95'3)	64 (85'3)	

*Significación estadística (valor $p < 0'05$). Prueba χ^2 .

Destacar las siguientes asociaciones estadísticamente significativas:

- ◆ La edad de inicio de las relaciones sexuales disminuye significativamente entre las mujeres de la muestra, de modo que, a menor edad inicio más precoz; así, el 73% de las mujeres menores de 25 años iniciaron su actividad sexual antes de los 18 años, mientras el 47% de las mujeres mayores de 25 años iniciaron después de los 18 años [OR=2'4; IC 95%, 1'2-4'7; $p=0'008$].
- ◆ La proporción de mujeres que afirman haber recibido información sobre sexualidad es mayor entre las más jóvenes (<25 años), 90% vs. 73'4% [OR=3'1; IC 95%, 1'3-7'3; $p=0'007$].
- ◆ La práctica de IVE anteriores se duplica entre las mujeres mayores de 25 años, 31'1% vs 15'5 [OR=2'4; IC 95%, 1'1-5'3; $p=0'020$].
- ◆ Las mujeres más jóvenes (<25 años) reciben mayor apoyo, 95'3% vs 85'3% [OR=3'5; IC 95%, 1'1-11'4; $p=0'031$]. El 15% de las mujeres mayores de 25 años no tienen apoyo.

- ◆ El 66% de las mujeres menores de 25 años se consideran demasiado jóvenes para enfrentarse a un embarazo [$p < 0'001$]; así mismo, consideran en mayor porcentaje (36'5% vs. 18'1%) que el embarazo interrumpe su desarrollo personal [OR=2'6; IC 95%, 1'2-5'5; $p = 0'010$].
- ◆ A mayor edad, mayor número de parejas; así, el 80% de las mujeres mayores de 25 años de esta muestra, afirman haber tenido más de dos parejas, aunque esta asociación no sea estadísticamente significativa [OR=1'9; IC 95%, 0'9-4'0; $p = 0'075$].

4.2.9. Análisis estratificado del cuestionario previo según nacionalidad

Al obtener en la muestra una representación significativa de mujeres de procedencia no española, nos planteamos agrupar las pacientes según su nacionalidad y analizar las respuestas al cuestionario en ambos subgrupos. La *Tabla 12* muestra algunos de los resultados obtenidos en las variables incluidas en el cuestionario previo.

Tabla 12. Análisis bivariante del cuestionario previo según la nacionalidad.

Variable	Española (%)	Otras (%)	Valor-p
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
Método anticonceptivo			
No Hormonal & Ninguno	73'6	65'6	0'362
Hormonal	26'4	34'4	
Si no disponen de método anticonceptivo...			
Marcha atrás	36'1	29'0	0'214
Comprar preservativo	29'7	19'3	
Abstención	16'8	19'3	
Píldora día después	11'0	9'7	
Confío no quedarme	6'4	22'6	
Después alcohol, usas menos preservativo...			
Sí	15'4	20'0	0'284
No	71'3	76'7	
A veces	13'2	3'3	
SALUD REPRODUCTIVA			
Edad inicio relaciones			
10-13 años	0'7	7'4	0'017*
14-17 años	65'2	44'4	
> 18 años	34'1	48'1	

Variable	Española (%)	Otras (%)	Valor-p
Nº parejas sexuales			
Menos de 2	26'0	26'7	
2 a 5	54'2	62'3	0'431
Más de 5	19'8	10'0	
Información sexualidad			
Sí	82'5	76'7	
No	17'5	23'3	0'458
Suficiente vs. Insuficiente	58'8 vs. 41'2	71'4 vs. 28'6	0'281
Entorno familiar	11'2	17'6	
Entorno académico	62'9	58'8	0'761
Ambos	25'8	23'5	
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO			
Causa embarazo			
No usar método anticonceptivo	33'3	44'4	
Mal uso método anticonceptivo	38'5	37'0	0'452
No sé cuál	28'1	18'5	
Anticoncepción de urgencia			
No	90'4	85'2	
Sí	9'6	14'8	0'422
Causa IVE			
Demasiado joven	40'5	18'5	0'031*
Economía	54'2	48'1	0'566
Interrumpe desarrollo personal	30'5	14'8	0'039*
Inestabilidad/Presiones/Falta apoyo/Maltrato	33'6	44'4	0'238
IVE previas			
No	78'3	77'4	
Sí	21'7	22'6	0'918
Apoyo			
No	9'4	32'3	
Sí	90'6	67'7	0'001*

*Significación estadística (valor $p < 0'05$). Prueba χ^2 .

Las asociaciones estadísticamente significativas relacionadas con la procedencia española o extranjera de las pacientes fueron:

- ◆ Se observa entre las mujeres españolas que la edad de inicio de relaciones sexuales se sitúa en mayor proporción (65'2%) entre los 14 y 17 años, mientras entre las mujeres de otras nacionalidades se observa mayor variabilidad.

- ◆ Respecto a la causa de la IVE, las pacientes de otras nacionalidades consideran en menor proporción la juventud (18'5% vs. 40'5%; $p=0'031$) o que un embarazo interrumpa su desarrollo personal (14'8% vs. 30'5%; $p=0'039$).
- ◆ Las pacientes extranjeras recibieron apoyo en menor proporción (67'7% vs. 90'6%; $p=0'001$).

4.2.10. Análisis estratificado del cuestionario previo según el método anticonceptivo utilizado habitualmente.

La *Tabla 13* muestra los principales resultados obtenidos al relacionar el MAC utilizado habitualmente por las pacientes con otras variables recogidas en el cuestionario previo. Solo se observan diferencias significativas entre porcentajes en relación con la variable causa del embarazo, siendo las mujeres que utilizan métodos hormonales las que en mayor proporción (88'9% vs. 55'6%) atribuyen el embarazo al mal uso y desconocimiento [OR=6'4; IC 95%, 2'4-17'4; $p<0'001$].

Tabla 13. Análisis bivariante del cuestionario previo según el método anticonceptivo utilizado.

Variable	No-Hormonal & Ninguno (%)	Hormonal (%)	Valor-p
SALUD REPRODUCTIVA			
Edad inicio relaciones			
≤ 18 años	63'2	64'4	0'887
> 18 años	36'8	35'6	
Nº parejas sexuales			
Menos de 2	27'4	22'7	0'552
Más de 2	72'6	77'3	
Información sexualidad			
Sí	83'5	76'1	0'273
No	16'5	23'9	
Suficiente	62'2	57'6	0'640
Insuficiente	37'8	42'4	
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO			
Causa embarazo			
No usar método anticonceptivo	44'4	11'1	0'000*
Mal uso método anticonceptivo	34'2	48'9	
Desconocimiento	21'4	40'0	
Anticoncepción de urgencia			
No	88'9	91'1	0'679
Sí	11'1	8'9	
Causa IVE			
Demasiado joven	35'7	39'5	0'652
Economía	49'6	68'2	0'138
Interrumpe desarrollo personal	27'0	30'2	0'683
Inestabilidad/Presiones/Falta apoyo/Maltrato	34'8	37'2	0'777
IVE previas			
No	77'9	78'7	0'904
Sí	21'1	21'3	
Apoyo			
No	14'8	10'6	0'484
Sí	85'2	89'4	

*Significación estadística (valor $p < 0'05$). Prueba χ^2 .

4.3. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO POSTERIOR A LA IVE

Entre el estudio piloto y el definitivo, se recogieron en total 80 cuestionarios posteriores a la IVE (*Anexo III*). En la *tabla 14* se presentan el número de pacientes y porcentaje relativo en cada caso para cada una de las variables incluidas.

Tabla 14. Resultados globales del cuestionario posterior a la IVE.

Variable	Categorías	E. piloto (10)	E. definitivo (70)	TOTAL (80)
SATISFACCIÓN CON EL CIRCUITO		Frec. (%)	Frec. (%)	Frec. (%)
Trámites	1=fáciles ejecutar	3 (30)	32 (45'7)	35 (43'7)
	2	1 (10)	17 (24'2)	18 (22'5)
	3	5 (50)	6 (8'6)	11 (13'8)
	4	1 (10)	9 (12'9)	10 (12'5)
	5=demasiados	-	6 (8'6)	6 (7'5)
Desplazamientos	Lo prefiero así	2 (20)	11 (15'7)	13 (16'3)
	Indiferente	1 (10)	21 (30)	22 (27'5)
	Esfuerzo asumible	7 (70)	24 (34'3)	31 (38'7)
	Grandes problemas	-	8 (11'4)	8 (10)
	Preferido privada	-	6 (8'6)	6 (7'5)
Afectación psicológica	Nada, olvidado	1 (10)	18 (25'7)	19 (23'7)
	Recuerdo, no afecta	5 (50)	35 (50)	40 (50)
	Un antes y después	4 (40)	17 (24'3)	21 (26'3)
Revisión posterior	No, nadie informó	2 (20)	1 (1'4)	3 (3'8)
	No, no desplazar	1 (10)	27 (38'6)	28 (35)
	Sí, gine&eco	6 (60)	41 (58'6)	47 (58'7)
	Perdidos	1 (10)	1 (1'4)	2 (2'5)
Cambio método anticonceptivo	Sí, hormonal	7 (70)	40 (57'2)	47 (58'7)
	Sí, no hormonal	1 (10)	12 (17'1)	13 (16'3)
	Mismo, mejor uso	2 (20)	18 (25'7)	20 (25)
Aspectos a mejorar*	Ninguno		44 (62'9)	44 (55)
	Agilizar trámites		4 (5'7)	4 (5)
	Accesibilidad		11 (15'7)	11 (13'8)
	Mejorar trato		2 (2'9)	2 (2'5)
	Anestesia		3 (4'3)	3 (3'8)
	Más información		6 (8'6)	6 (7'5)
	Otros		2 (2'9)	2 (2'5)

*Opción respuesta múltiple.

A diferencia del cuestionario previo, en el posterior sí se observan diferencias en la tendencia de respuesta (distribución porcentual, %) de los ítems incluidos, entre el estudio piloto y el definitivo.

4.3.1. Satisfacción con el circuito.

4.3.1.1 Dificultad para la realización de los trámites administrativos

En el cuestionario se puntuó la dificultad de los trámites con una escala del 1 al 5, siendo el 1 la máxima facilidad y el 5 la máxima dificultad. El 43'7% (35) de las pacientes que cumplimentaron este cuestionario puntuó la dificultad de los trámites con un nivel de 1, seguido de un 22'5% (18) que la puntuó con un nivel de 2. Sólo 6 mujeres (7'5%) señalaron la mayor dificultad (nivel 5) (Figura 22).

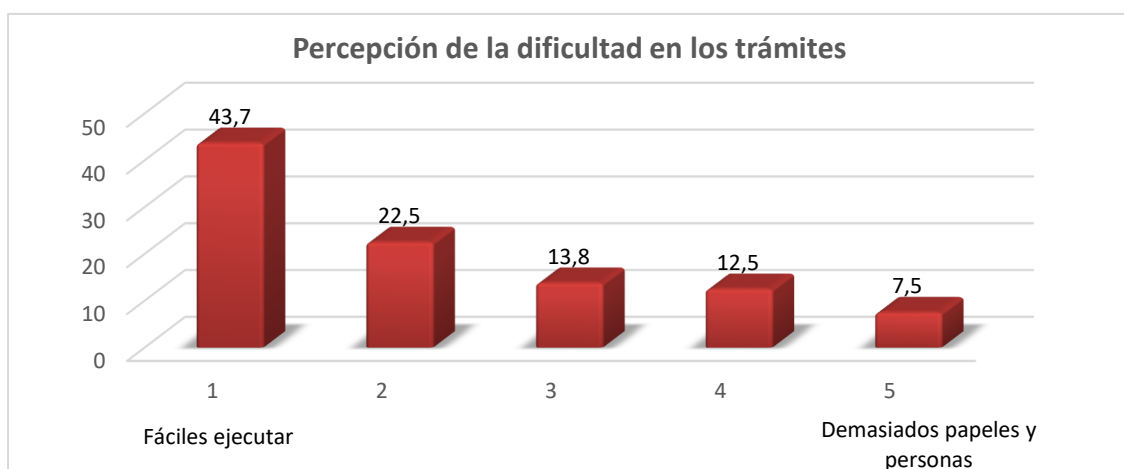


Figura 22. Distribución porcentual de la valoración de la dificultad en los trámites administrativos en el proceso de IVE.

Las pacientes con nacionalidad española puntuaron 1-2 (fáciles) en mayor proporción (78'6%), mientras que la mitad (50%) de las mujeres de otra nacionalidad consideraron mayores dificultades (puntuación 4-5) en los trámites ($p=0'011$) (Figura 23). Por otro lado, aquellas pacientes con menores ingresos mensuales referían significativamente una menor dificultad en los trámites ($p=0'028$).

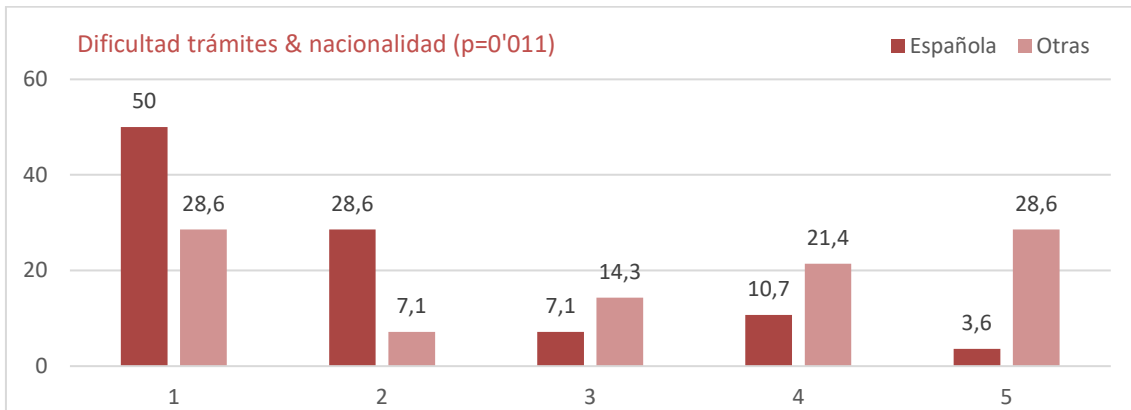


Figura 23. Asociación entre la variable nacionalidad y valoración de la dificultad en los trámites administrativos.

4.3.1.2 Dificultad para el desplazamiento a la clínica

El 38'7% indicó que el desplazamiento de Salamanca a Valladolid para la intervención le suponía un esfuerzo asumible, a un 27'5% le era indiferente y un 16'3% lo prefería así antes que hacerlo en su ciudad. En cambio, a un 17'5% le ocasionó grandes problemas y no repetiría el desplazamiento (Figura 24).

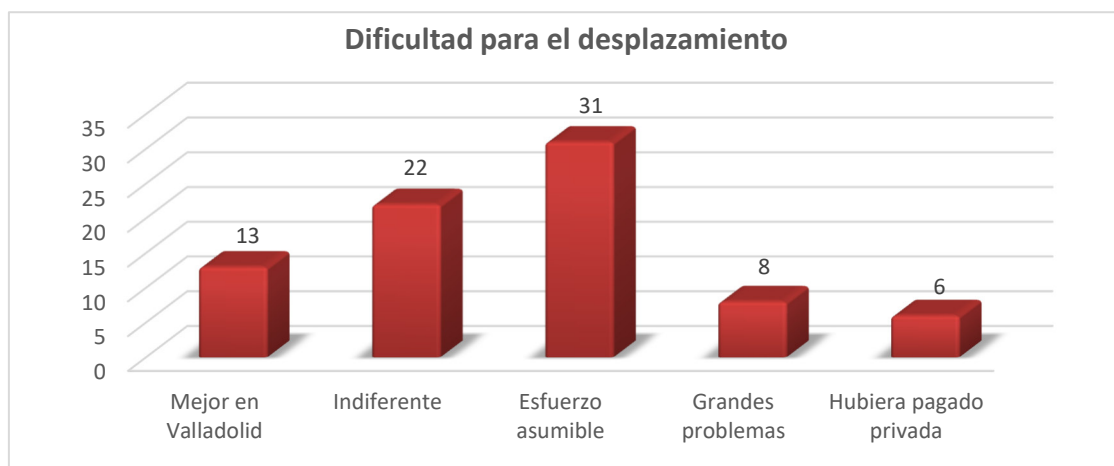


Figura 24. Valoración de la dificultad en el desplazamiento a Valladolid para la intervención. En cada columna se muestra el número total de mujeres (n) correspondientes a cada categoría.

El análisis por subgrupos de respuesta muestra diferencias significativas ($p=0'003$) según el nivel de estudios, siendo las mujeres con estudios universitarios las

que prefieren en mayor proporción una clínica privada (66'7%) y aquellas con estudios secundarios las que mayoritariamente muestran una actitud indiferente (94'7%) o lo consideran un esfuerzo asumible (58'3%) (Figura 25).

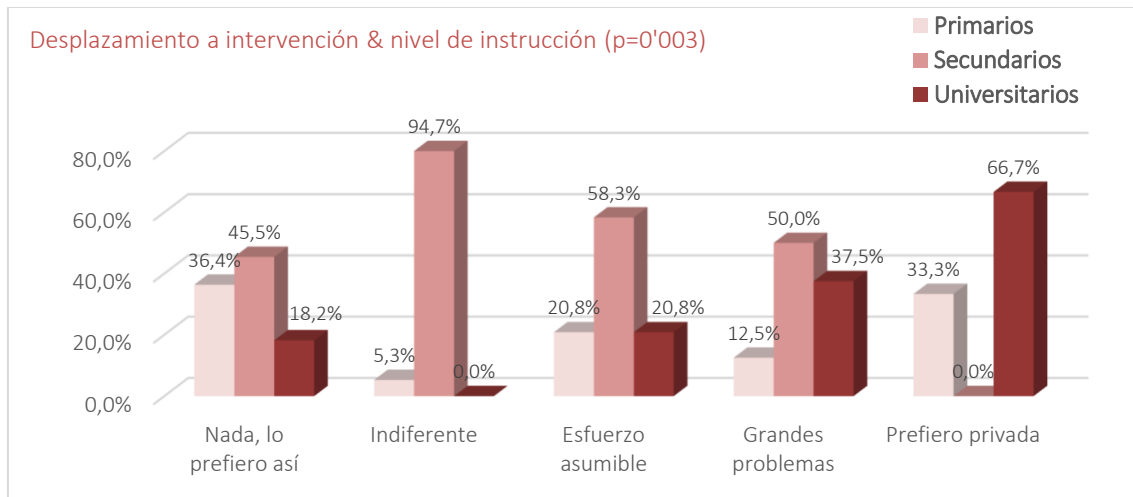


Figura 25. Asociación entre la variable dificultad para el desplazamiento y nivel de instrucción.

4.3.1.3 Afectación psicológica tras la IVE

A los 2 o 3 meses de la IVE, la mitad de las mujeres aún lo recordaban, pero no les afectaba a su vida diaria. Suponía un antes y un después en sus vidas o no les había afectado para nada psicológicamente en torno al 25% respectivamente (Figura 26).

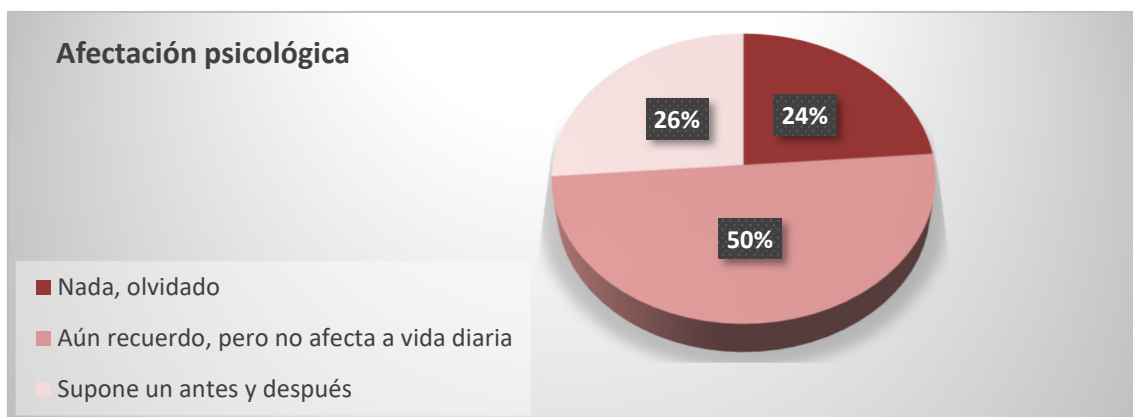


Figura 26. Afectación psicológica referida por las mujeres tras la IVE.

La distribución porcentual en los subgrupos de respuesta no muestra diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre la afectación psicológica tras la IVE y las variables sociodemográficas analizadas. Aun así, destacar que las mujeres con menos ingresos mensuales (<736 €) son las que presentan una mayor afectación psicológica (*la IVE ha supuesto un antes y después* al 76,5%) (Figura 27). Los porcentajes son similares entre las mujeres que recibieron apoyo y las que no lo tuvieron.

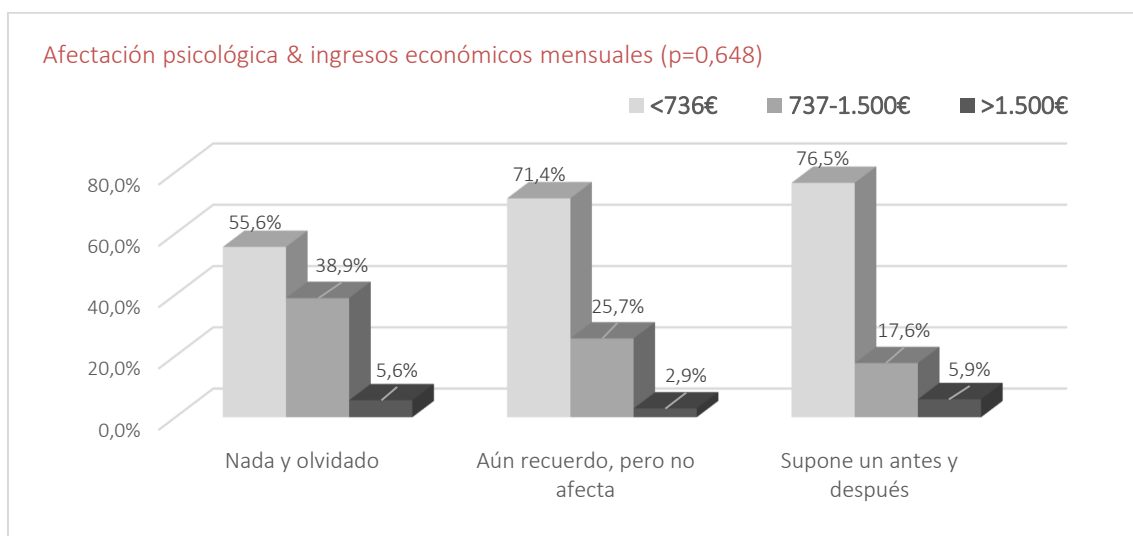


Figura 27. Estudio de asociación: distribución porcentual entre subgrupos de categorías de las variables afectación psicológica e ingresos económicos mensuales.

4.3.1.4 Realización de ecografía de control post-IVE

El 58,7% de las pacientes acudieron a la revisión ecográfica incluida por convenio con la clínica privada en Valladolid, mientras que un 35% no podía volver a desplazarse para ello. De estas 28 mujeres, la mayoría no realizaron revisión, aunque 4 pacientes la consiguieron pidiendo cita en la consulta de planificación familiar de Salamanca. Por otra parte, 3 encuestadas (3,8%) alegaron que nadie les informó de que esta prestación estaba incluida y disponible.

4.3.1.5 Modificación en el método anticonceptivo previo tras la IVE

Entre 2 y 3 meses tras el aborto, el 75% de las mujeres querían cambiar o ya lo habían hecho a un método anticonceptivo de mayor eficacia, siendo en el 58'7% de los casos hormonal. Por el contrario, un 25% seguía con el mismo método, pero refería un mejor uso excepto una mujer que expresó su deseo de no modificar la forma de utilizarlo (Figura 28).

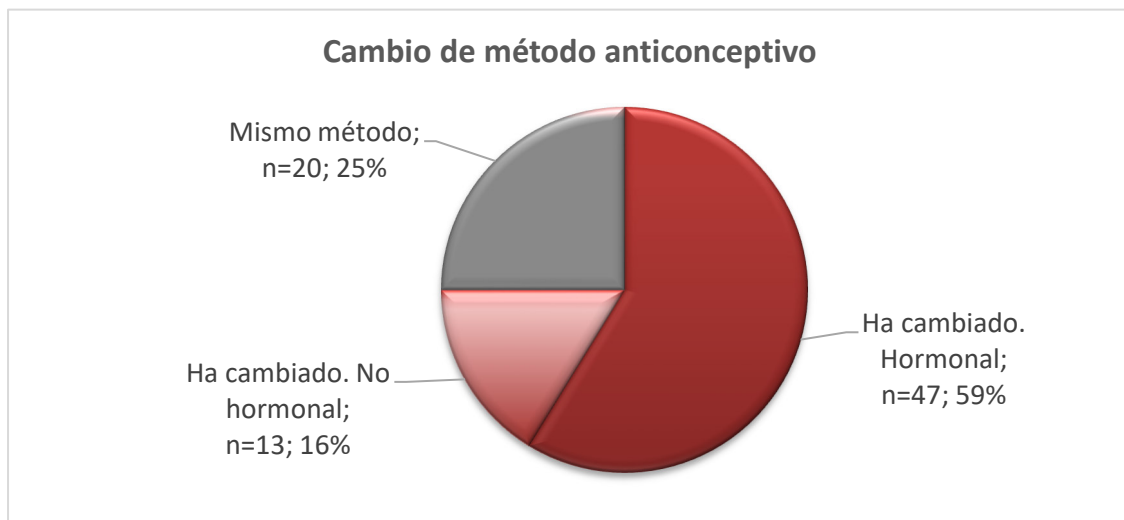


Figura 28. Intención o cambio ya realizado a un método anticonceptivo de mayor eficacia y si éste tiene mecanismo hormonal o no hormonal.

A continuación (Tabla 15), presentamos la tabla de contingencia (2x2) resultante al cruzar los datos sobre el MAC usado antes y el cambio o no tras la IVE de la submuestra constituida por las 70 pacientes que acudieron al seguimiento y cumplieron el cuestionario post-IVE, además del pre.

Tabla 15. Tabla de contingencia (2x2) con los datos del cuestionario pre y post-IVE.

	POST_HORMONAL	POST_NOH&NINGUNO	TOTAL
PRE_HORMONAL	21	3	24
	87'5%	12'5%	100'0%
	45'7%	12'5%	34'3%
PRE_NOH&NINGUNO	25	21	46
	54'3%	45'7%	100'0%
	54'3%	87'5%	65'7%
TOTAL	46	24	70
	65'7%	34'3%	100'0%
	100'0%	100'0%	100'0%

Si observamos y comparamos los datos y porcentajes totales en cada subgrupo de categorías, éstos se invierten y difieren significativamente ($p=0'006$) antes y después de la IVE (*Figura 29*).

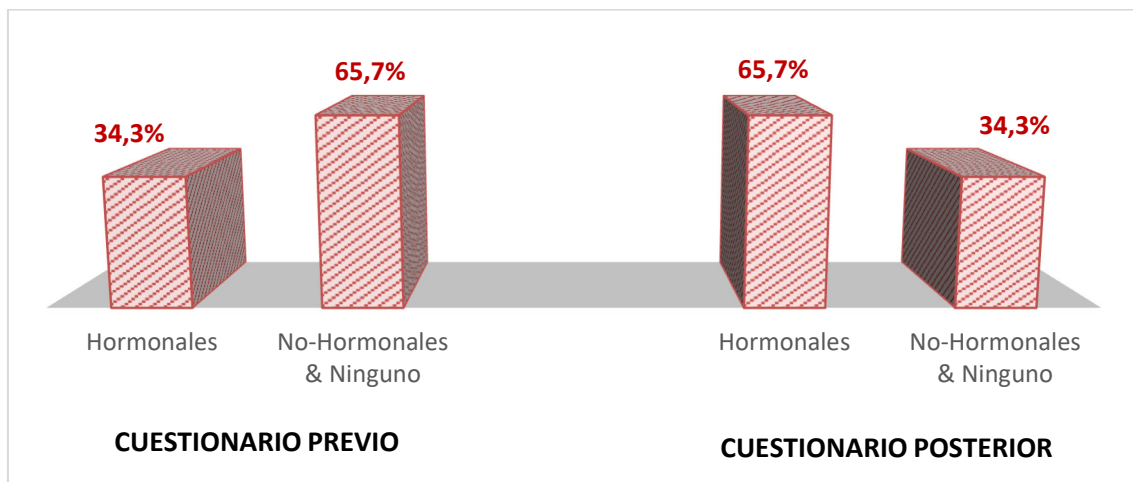


Figura 29. Métodos anticonceptivos: distribución porcentual antes y después de la IVE.

Analizando específicamente cada una de las celdas de la tabla 2x2, el 54'3% de las mujeres que utilizaban un método no hormonal y/o ninguno antes de la IVE, se cambiaron a un método hormonal de mayor eficacia tras la IVE ($OR=5'8$; IC 95%, 1'5-22'5; $p=0'006$); frente al 87'5% de las mujeres que mantienen un método hormonal antes y después de la IVE, tal y como puede observarse en la *Figura 30*.

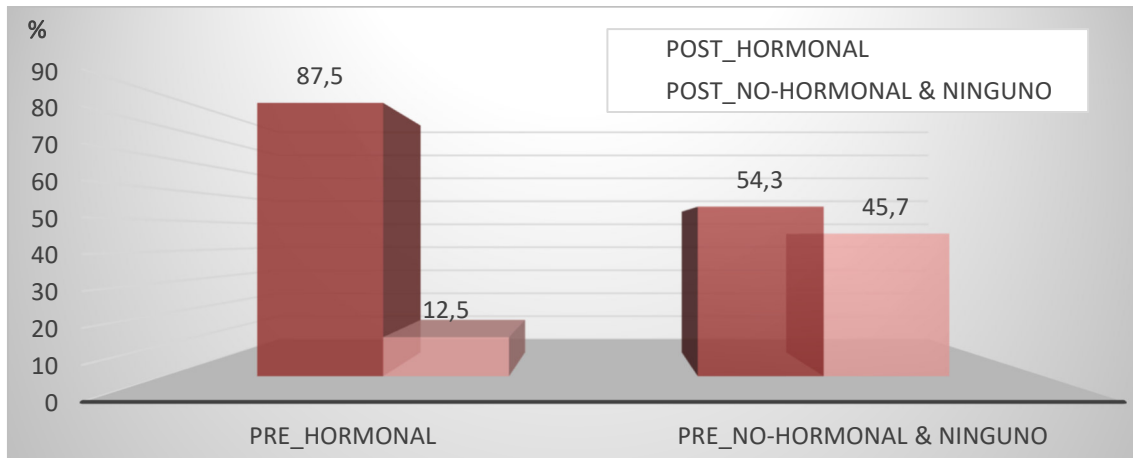


Figura 30. Estudio de asociación: distribución porcentual entre subgrupos de categorías de la variable método anticonceptivo antes y después de la IVE.

El estudio de asociación (Figura 31) no mostró diferencias significativas entre las variables sociodemográficas analizadas y el cambio de método anticonceptivo tras la IVE, aunque se observa que las mujeres con menos ingresos económicos mensuales son las que en mayor porcentaje cambiaron a un método hormonal (75%).

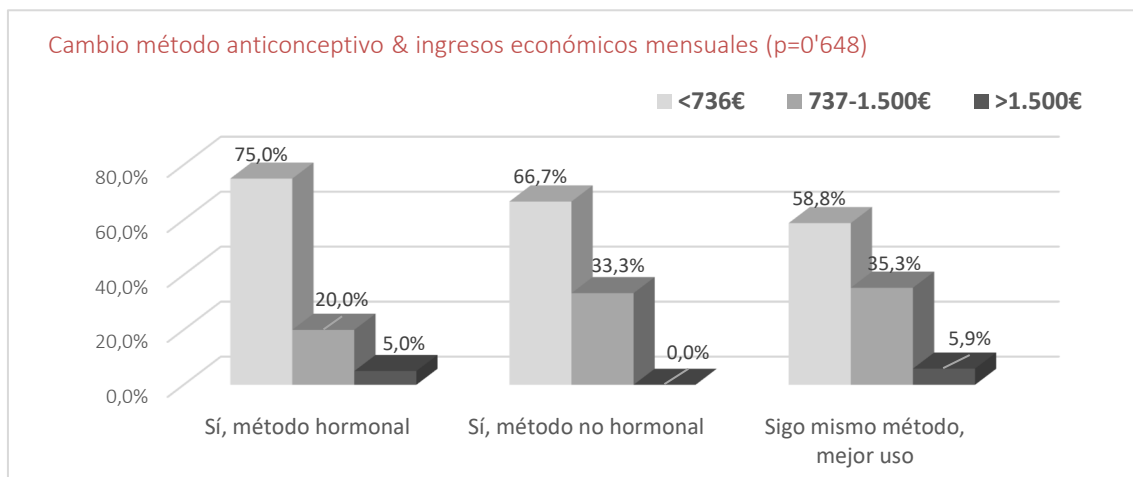


Figura 31. Estudio de asociación: distribución porcentual entre subgrupos de categorías de la variable cambio de método anticonceptivo tras IVE e ingresos económicos.

4.3.2. Aspectos a mejorar

La mayoría de las encuestadas en el estudio definitivo (n=44; 62'9%) no reseñan ningún aspecto a mejorar (Figura 32). El 15'7% (n=11) resaltó el facilitar la accesibilidad realizando la intervención en Salamanca, mientras que a un 8'6% (n=6) le faltó más información sobre los trámites, opciones y apoyo psicológico previamente a la IVE (una de ellas lo reclamaba "sin tener que ir a Salud Mental"). Resulta doloroso ver que 3 mujeres solicitaban sedación durante el legrado ya que sólo les administraron anestesia local y "sentían y veían todo". 1 mujer pidió la aceptación del personal de gerencia (le dijeron que "se lo pensara bien") y a otra encuestada le gustaría recibir los gastos del desplazamiento.

Este ítem no aparecía en el estudio piloto, por lo que los porcentajes se han referido al definitivo.



Figura 32. Aspectos sugeridos para mejorar en el proceso de IVE.

4.3.3. Análisis estratificado del cuestionario posterior según edad

Se presenta a continuación (Tabla 16), los principales resultados obtenidos al analizar la asociación y/o variabilidad entre las principales variables incluidas en el estudio posterior a la IVE con respecto a la edad de las encuestadas, menores de 25 años vs mayores de 25 años.

Tabla 16. Análisis bivalente de la muestra según la edad.

Variable	≤ 25 años n (%)	>26 años n (%)	Valor-p
SATISFACCIÓN CON EL CIRCUITO			
Trámites	(N₁=34)	(N₂=35)	
1=fáciles ejecutar	15 (44'1)	16 (45'7)	0'661
2	9 (26'5)	8 (22'9)	
3	2 (5'9)	4 (11'4)	
4	6 (17'6)	3 (8'6)	
5=demasiados	2 (5'9)	4 (11'4)	
Desplazamientos	(N₁=34)	(N₂=35)	
Lo prefiero así	5 (14'7)	5 (14'3)	0'405
Indiferente	13 (38'2)	8 (22'9)	
Esfuerzo asumible	11 (32'4)	13 (37'1)	
Grandes problemas	4 (11'8)	4 (11'4)	
Preferido privada	1 (2'9)	5 (14'3)	
Afectación psicológica	(N₁=34)	(N₂=35)	
Nada, olvidado	8 (23'5)	10 (28'6)	0'825
Recuerdo, no afecta	18 (52'9)	16 (45'7)	
Un antes y después	8 (23'5)	9 (25'7)	
Revisión posterior	(N₁=34)	(N₂=33)	
No, nadie me informó	-	1 (3'0)	0'343
No, no desplazar	16 (47'1)	11 (33'3)	
Sí, gine&eco	18 (52'9)	21 (63'6)	
Cambio método anticonceptivo	(N₁=34)	(N₂=34)	
Sí, método hormonal	18 (52'9)	21 (61'8)	0'684
Sí, método no hormonal	6 (17'6)	6 (17'6)	
Mismo, mejor uso	10 (29'4)	7 (20'6)	
ASPECTOS A MEJORAR			
	(N₁=34)	(N₂=35)	
Ninguno	25 (73'5)	18 (51'4)	0'058
Agilizar los trámites	-	4 (11'4)	0'325
Accesibilidad	3 (9'4)	7 (20'0)	

Mejorar el trato	1 (3'1)	1 (2'9)
Evitar el desplazamiento	3 (9'4)	4 (11'4)
Más información	2 (6'2)	1 (2'8)

*Significación estadística (valor $p < 0'05$). Prueba χ^2 .

No se observaron diferencias significativas entre grupos de edad para ninguna de las variables incluidas en el cuestionario posterior a la IVE. A pesar de ello, debemos destacar que 3 de cada 4 mujeres menores de 25 años están satisfechas, en general, con el circuito y no mejorarían nada, 73'5% vs 51'5%, 2 de cada 4 mujeres mayores de 25 años [OR=2'6; IC 95%, 0'9-7'2; $p=0'058$].

5. Discusión

5.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MUJERES QUE SOLICITAN IVE A TRAVÉS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN SALAMANCA Y RELACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS.

La **edad** media de IVE en nuestra muestra es de 27, siendo el grupo más frecuente entre 20 y 25 años. Estos datos coinciden con los reportados en otros estudios españoles, como el realizado en Valencia en 2012 (grupo de edad más frecuente entre 25 y 29 años) (71), en el País Vasco entre 2009 y 2013 (menores de 24 años como grupo más frecuente) (72), en Almería en 2015 (el 44% de la muestra de prostitutas que habían tenido alguna IVE era menor de 26 años) (73) y a nivel nacional con la encuesta realizada en 2007 en 8 centros españoles (grupo más frecuente de 20-29 años, media de 26 años) (74). Sin embargo, en nuestra muestra el segundo grupo de edad más numeroso es el de más de 30 años (26%), seguido de cerca por el de 26-30 (22%), mientras que, según el INE en 2018 y 2019 en Salamanca, los dos grupos más frecuentes quedan por debajo de los 30 años (55,59).

También coincide esta distribución por edad con otros trabajos realizados fuera de España, como es el caso del de Laanpere et al. en Estonia (75) o de Narring et al. en Suiza (76).

Este comportamiento se ha relacionado con las diferentes fases en la vida de una mujer. Completar los estudios y encontrar un trabajo son razones frecuentes para la interrupción en las mujeres jóvenes, mientras que los deseos genésicos cumplidos, motivos familiares o la situación laboral son los que determinan esta decisión en las mujeres más mayores (77). En ambas situaciones, la interrupción voluntaria del embarazo supone un fracaso de las medidas anticonceptivas.

Al atender al **nivel de estudios** y la **ocupación**, vemos que nuestra muestra también coincide con la de otras publicaciones, pues la mayor parte de las mujeres habían terminado la Educación Secundaria, Bachiller o F.P. (60%) y se encontraban trabajando (36%) o estudiando (31%). Además, la mayoría de ellas **vivían** solas (62%).

Esto se refleja también en el estudio realizado en Barcelona entre 1994 y 2003 a partir del registro de embarazos, donde el 88% de las IVE vivían solas (64). Aunque en su caso la mayor parte de la muestra tenía estudios primarios sin completar, vivir en pareja era la variable que más fuertemente determinaba el desenlace de la gestación. El 88% de las mujeres que no vivían en pareja terminaban en una IVE (OR ajustada=40'89; 95% IC: 29'76–56'18). Además, la asociación entre el nivel educativo y el final del embarazo se veía modificada por la edad y el domicilio: las mujeres que vivían con su pareja abortaban más conforme decrecía el nivel de estudios. Sin embargo, no había asociación con la educación si no vivían de esta manera, excepto para las menores de 25 años, las cuales abortaban menos si no tenían estudios universitarios. Una posible explicación sería que las mujeres jóvenes con más formación, tienen más expectativas de futuro que las chicas desfavorecidas, por lo que eligen la IVE. En el lado opuesto encontramos a las mujeres que viven en pareja. Puede que cuando se encuentran en una relación estable, aquellas con más recursos se ven capaces de seguir adelante con el embarazo. Se sabe que cuanto menor es el nivel educativo, hay más embarazos no deseados, y estas mujeres también eligen abortar con mayor frecuencia.

También de base poblacional, encontramos el estudio de Ruiz-Ramos et al. en Andalucía entre 2007 y 2010, donde la mayoría de las IVE tenían estudios de segundo grado y vivían solas (OR =10 para IVE) (62).

En general, se puede decir que hay consenso entre los trabajos españoles publicados sobre el perfil de mujer que aborta con estudios secundarios (65,71,72). Sin embargo, hay que resaltar que, aunque en el siglo pasado llegar a este nivel de instrucción era la excepción, sobre todo para las mujeres, hoy en día es el mínimo obligatorio (hasta completar la E.S.O. o similar). Por tanto, este resultado muestra que la población que interrumpe el embarazo tiene en su mayor parte un nivel de educación medio.

El nivel de estudios de las mujeres en este trabajo no muestra el gradiente de las desigualdades sociales que sí aparecen en los resultados de otras publicaciones

(64,78), donde las mujeres sin instrucción tienen más riesgo de abortar. Como se exponía previamente, en nuestra muestra la mayoría de las que interrumpen poseen estudios medios. Esta diferencia puede deberse, por un lado, a un cambio evolutivo de la sociedad, donde las mujeres que están en periodo de formación o de integración en el mercado laboral quieren retrasar el nacimiento de su primer hijo. Por otro lado, el conocer la existencia de los recursos disponibles para la IVE a través del Sistema Público Salud y la manera de acceder a ellos, requiere un cierto nivel formativo y cultural que puede ser la causa de encontrar una baja proporción de mujeres sin estudios en nuestra muestra (62).

Nuestros datos sobre la educación también son concordantes con el INE a nivel nacional, autonómico y provincial: en torno al 60% de las IVE estaban en nivel de E.S.O., Bachiller o F.P., permaneciendo en cifras similares durante 2018 y 2019 (55,59). Ellos reportan en Salamanca un 25% de IVE universitarias en 2018 y un 20% en 2019, siempre por encima de las cifras nacionales (15% y 18% respectivamente). Sin embargo, en estos informes es mayor el porcentaje de mujeres trabajadoras por cuenta ajena (56%) y en segundo lugar se encuentran las desempleadas (20%). Encontramos similares proporciones en la ocupación cuando se atiende a la comunidad de Castilla y León (datos no disponibles para Salamanca) (55,59). Por el contrario, en nuestra muestra, la proporción de mujeres que abortan y se encuentran contratadas o estudiando está muy igualada (31%) y, en tercer lugar, aparece el desempleo (21%). Esto puede deberse a la gran población universitaria que reside en Salamanca y que no podrá desplazarse a sus ciudades de origen para las sucesivas consultas y la intervención.

En nuestra muestra, el 64% de las mujeres que abortaban tenían **ingresos** por debajo del salario mínimo interprofesional vigente en 2018 (735'9€ mensuales) y sólo un 3% recibía más de dos veces esta cuantía. A pesar de que en 2019 la retribución mínima subió un 22% pasando a ser de 900€, los cuestionarios no se modificaron y se siguieron aplicando durante todo ese año. Aun así, las mujeres que indicaban unos ingresos entre 735 y 1500€ fueron sólo el 32%, lo que una vez más muestra que el

nivel económico es uno de los factores que influyen en la decisión de interrumpir el embarazo, como así se verá posteriormente (71,79).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en el SACyL (el ámbito donde se ha realizado este estudio), la IVE es una intervención gratuita, a diferencia de la medicina privada. Por lo tanto, encontrar ingresos económicos más bajos en nuestra muestra puede ser un sesgo de selección. En esta línea, y al contrario que otras publicaciones, el Equipo Daphne resalta que el tener mayores ingresos se asocia con mayor tasa de IVE (80). La explicación a sus resultados puede ser, como se comentaba antes, que las mujeres con nivel económico más bajo (que suelen tener menor formación), acceden menos a los servicios de IVE porque no saben de su existencia, cómo solicitarlos o llegan con gestaciones demasiado avanzadas que exceden los plazos legales de interrupción.

Especial mención merece el grupo de **adolescentes** (menores de 20 años), que en nuestra muestra están representadas con 28 casos (15'9%). La mayoría de ellas habían terminado los estudios secundarios (75%), continuaban siendo estudiantes (86%), vivían solas (79%) y tenían bajos ingresos económicos (79%) y ningún hijo previo (68%). Este perfil de la población adolescente que aborta concuerda con el estudio realizado en Portugal entre 2013 y 2014 (79) y en Francia en 2007, aunque en este caso tres cuartas partes de las adolescentes vivían con sus padres (81). Esta diferencia también podría explicarse por las características de la población de este rango de edad en Salamanca, con un alto porcentaje de estudiantes universitarios que han salido de sus hogares con este fin.

En cuanto a la **nacionalidad** de las mujeres que abortan, en nuestra muestra el 81% de las mismas eran españolas. La mayor proporción de inmigrantes provenían de América del Sur (10% del total y 53% entre las no españolas), al igual que en los informes de años previos del INE sobre Castilla y León (55,58). En cambio, en estudios realizados anteriormente en Andalucía (62) y País Vasco (72), el principal continente origen de las inmigrantes era África. Esto sería concordante con el incremento

progresivo de la llegada de extranjeros procedentes de Sudamérica, como refleja el análisis del flujo migratorio realizado por el INE (82) (Figura 33).

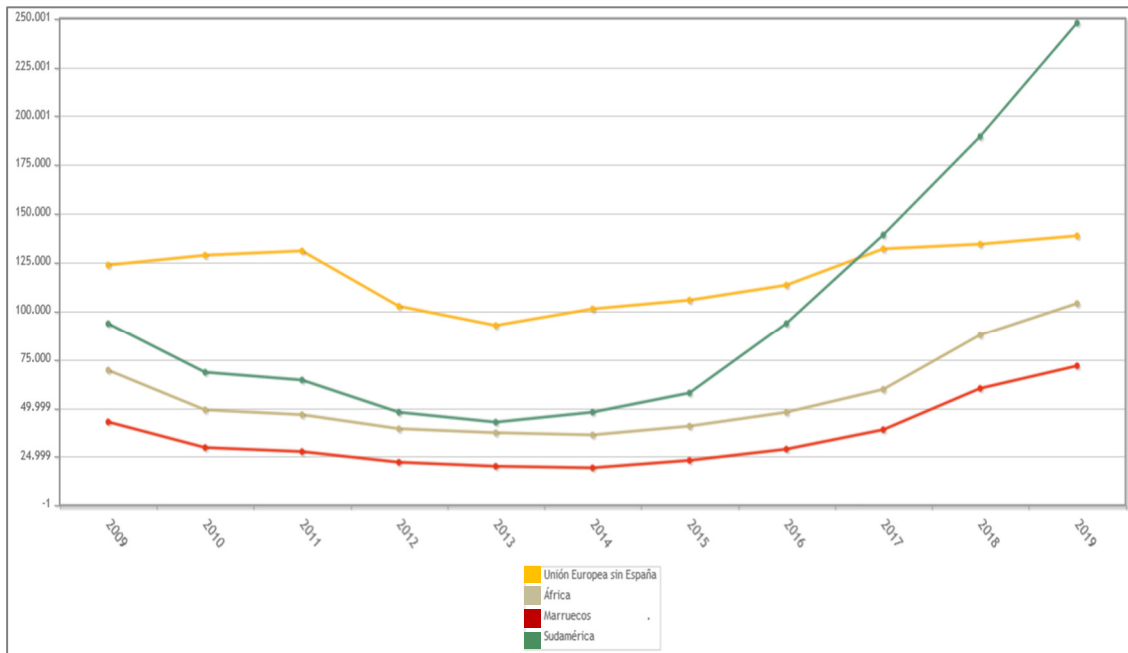


Figura 33. Evolución de los principales focos inmigratorios en España entre 2009 y 2019.

Adaptado de "Flujo de inmigración procedente del extranjero por año, país de origen y nacionalidad (española/extranjera)", INE, accesible en <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=24295>

El perfil más frecuente en nuestra muestra fue el de mujer sin **hijos previos** (63%). Ya que en el estudio piloto no se recogió esta variable, aquí comentaremos los resultados del definitivo. La proporción de mujeres con hijos previos que abortan va disminuyendo según aumenta el número de los mismos. Esto podría explicarse por la disminución de la natalidad en Salamanca y en general en España, que hace más difícil encontrar mujeres con 2 o más hijos.

En algunos casos la literatura coincide en este perfil de mujer que aborta sin hijos (65,79,81). En otros estudios lo más frecuente es la situación contraria (72,83), ya sea porque tienen un hijo (71), dos o más (78) o tres o más de ellos (62). Estos resultados pueden deberse al progresivo retraso de la natalidad en los países desarrollados. Cuando la muestra objeto de estudio tiene una edad más temprana o se ha recogido

en periodos más antiguos, hay menos mujeres que ya han tenido algún parto. También se ha visto que en edades medias (entre 25 y 34 años) el tener un hijo en el año previo aumenta la probabilidad de abortar, posiblemente por las consecuencias económicas, sociales y laborales que conlleva un periodo intergenésico corto (84).

Tampoco podemos olvidar la proporción de mujeres de más de 35 años que, teniendo ya hijos, han cumplido sus deseos genésicos. Este grupo poblacional es más proclive a tener un trabajo remunerado y puede estar infrarrepresentado en los estudios de IVE con base en el sistema público de salud, ya que su situación familiar y económica puede hacer que elijan una Clínica Privada para una interrupción más rápida y en su misma ciudad de residencia. En nuestra muestra hay 21 mujeres mayores de 35 años y 14 de ellas (67%) tienen al menos un hijo previo. Además, este grupo concentra 4 de los 5 casos en total recogidos con ingresos por encima de los 1500€.

Como conclusión a este primer punto podemos decir que el perfil de la mujer que aborta en Salamanca es aquella entre 20 y 25 años, con estudios secundarios aunque continúa estudiando o trabajando, vive sola y sin hijos. Cuenta con unos ingresos por debajo de 735€ y es española. En líneas generales, este perfil es similar al autonómico y nacional según el INE. Sin embargo, el importante grupo universitario en Salamanca nos diferencia de las anteriores tendencias aumentando la proporción de IVE estudiantes por encima de las desempleadas, e igualándolas a las trabajadoras por cuenta ajena.

5.2. VALORACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC) UTILIZADOS PREVIAMENTE A LA IVE

En consonancia con los estudios españoles (71,74,80), el MAC más común fue el **preservativo** (54'5%) y en segundo lugar la **píldora** (25%). En la encuesta realizada por Serrano et al. en 8 centros españoles a mujeres que iban a abortar a lo largo de 2007, los métodos naturales ocupaban el tercer puesto con un 9% de casos. En cambio, en

nuestra muestra, así como en la encuesta SEC realizada a población masculina y femenina entre 16 y 25 años, en tercer lugar aparece la marcha atrás (10'2% y 4'2% respectivamente) (85). Parece que tanto los jóvenes como las mujeres que van a interrumpir la gestación utilizan estos métodos poco fiables en mayor medida que la población general, ya que en la encuesta realizada por la SEC en 2018 a 1800 mujeres españolas entre 14 y 49 años, el DIU ocupaba el tercer puesto tras el preservativo y la píldora con un 8'6% de usuarias (86).

En nuestra muestra, las mujeres que informaron de no utilizar **ningún método** suponían un 17'6%, frente al 36% en el estudio de Serrano y en el realizado en Suecia en 2002 (74,87), al 27% entre las adolescentes de Portugal (79) o al 48% de las IVE solteras menores de 22 años en China (88).

El estudio realizado en Estonia de 1996 a 2001 arrojó un porcentaje de ausencia de MAC cercano a los dos tercios entre las mujeres que abortaban, y lo que resulta más impactante: con IVE de repetición hasta en más de 4 ocasiones no disminuía la frecuencia de esta práctica (75).

En 2010 se realizó una encuesta telefónica a nivel nacional en Francia a 2997 hombres con relaciones heterosexuales. En un 28% de las gestaciones no deseadas, estos hombres no habían utilizado ningún MAC, y de ellos, la mitad pensaban que la pareja sí que estaba utilizando alguno, aunque en realidad no lo hacían. Esta proporción aumentaba cuando la relación era inestable o se estaba rompiendo en el momento de la concepción (89).

En la población española, el Equipo Daphne mostró un incremento en el **uso de MAC** del año 1997 a 2007 del 49% al 80% respectivamente, con el mayor aumento en el caso del preservativo (pasó del 21% al 37% de uso) (80). Esto se atribuyó a las campañas publicitarias que promovían el uso del método barrera y que comenzaron en 1990 con el pionero "*Póntelo, pónselo*". El objetivo era evitar la transmisión del VIH y otras ITS además de los embarazos no deseados, pero generó gran polémica: la CONCAPA (Confederación Nacional de Padres de Familia y Alumnos) interpuso un recurso contra la campaña y finalmente, en 1993 la Audiencia Nacional la anuló por

considerar que "fomentaba la promiscuidad en la juventud y la infancia". En estas décadas el uso de la píldora también creció. Al mismo tiempo aparecieron nuevos métodos hormonales combinados como el parche transdérmico y el anillo vaginal.

El Equipo Daphne resaltó el paradójico aumento de las IVE entre 1997 y 2007 a pesar de que se había incrementado el uso de MAC y el nivel de educación en estos años. Ya que el porcentaje de uso de métodos poco fiables como la marcha atrás o los espermicidas se había mantenido estable, la explicación de esta evolución habría que buscarla en la **adherencia y modo de utilizar métodos eficaces** como el preservativo o la píldora.

En el estudio de Moreau con 1525 adolescentes que interrumpieron la gestación en Francia, el 31% eran usuarias del preservativo. De ellas, el 84% identificó como causa del embarazo el deslizamiento o rotura del preservativo. Del mismo modo, del 21% que usaban la píldora como MAC, el 93% explicó la gestación por el uso incorrecto o la baja adherencia a la misma (81). Esta idea se deja entrever todavía hoy en día.

En nuestra muestra, el método más frecuentemente señalado en combinación con otros anticonceptivos fue el preservativo. Lo hemos encontrado en 6 de las 7 encuestas con respuesta múltiple a esta pregunta. Y aunque se podría pensar que esto se debe al uso del "doble método", esta esperanza se derrumba al ver que lo han marcado junto a la marcha atrás (segundo método en combinación más frecuente), o con "ningún método". Esto demuestra que no se está haciendo un adecuado uso del preservativo y prueba de ello son las gestaciones no deseadas que acaban siendo interrumpidas.

De hecho, según la encuesta SEC de 2019, el 73'1% de los jóvenes entre 16 y 25 años no utilizan nunca en sus relaciones sexuales el doble método y el 8'6% solo lo usa cuando tiene relaciones con parejas esporádicas (85). Además, el 33% de las mujeres que utilizan el preservativo como método principal, reconocen que no lo hacen de forma consistente. Según la SEC, este porcentaje ha ido disminuyendo progresivamente desde 2016 y la principal razón son las relaciones imprevistas ante las cuales no disponen del mismo, seguido de la confianza en la pareja estable, lo cual se

entiende desde la perspectiva de la posible transmisión de ITS pero no del riesgo de embarazo. Se ha observado la misma tendencia en el uso correcto del preservativo (un 28% lo utiliza después de que la relación se haya iniciado) (90).

Acorde a la encuesta de la SEC de 2018 y en consonancia con nuestros resultados, la **píldora** es el segundo MAC más utilizado en España. El uso de este contraceptivo ha permanecido en cifras semejantes los últimos 20 años (14'3% en 1999 frente al 17'3% en 2018 y 18'5% en 2020) (86,90), y se trata de un porcentaje muy bajo si lo comparamos con el de los países de nuestro entorno (un 49% en Francia, un 38% en Alemania, un 31% en Reino Unido o un 49'9% en Portugal) (91).

En la población española, el empleo de la píldora combinada es mayor entre las mujeres jóvenes, con una frecuencia de uso máxima entre los 20 y los 30 años. Además de la función anticonceptiva, influyen otras acciones sobre la salud especialmente importantes en este grupo de edad (efectos sobre la piel, dismenorrea, etc.). A partir de los 30 años disminuye su uso progresivamente en favor de los métodos intrauterinos y de los irreversibles (86). A pesar de las diferencias poblacionales entre la encuesta SEC 2018 y nuestro estudio, observamos cómo la píldora se mantiene con la mayor frecuencia de uso en el grupo entre 20 y 24 años (Figura 34).

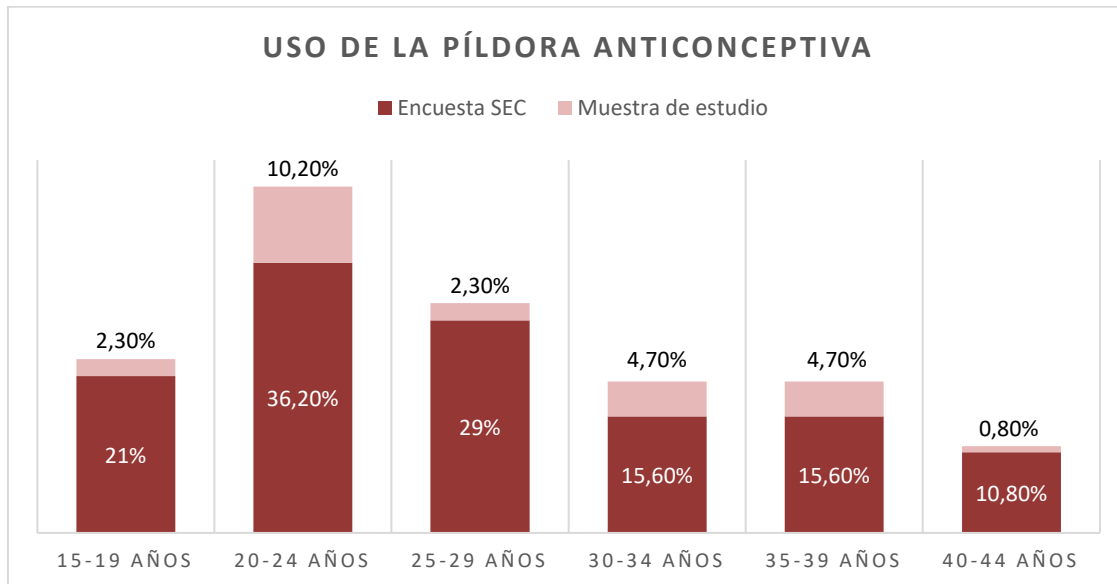


Figura 34. Comparación de los porcentajes de uso de la píldora anticonceptiva por franjas de edad en la encuesta SEC 2018 y nuestra muestra objeto de estudio.

Adaptado de: "Uso de anticoncepción; Por grupos de edad", Encuesta anticoncepción 2018. SEC, 2018. Disponible en: <http://hosting.sec.es/descargas/encuesta2018.pdf>

La píldora anticonceptiva es un método eficaz y seguro, pero requiere constancia y cumplimiento estricto. En un estudio internacional publicado en 2014, el 78% de las usuarias reconoció olvidos al menos 1 vez al año, un 40% 3-6 veces al año y un 14% hasta 12 veces al año (92). En el estudio transversal de Serrano, el 11'6% de las mujeres que se iban a someter a un aborto declaraban utilizar la píldora combinada como MAC. El 84% de éstas reconocía problemas de cumplimiento, vómitos o el uso concomitante de fármacos que interactuaban causando una pérdida de eficacia (74).

Se han postulado múltiples razones de olvido de píldoras (93,94): no establecer rutinas para la toma del comprimido, escasez de información, efectos secundarios, falta de implicación de la mujer en la elección del MAC, influencia de la pareja, baja percepción del riesgo de embarazo, etc. El estatus socioeconómico bajo está fuertemente asociado con el mal cumplimiento según un trabajo realizado con población residente en Estados Unidos (95). En nuestro estudio en cambio, son los estudiantes los que reconocen significativamente como causa del embarazo el mal uso del MAC.

3 mujeres informaron en nuestro cuestionario del uso de inyectable, implante o DIU. Dada la baja proporción de fallos de estos métodos **LARCs**, seguramente se referían a que en algún momento con anterioridad los habían usado, aunque también es posible que el embarazo haya ocurrido por retraso en su recambio. De cualquier forma, esto demuestra que la mala adherencia a un anticonceptivo, aunque éste tenga una efectividad cercana al 100%, conlleva gestaciones no deseadas. La baja tasa de uso de los LARCs en las mujeres que interrumpen la gestación es consistente con otros estudios españoles (73,74) e internacionales (75,76,79,83,87,89,96).

Al analizar los MAC de las adolescentes de 12 países subdesarrollados y en vías de desarrollo, se vio que, tanto el uso del coitus interruptus y los métodos naturales, como no utilizar ningún MAC, aumentaba el riesgo de gestación no deseada (OR= 3'4 y OR=4'6 respectivamente), frente al uso de los métodos modernos (píldora, preservativo masculino y femenino, LARCs y esterilización). En estos países, 9 de cada 10 gestaciones no deseadas se habrían evitado utilizando MAC modernos (97). Sin embargo, el acceso a esos MAC más efectivos se hace difícil entre las mujeres más desfavorecidas, sobre todo si se sitúan en el medio rural y tienen menor educación y medios económicos. Si además se encuentran en la adolescencia, con el consiguiente riesgo de discontinuación del MAC, actividad sexual irregular y más difícil acceso a la planificación familiar, la probabilidad de embarazo no deseado aumenta considerablemente (98,99).

En nuestra muestra, la razón más frecuente de **rechazo de los métodos hormonales** fue los efectos secundarios de los mismos (38'3%), seguido de la falta de información (14'1%). En realidad, estas dos respuestas probablemente estén correlacionadas. En la práctica clínica diaria vemos cómo muchas mujeres no quieren un MAC hormonal porque creen que tienen más efectos perjudiciales que beneficiosos. Al hablar de hormonas, muchas mujeres piensan en cáncer de mama y aumento de peso, pero nadie les ha informado de que protegen del cáncer de ovario y endometrio (24,27).

El estudio realizado en Valencia en 2012 con un diseño similar al nuestro, aunque con menor muestra (107 mujeres encuestadas), también reporta como primera causa de no utilizar MAC el temor a los efectos secundarios, mientras que un 12'8% desconocía los métodos a los que podía acceder (71).

En nuestra muestra, un 28% de las mujeres utilizaban un método hormonal. Esto se sitúa en consonancia con la encuesta SEC de 2020, donde el 36% de las mujeres en edad fértil lo habían elegido así. La principal razón de la decisión fue la comodidad (32%), seguido de la recomendación médica (24%) y la ayuda para regular la regla (20%) (90).

Por otra parte, y en consonancia con la literatura, en nuestro estudio ha habido una baja tasa de uso de la **anticoncepción de urgencia**. Sólo un 10% de las encuestadas habían tomado la píldora del día después tras la relación sexual que había ocasionado este embarazo (el 2'5% según la entrevista de Serrano) (74). Sin embargo, la proporción de mujeres que habían recurrido a ella en alguna ocasión asciende al 40%. Esto demuestra por un lado una baja conciencia del riesgo tras el coito que originó el embarazo, y por otro, cierto uso de la AU como método anticonceptivo habitual (hasta un 12% la utilizó en más de una ocasión).

El conocimiento y la accesibilidad a la AU ha ido mejorando con el paso del tiempo. En la encuesta realizada en Dundee en 1985, el 88% de las mujeres que se disponían a abortar no conocían la píldora postcoital o tenían un conocimiento impreciso de la misma, habiéndola tomado solo el 1% de las mujeres (100). En cambio, en el estudio de Aneblom en Suecia en 2002, el 83% de las pacientes que habían solicitado IVE conocían la AU, aunque sólo un 3% la había tomado en este embarazo y un 22% la había utilizado alguna vez (87).

Como conclusión a este segundo punto podemos decir que el origen de las gestaciones no deseadas no sólo está en la ausencia de MAC, sino que un uso inadecuado o la baja adherencia a métodos fiables como son el preservativo o la píldora, conlleva embarazos no deseados que acaban siendo interrumpidos. Son diversos los factores que influyen en el modo de utilizar los MAC, entre ellos el nivel

educativo, la edad o el tipo de relación de pareja. Por ello, se hace imprescindible la información a la usuaria acerca de la manera de usarlos para que sean efectivos y se eviten las interacciones, del modo de actuar cuando ha existido un uso incorrecto, así como de los efectos secundarios de los mismos. Aclarar falsos mitos, así como informar de todos los efectos beneficiosos de la anticoncepción hormonal, puede hacer que la mujer finalmente elija un método más fiable y adecuado para ella.

5.3. VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El médico de Atención Primaria ha sido la **fuentes de información** sobre anticoncepción más frecuente (24'4%). Probablemente, muchas mujeres desconocen tanto la existencia de la consulta de planificación familiar como que no precisan de la derivación a este ginecólogo por parte de su médico, a diferencia de lo que ocurre con otras consultas externas. También es cierto que la mayoría de pacientes no presentan patologías que compliquen la prescripción y el médico de Atención Primaria puede dar respuesta a sus necesidades sin tener que derivarlas. Además, la educación en planificación familiar está incluida como prestación dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en el SACyl, en coordinación con el servicio de Obstetricia y Ginecología (101).

La asistencia de forma irregular a la consulta médica y el presentar inconvenientes a los MAC, se ha relacionado con un mayor riesgo de embarazo no planificado (102). Este dato hace reflexionar sobre si sería necesario adecuar el horario de consultas a las necesidades de la población.

Morillo y col. realizaron 36 entrevistas a mujeres que abortaron en Sevilla en 2005. Al preguntarles por el uso de las consultas de planificación familiar, la mayoría dijo que nunca había acudido o lo había hecho de forma puntual para solicitar

anticoncepción o tramitar la IVE. Las razones de esta conducta eran que no se sentían interesadas por la información allí, a otras les asustaba tanto como al ir a otra consulta médica, y menos frecuentemente, el no tener pareja estable o la incompatibilidad entre el trabajo y la consulta que sólo atiende por las mañanas (65).

La actividad de planificación familiar se recomienda que se sitúe fuera del ámbito hospitalario, a diferencia del resto de consultas de ginecología, para evitar que la mujer relacione su necesidad de un MAC con un estado patológico (103,104). La población que acude a esta consulta no está enferma y no debe sentirse así. Estas mujeres son más proclives a plantear sus dudas y buscar ayuda con la anticoncepción si se encuentran en su círculo de confianza y en un ambiente “desmedicalizado”. Esta, junto con la mejor accesibilidad, puede ser la razón de que en muchas ocasiones acudan para informarse a su matrona y a sus amigos.

En Salamanca, durante el periodo de este estudio, la consulta de planificación familiar se hallaba en el Centro de Salud de la Alamedilla, en el mismo edificio que la matrona de esta área de salud.

Por otra parte, según la encuesta realizada por la SEC en 2019, un 48% de los jóvenes españoles entre 16 y 25 años consideran que han recibido la información sobre sexualidad más adecuada en internet, seguido de cerca por los amigos (46%). El médico general y el ginecólogo quedan en sexto y séptimo lugar respectivamente tras los profesores, madre y padre (85). Es cierto que los jóvenes son menos proclives a acudir al médico y confían en encontrar todas las respuestas en internet, pero hay que hacerles ver que en este medio hay gran cantidad de desinformación. Además, ellos reconocen que los profesionales de los centros de orientación y los profesores en el colegio o instituto deben ser las principales figuras que los guíen en materia de sexualidad (85). En este sentido, la Cartera de Servicios del SACyl 2019 (101) recoge dos apartados (Educación para la salud en centros educativos y Educación para la salud en grupos), donde el tema de la sexualidad está contemplado y podría abordarse en un entorno más cercano y accesible para la población adolescente, así como ser impartido

por profesionales formados, evitando la desinformación de las redes y resolviendo sus dudas.

La **instrucción** en sexualidad y salud reproductiva ha ido aumentando progresivamente en la educación básica. Mientras que en nuestra muestra el 50% de las encuestadas en el estudio definitivo habían recibido la formación en su colegio o instituto, en la encuesta SEC a la población joven de 2019 este parámetro llegaba hasta el 72%, aumentando aún más entre los más jóvenes (85). De hecho, en nuestro estudio, las menores de 25 años refieren haber recibido significativamente más formación que las mayores (90% vs 73%, OR 3'1, $p=0'007$).

Según la encuesta SEC de 2019, el 68'5% de los jóvenes consideran insuficiente la formación recibida, aumentando hasta el 74'5% entre las mujeres (85). Sin embargo, en nuestra muestra, al 57% de las mujeres encuestadas les parecía suficiente la educación recibida, y sorprende que, en algunos casos, habiendo marcado que no tuvieron ninguna formación, después valoraron ésta como "suficiente".

Curiosamente, en el estudio francés con población masculina, tuvo poca influencia la educación del varón en el riesgo de gestación no deseada. Sin embargo, sí que era significativo el nivel educativo de su madre. También aumentaban las gestaciones no deseadas cuando existían 10 o más **parejas sexuales** (89).

En nuestra muestra hubo un 16'5% de mujeres con más de 5 parejas, con un rango desde 1 hasta 40 parejas sexuales. En el estudio realizado en Portugal en 2016 con adolescentes, el rango obtenido fue de 1 a 7 parejas (79). Durante 2012 se realizó en la Consulta Joven de Anticoncepción en Zaragoza un estudio descriptivo con 583 mujeres entre 13 y 24 años. Entre ellas hubo un 30% de embarazos no planificados. Aunque esto no tuvo asociación significativa con la tipología de relación de pareja, entre las adolescentes era más frecuente que entre las jóvenes establecer relaciones variadas de corta duración (102).

En los últimos años se ha visto un incremento en las relaciones sexuales casuales o de "una noche" entre los jóvenes y adolescentes. En el estudio longitudinal realizado

en Estados Unidos desde 1995 hasta 2008 con jóvenes entre 20 y 27 años, encontraron que uno de cada cinco adultos habían tenido este tipo de encuentros en la adolescencia (105). No es de extrañar por tanto que el factor de riesgo que más frecuentemente encontraron en esta etapa fueron las múltiples parejas sexuales.

Entre los jóvenes iniciados sexualmente, en general, el porcentaje que ha tenido 2 o más parejas sexuales es mayor que hace una década. En la actualidad, los varones siguen teniendo más parejas que las mujeres. Sin embargo, han aumentado las mujeres jóvenes con múltiples contactos sexuales. La proporción de varones que han tenido 2 o más parejas se aproxima al 50% en países como España y Finlandia. La proporción más alta de mujeres se ha encontrado en este país, donde el 54% de las mujeres finlandesas de 15-16 años ha tenido relaciones sexuales con varias parejas (106).

Aunque el conocimiento y el uso de los **LARCs** se ha ido extendiendo en los últimos años, en nuestro estudio la mayor parte de las mujeres no sabían nada acerca de los mismos. Según la encuesta SEC de 2018, sólo al 54% de las mujeres entre 14 y 49 años le habían ofertado su médico o matrona un anticonceptivo reversible de larga duración, detectando un aumento notable respecto al 2016 (32%). Llama la atención que incluso por encima de los 40 años el ofrecimiento de estos métodos difícilmente supera el 60%. La ventaja de los LARCs que más frecuentemente señalan las mujeres es la comodidad (50%), seguido de la seguridad (22'5%). Sin embargo, un 9'5% de las mujeres no reconocen ninguna ventaja (86). Probablemente esto esté relacionado con un sesgo de información en los profesionales que prescriben los métodos anticonceptivos, bien por carencia de formación en ellos mismos, sus preferencias o vivencias personales, entre otros. Sin embargo, las mujeres deberían ser informadas de que, acorde a la evidencia actual, los LARCs son los métodos reversibles más seguros (24,29).

El estudio realizado en Finlandia con una cohorte retrospectiva de 666 mujeres que se disponían a abortar, mostró que sólo el uso del LARC tras la IVE disminuye las interrupciones recurrentes y los embarazos no deseados, mientras que la intención de

usar un LARC o el uso de otros MAC no lo hace (107). La inserción del implante subdérmico al mismo tiempo que el tratamiento médico del aborto o una colocación precoz del DIU-LNG (máximo 3 días después), han demostrado que no perjudican la evacuación uterina y sin embargo aumentan la tasa de inicio de los LARCs y mejoran la adherencia tras un año de uso de los mismos (108–110).

El uso de los LARCs en España continúa siendo bajo, situándose en torno al 10% de las mujeres en edad reproductiva (74,86). Esto también podría contribuir al aumento de las IVE a pesar del incremento en el uso de métodos anticonceptivos.

En nuestro estudio la edad más frecuente de **inicio de relaciones sexuales** fue entre 14 y 17 años (57%), rango similar al estudio realizado en Valencia en 2012 (inicio entre 15 y 19 años) (71), aunque con tendencia a edades más precoces según alertaba ya el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social en el estudio HBSC de 2018.

Según la SEC, la edad media de inicio en las relaciones sexuales entre los jóvenes españoles de 16 a 25 años que han tenido relaciones sexuales coitales (73%), se sitúa en los 17'04 años. Además, podemos observar cómo el inicio ha sido más precoz conforme disminuye la edad del grupo encuestado. La edad de la pareja con la que estos jóvenes mantuvieron su primera relación sexual completa se sitúa un año y medio por encima de la suya. Según los resultados de esta encuesta, el principal motivo de esa relación sexual fue en un 48% por amor (más frecuentemente en las mujeres), en un 25% por curiosidad-probar, y en un 10% para perder la virginidad (más frecuentemente en los hombres), entre otras respuestas (85).

La misma tendencia a la baja se observa en la encuesta nacional a mujeres entre 15 y 49 años en 2020 (*Figura 35*), con una edad media de inicio de las relaciones en los 18'07 años que baja respecto a la encuesta previa realizada en 2018 (86,90). En concordancia con los datos nacionales, en nuestro estudio, las mujeres menores de 25 años comienzan las relaciones significativamente antes que las mayores.

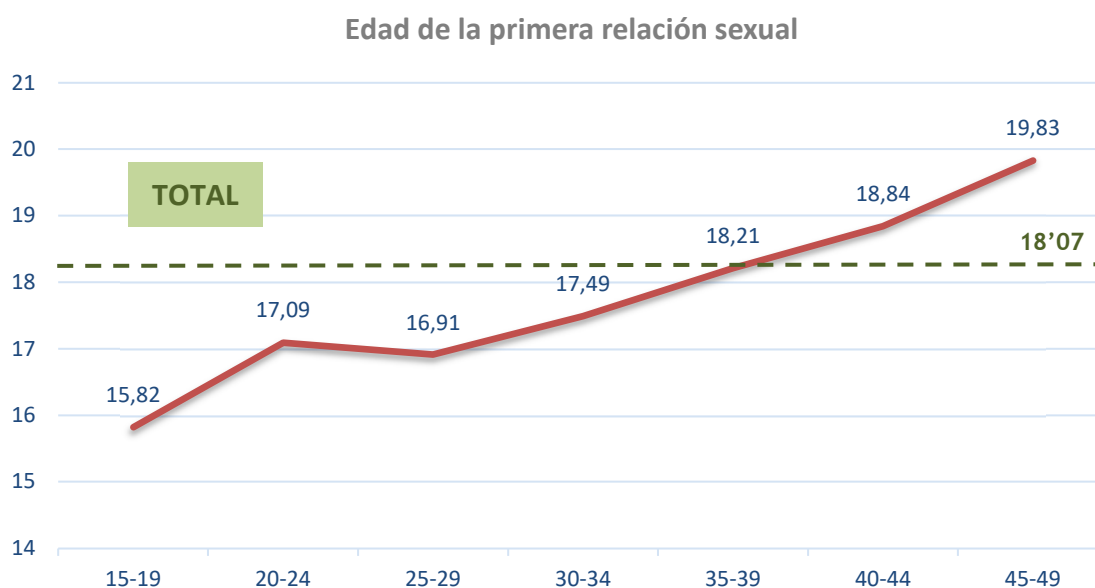


Figura 35. Edad de la primera relación sexual entre las mujeres de 15 a 49 años que han mantenido relaciones sexuales.

Tomado de: "Edad en la empezaron a tener relaciones". 2020. Encuesta de anticoncepción en España, 2020. SEC.

Se ha demostrado que la edad al primer coito se relaciona significativamente con el embarazo no planificado, así como el haber tenido una o varias parejas con una diferencia de edad igual o mayor a 8 años (102). Cuanto más temprana es la primera relación sexual, menos probabilidad hay de usar un MAC seguro (111), por lo que existe mayor riesgo de embarazo en la etapa adolescente, pero además se asocia con mayor riesgo de ITS en la edad adulta y un mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida (112).

En un análisis multivariante realizado en Estados Unidos en 2002 con jóvenes entre 18 y 24 años, se relacionó el tener relaciones sexuales antes de los 16 años con la ausencia de anticonceptivo en el primer coito y con embarazo en edad adolescente. Además, entre las chicas, tener una primera pareja más mayor se asociaba con peores resultados de salud reproductiva: con relaciones previas a los 16 años con una pareja de más edad, tener un hijo antes de los 20 años era tres veces más probable que en las adolescentes que tenían su primer coito antes de los 16 con parejas de edad similar. En

cuanto a los chicos, el sexo antes de los 16 años con una pareja de más edad duplicaba el riesgo de ser padre adolescente frente a aquellos que habían tenido la primera relación entre los 16 y los 17 años (111).

Sin embargo, no sólo está aumentando la precocidad y el número de prácticas sexuales, sino que están cambiando ciertos modelos de conducta. Hace décadas, los varones europeos se iniciaban sexualmente antes que las mujeres europeas. En los últimos años, las medias de edad de iniciación sexual de ambos se han aproximado en algunos países, como es el caso de España. Incluso, algunas encuestas realizadas en Suecia, Noruega, Finlandia, Gran Bretaña y Suiza indican que la proporción de mujeres que ha tenido relaciones sexuales supera a la de varones. Estos datos sugieren una mayor igualdad de los patrones de conducta sexual entre varones y mujeres (106).

Por tanto, podríamos pensar que, si se consigue un retraso de la edad de iniciación sexual, podría reducirse la frecuencia de las prácticas asociadas de riesgo como son las ITS y los embarazos no deseados.

En este sentido, se ha recomendado usar la proporción de jóvenes que son sexualmente activos a distintas edades en lugar de la media de edad de inicio de las relaciones. La media se suele estimar utilizando únicamente sujetos que ya han mantenido coitos y además depende del grupo de edad que se acote, por lo que no informa de cuántos jóvenes se han iniciado sexualmente en cada franja de edad. Al analizar la media de edad de inicio sexual en los jóvenes de España, Perú y El Salvador, el valor oscilaba entre los 14 y 16 años. Sin embargo, menos del 25% de los jóvenes con edades cercanas a esa media habían comenzado a tener relaciones (113).

El parámetro de la media puede proporcionar a los jóvenes una falsa sensación de que la mayoría ya han tenido esta experiencia. Y, como es sabido, las creencias y estereotipos sociales influyen en gran medida en el comportamiento en esta etapa de la vida (106).

Como conclusión a este tercer punto podríamos decir que, a pesar de que la educación en sexualidad y salud reproductiva está aumentando en el ámbito académico de los jóvenes, todavía es necesario un mayor esfuerzo para conseguir que, cuando la población necesite más información sobre métodos anticonceptivos, acuda a fuentes fiables como son los profesionales sanitarios. La consulta de planificación familiar debe ser fácilmente accesible para toda la población, creando un ambiente de confianza y en la medida de lo posible, desmedicalizado. Todo esto se podría favorecer con campañas publicitarias o seminarios formativos donde mujeres y hombres podrían adquirir conocimientos sobre salud reproductiva, así como plantear sus dudas a profesionales adecuadamente formados. También son necesarias estrategias de captación para que la población acuda a informarse adecuadamente sobre prácticas anticonceptivas, ya que muchas mujeres creen que tienen los conocimientos necesarios y no reconocen la carencia de formación. Además, están cambiando los comportamientos sexuales en la adolescencia, aumentando la precocidad del inicio de las relaciones y el número de parejas sexuales. Esto tiene consecuencias a corto y largo plazo y por tanto es de vital importancia establecer una adecuada educación en salud reproductiva previamente a que tengan lugar estas conductas de riesgo.

5.4. ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

La situación económica ha sido el motivo más frecuente en nuestra muestra para la interrupción del embarazo (48%), al igual que en el trabajo de Vila-Vives (71). En otros estudios internacionales esta razón aparece en segundo lugar tras el deseo genésico cumplido (29% y 53% respectivamente) (114), o en cuarto lugar tras los problemas de pareja (42%), no querer uno o más hijos (37%) y no haber terminado su formación (19%) (96). En el estudio de Helström, esos tres motivos junto con el ser demasiado joven o mayor (16%) fueron significativamente más frecuentes entre inmigrantes que entre los suecos. En nuestra muestra, considerarse demasiado joven

para ser madre fue la segunda razón en frecuencia (32%), probablemente debido al importante porcentaje de población universitaria en Salamanca.

Los trabajos publicados muestran que las razones que llevan a las mujeres a interrumpir su embarazo son muy variadas y existen múltiples circunstancias que influyen en la decisión. Para tener una visión completa de su planteamiento, las encuestas sobre este tema deben permitir respuestas múltiples en cuanto al motivo de la IVE (115). En nuestro estudio, de las 158 mujeres que contestaron a la pregunta de la razón de abortar, 68 tuvieron una respuesta múltiple (43%).

En la revisión de Chae sobre las razones para abortar en 14 países, en 6 de ellos aparecen en primer lugar los motivos socioeconómicos, en otros 5 países lo más frecuente es el deseo genésico cumplido, en Bélgica ganan las razones de pareja y socioeconómicas y en Kirguistán predomina el riesgo para la salud materna (115). En los países donde las principales razones son las socioeconómicas y limitar la descendencia, una importante proporción de las mujeres que abortan son jóvenes y viven solas. Esto puede deberse a que carecen de los medios necesarios para criar a un hijo y que el tenerlo interferiría con sus oportunidades de futuro. En los 5 países donde la principal razón es limitar la natalidad, las mujeres comienzan a tener hijos a una temprana edad y alcanzan el tamaño familiar deseado aun siendo jóvenes, por lo que están muchos años intentando evitar el embarazo. En general, el nivel educativo no conlleva diferencias en las razones para la IVE, excepto en Nepal y Ghana. Allí las mujeres menos instruidas indicaban con más frecuencia los problemas de pareja, mientras que las de mayor nivel educativo lo atribuían a querer postponer la natalidad o ser muy jóvenes (115).

En Barcelona analizaron entre 2008 y 2010 las razones para abortar o continuar el embarazo de 25 mujeres entre 25 y 34 años (116). Según algunas publicaciones, el aborto en esta etapa de jóvenes adultos está más estigmatizado, pues parece el momento ideal para la maternidad. Ferrer y Solsona encontraron que el tipo y calidad de la relación de pareja tiene un gran peso. Las mujeres con una pareja nueva o poco

estable, o relaciones sin futuro, tienden a interrumpir el embarazo. En relaciones de este tipo, las mujeres buscan un apoyo externo para la maternidad, pero cuando la red social es deficiente también tienden a la IVE. Otros factores como la situación económica o cumplir sus aspiraciones también influían en la decisión.

En consonancia con la literatura (65,79,107), la mayoría de las mujeres entrevistadas no tenían ninguna IVE previa (70%). Las tasas de **IVE de repetición** publicadas oscilan entre el 12% de las adolescentes francesas (81), el 33% de las solteras menores de 22 años chinas (88), y el 43% en Suecia ascendiendo al 52% si son inmigrantes (96).

Entre las 1238 mujeres que fueron seguidas en Finlandia tras una IVE, el 14% solicitó una nueva interrupción, teniendo más riesgo de reincidir las menores de 20 años, con hijos, abortos previos, fumadoras y aquellas que no acudían a la consulta de revisión (83). En España, había un 37% de mujeres con IVE previas en la encuesta valenciana (71) y un 52% entre las prostitutas de Almería habían realizado al menos un aborto (73).

Hay que tener en cuenta que la baja proporción de IVE de repetición en nuestra muestra puede deberse a un posible sesgo de selección en la sanidad pública. En las 36 entrevistas que hicieron en Sevilla a mujeres que iban a abortar mediante el sistema público y privado, se demostró que éste último concentraba a las mujeres de más edad y con más interrupciones previas (65). Éstas alegaban que la asistencia privada acelera los trámites y preserva su intimidad, pues temen ser vistas por familiares o conocidos en su Centro de Salud, y que sean identificadas como usuarias del servicio de IVE.

A diferencia del estudio finlandés, en nuestra muestra tenían más riesgo de IVE de repetición las mayores de 25 años, donde la incidencia duplicaba a las menores (31% vs 16%, OR= 2'4, p=0'02). En otros trabajos, los factores de riesgo para nuevas IVE han sido la inmigración, un bajo nivel educativo, no utilizar MAC y la baja adherencia al mismo (83,96,117).

En nuestro estudio, 7 de las 32 mujeres inmigrantes tenían alguna IVE previa (22%), mientras que, entre las españolas, 29 de 142 cumplían esta característica (20%) sin ser estadísticamente significativo.

El **apoyo** más frecuente en nuestra encuesta fue el de la pareja (43%) seguido del de una amiga (33%). En el estudio francés con adolescentes, la mayoría de ellas lo había hablado con la pareja (74%), un 42% lo había hecho con alguno de los padres (significativamente las de menor edad) y un 30% con alguna amiga. Sólo el 2% de las adolescentes que abortaron no lo habían discutido con nadie (81).

En la misma línea, nuestro estudio muestra que las mujeres menores de 25 años contaban significativamente con más apoyo que las mayores (95% vs 85%, OR= 3'5, p=0'031), probablemente porque las chicas más jóvenes, al formar todavía parte de la unidad familiar de sus padres, recurren a ellos con más frecuencia que las que ya se han independizado.

Como conclusión a este punto podemos decir que las razones para interrumpir un embarazo son múltiples y complejas. Las más frecuentes a lo largo de la literatura continúan siendo el motivo económico, tener el deseo genésico cumplido y el no considerarse en el momento adecuado de sus vidas para tener un hijo. Aunque la mayoría de las mujeres en nuestra muestra no tenían IVE previas, puede que esta variable esté infrarrepresentada en el Sistema Público de Salud. También la mayor parte de las mujeres cuentan con algún apoyo durante este proceso, principalmente el de la pareja, y especialmente están acompañadas las más jóvenes.

5.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES ASOCIADAS A LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA, COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Este estudio cuasiexperimental nos ha permitido identificar algunos factores asociados con la IVE y, por tanto, que inciden sobre la actitud o el comportamiento antes y después de la intervención. Aunque el objetivo principal de este tipo de diseños es evaluar la efectividad de una intervención sanitaria (en nuestro caso la IVE) y la satisfacción de los *usuarios* (las mujeres a las que se le ha practicado), también nos ha permitido analizar cómo esta intervención conlleva un cambio de conducta en las prácticas anticonceptivas y qué variables se asocian significativamente con ella. La existencia de algún tipo de asociación entre dos o más variables representa la presencia de algún tipo de tendencia o patrón de emparejamiento entre los distintos valores de esas variables.

A continuación, comentamos las principales asociaciones observadas en este trabajo de investigación:

El **número de parejas** fue significativamente menor cuanto más bajo era el **nivel de instrucción** ($p=0'001$). Clásicamente se ha pensado que el bajo nivel educativo conlleva un mayor número de parejas sexuales y por tanto mayor riesgo de gestación no deseada (64,78). Sin embargo, pueden existir ciertos círculos culturales donde la mujer se dedica a las tareas del hogar desde joven en lugar de completar su educación, y se une en matrimonio con el que será su pareja para toda la vida. Puede ser el caso de algunos países latinoamericanos que están ampliamente representados en nuestra muestra. En esta situación podría asociarse el menor número de parejas sexuales con un nivel de instrucción bajo.

También se ha podido detectar asociación entre las variables **causa del embarazo** y **ocupación laboral** ($p=0'028$). Las amas de casa son quienes reconocen en mayor proporción no usar método anticonceptivo como causa del embarazo, mientras que más de la mitad de las mujeres estudiantes lo atribuyen al mal uso. Esto puede

estar en relación con el resultado de la encuesta SEC de 2020, donde las mujeres con menor nivel de ingresos, junto con las católicas practicantes o no practicantes, son las que no usaban ningún MAC en mayor proporción (90). Al mismo tiempo, el tramo de edad en el que es más habitual el uso inconsistente del preservativo (MAC más frecuente en todos los grupos de edad), es el de 20-24 años, lo que podría corresponder con las mujeres estudiantes (90).

Respecto a la **causa de la IVE**, las pacientes de otras **nacionalidades** consideran en menor proporción la juventud (18'5% vs. 40'5%; $p=0'031$) o que un embarazo interrumpa su desarrollo personal (14'8% vs. 30'5%; $p=0'039$) frente a las españolas. Además, las pacientes extranjeras recibieron **apoyo** en menor proporción (67'7% vs. 90'6%; $p=0'001$). La razón de este comportamiento puede estar en que la edad para tener hijos no se ha retrasado tanto en los países de donde proceden las inmigrantes como en España, por lo que no se creen demasiado jóvenes para el embarazo. En cambio, tienen otras razones para la IVE, como la económica. Además, por el hecho de haber inmigrado, no tendrán todo el apoyo familiar del que pueden disfrutar las mujeres autóctonas.

Al estratificar según si utilizan MAC hormonal o no hormonal/ninguno, se observa asociación entre el **tipo de MAC** y la **causa del embarazo**. Las mujeres que utilizan métodos hormonales atribuyen el embarazo en mayor proporción al mal uso del anticonceptivo y desconocimiento de la causa [$OR=6'4$; IC 95%, 2'4-17'4; $p<0'001$]. Ya que el método hormonal más utilizado es la píldora, este efecto puede deberse a los olvidos de la misma, de los cuales a veces son conscientes, pero en otras ocasiones ni siquiera llegan a detectarlo.

Entre las variables de la encuesta posterior a la IVE podemos encontrar asociación con la intervención en cuanto a la **nacionalidad**. Las mujeres españolas y aquellas con menores **ingresos mensuales** referían significativamente una menor **dificultad en los trámites** ($p=0'011$ y $p=0'028$ respectivamente). La causa de esta valoración puede estar en que las inmigrantes, al desconocer el sistema sanitario y la burocracia en Salamanca, pueden encontrar mayores dificultades, sobre todo si su

lengua materna no es el español. Por otra parte, la percepción de las mujeres con menor nivel económico puede estar sesgada por la necesidad de realizar la intervención a través del sistema público de salud. Podríamos pensar que estas mujeres más desfavorecidas tienen un nivel de instrucción más bajo y pueden sufrir mayores contratiempos.

También el **nivel de estudios** se encuentra asociado con **la dificultad para el desplazamiento** ($p=0'003$), siendo las mujeres con estudios universitarios las que prefieren en mayor proporción una clínica privada y aquellas con estudios secundarios las que mayoritariamente muestran una actitud indiferente o lo consideran un esfuerzo asumible.

En conclusión a este punto, las variables que han demostrado asociación con la práctica de la IVE son: número de parejas sexuales, causa del embarazo atribuida, razón de la IVE, apoyo recibido, tipo de MAC y valoración de la dificultad en los trámites y el desplazamiento. Las posibles interpretaciones de los resultados son múltiples ya que son muchos los factores que pueden influir en los comportamientos sexuales de las mujeres.

5.6. VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS RESPECTO A LA PRESTACIÓN IVE DEL SACYL, LAS PROPUESTAS DE MEJORA Y LOS CAMBIOS EN LAS PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS TRAS LA IVE

La mayor parte de las mujeres de nuestro estudio piensan que la **dificultad de los trámites** para la IVE ha sido baja (un 44% la valoró con un 1 en una escala del 1 al 5 y un 23% con un 2). En cambio, el desplazamiento a Valladolid genera opiniones encontradas. Por una parte, hay un grupo de mujeres que les resulta indiferente (28%) o incluso lo prefieren así antes que hacerlo en Salamanca (16%), y existe otra fracción de usuarias que lo ven como un inconveniente (56%). De hecho, mejorar la

accesibilidad realizando la intervención en Salamanca es el aspecto que más frecuentemente reivindican (un 16% de las encuestadas posteriormente a la IVE).

A la dificultad del desplazamiento para someterse a la IVE hay que añadir que, por convenio con la clínica privada, las mujeres deben acudir allí de nuevo para realizar la revisión un mes después y comprobar que el útero ha quedado vacío. En general, a casi todas les habían informado de la necesidad de esta consulta, pero un 35% no podía volver a Valladolid para ello, probablemente por motivos laborales y tener que depender de un medio de transporte.

Quizás lo más adecuado para las mujeres que interrumpen la gestación sería que la prestación de la consulta de revisión dejara de estar a cargo de la clínica privada y pasara a formar parte de la agenda del centro de planificación familiar. Cuando las pacientes acuden para la ecografía de datación, podrían quedar citadas para la consulta posterior, donde se podría insistir en la necesidad de un MAC fiable y realizar un mejor consejo contraceptivo por parte del ginecólogo. De la manera actual, queda en manos de la usuaria solicitar consulta con su médico de AP, matrona o ginecólogo para recibir la información de planificación familiar.

En 2019 Kumar realizó en Londres un estudio multicéntrico aleatorizando a 569 IVE a un grupo control que recibía posteriormente los cuidados estándares (les aconsejaban solicitar cita con su médico de AP o la clínica contraceptiva si lo necesitaban), o bien al grupo que recibía además un soporte adicional con un especialista en contracepción que contactaba con ellas de forma telefónica o presencial a las 2-4 semanas y a los 3 meses de la IVE. En el análisis por protocolo, los casos usaban significativamente MAC más efectivos y más LARCs a los 6 meses de la IVE. También hubo menos abortos durante el seguimiento en el grupo de intervención, aunque sin ser estadísticamente significativo (5% vs 10% al año y 3% vs 6% a los dos años) (118). En este estudio consideraban como MAC efectivos el uso regular y consistente de la píldora, anillo, parche, LARCs y la esterilización.

El único estudio español que recoge la **experiencia** de las mujeres que interrumpen un embarazo se realizó en 2005 en Sevilla. Aunque allí las pacientes no

tenían que salir de la provincia para acudir a la clínica privada concertada, también se valoró la accesibilidad y la satisfacción con el circuito (65). Muchas mujeres señalaron la necesidad de agilizar los trámites ya que el hecho de permanecer embarazadas una vez tomada la decisión de abortar les provocaba angustia a medida que se incrementaba el número de semanas de gestación. En general, las 36 mujeres encuestadas estaban satisfechas con la atención recibida (el 63% en nuestra muestra). Sin embargo, algunas denuncian un trato brusco por parte del médico de AP que les informa, probablemente porque éste no comparte la decisión de abortar. Situación similar sigue teniendo lugar hoy en día. En nuestro caso le ocurrió a una mujer con el personal de la Gerencia. También sigue siendo común la falta de información para algunas usuarias (el 75% en nuestra muestra).

Aunque la asistencia durante el proceso de IVE puede dar lugar a debates morales, no podemos olvidar que la información suministrada y el consejo médico deben ser lo más objetivos y ecuanimes posibles, teniendo en cuenta que estas personas sólo deben informar y derivar, ya que no suministran directamente el servicio (67).

La experiencia de la IVE tiene una importante **repercusión** para la mujer tanto física como **psicológica** (a los 2-3 meses del aborto la mitad de nuestras encuestadas aún lo recordaban y para un 25% suponía un antes y un después en su vida). Los factores que más se asocian con tener efectos adversos mentales tras el aborto son el antecedente de enfermedad mental y las experiencias traumáticas en la vida como el abuso o abandono infantil (119,120). Sin embargo, la evidencia de la que disponemos ha demostrado que la IVE no aumenta el riesgo de enfermedad mental comparado con llevar la gestación a término (121–123).

El estudio estadounidense Turnaway entrevistó a casi 1000 mujeres que solicitaron una IVE y comparó los efectos adversos psicológicos de las que obtuvieron el aborto frente a las que se les negó por tener más semanas de las permitidas, siguiéndolas durante 5 años (121). Las mujeres que no fueron aceptadas, sobre todo las que más adelante tuvieron un aborto espontáneo o acudieron a otro lugar para

interrumpir, experimentaron los niveles más altos de ansiedad y más baja autoestima y satisfacción 1 semana después de habersele denegado el aborto. Estos síntomas mejoraron aproximándose a los niveles de los otros grupos en los siguientes 6-12 meses. Los autores piensan que, cuando la situación económica y de pareja no les parece adecuada para soportar un embarazo, la causa del empeoramiento en los indicadores de salud mental se debe al sentimiento de deficiencia más que a la decisión de la interrupción en sí misma. Además, las mujeres a las que se les denegó el aborto pero finalmente lo consiguieron en otro lugar, experimentaron un estrés adicional al buscar las alternativas, desplazarse y ocasionarles un desembolso mayor.

También es cierto que, aunque tener una IVE no aumentó el riesgo de síntomas psicológicos durante el seguimiento, éstos eran más frecuentes en el tiempo cercano a la interrupción comparado con años después (121). Del mismo modo, el estudio de Major encontró que la autoestima era menor y los síntomas depresivos más frecuentes justo antes de realizar el aborto, con una mejora inmediata posteriormente (124).

Ya que la causa de estos síntomas de salud mental no se conocía, Biggs desarrolló y validó una escala para evaluar los factores que determinan la carga psicosocial de las mujeres que buscan una IVE (125). Se compone de 4 pilares: las barreras logísticas para acceder al aborto, la decisión sobre el embarazo, la falta de autonomía y la preocupación por la reacción de otras personas. El primero de ellos incluye ítems sobre la dificultad de encontrar el lugar donde abortar y viajar hasta allí; el segundo puntúa la preocupación por la decisión de acabar con una vida; la falta de autonomía evalúa el tener que comunicarle a la gente el embarazo y aborto y la espera para la intervención. Por último, la reacción de los “demás” sobre el embarazo puntúa la preocupación por cómo responden los padres, amigos y otros miembros de la familia a la decisión de abortar. La escala en general y cada factor en particular se asocia significativamente con el estrés percibido, ansiedad y síntomas depresivos, todos ellos medidos según test aceptados por la comunidad científica.

La mayoría de estudios sobre la experiencia psicológica del aborto se centran en los efectos negativos. Sin embargo, se ha reconocido que la angustia psicológica y su

persistencia puede derivar en la percepción de un cambio personal positivo asociado a un evento (126). En este sentido, habría que ampliar el enfoque tradicional sobre los efectos psicológicos de la IVE para incluir también los resultados positivos.

Barraza y Calvo-Francés analizaron el crecimiento personal de 338 IVE en Las Palmas usando una traducción española del Posttraumatic Growth Inventory (127). Las mujeres fueron entrevistadas el día del aborto, un mes después y seis meses tras la intervención. En el primer momento, un 65% de las participantes mostró un crecimiento moderado-alto, aumentando dicha proporción en los análisis posteriores. La puntuación en cada entrevista también creció significativamente. Entre las variables que predijeron el crecimiento encontramos la mayor percepción del aborto como un punto de inflexión en sus vidas y un menor nivel de educación académica. Entre las mujeres con estudios primarios hubo una mayor proporción de desempleadas y amas de casa. La experiencia del aborto para ellas puede suponer un desafío y un ejercicio de autonomía tal que les hace percibir un mayor cambio que en las mujeres con nivel académico más alto. Contar con un buen apoyo social desde el comienzo del proceso y un mes después, también predijo el crecimiento personal (127).

Por otra parte, a las mujeres que deciden abortar también les afecta el sentirse juzgadas por los profesionales, considerándose más vulnerables (65). En cambio, el sentirse respetadas las lleva a confiar en el médico y facilita tomar la decisión sobre qué **MAC utilizar posteriormente**, ya que se encuentran más abiertas a recibir nueva información.

En Suecia Kilander et al. realizaron 13 entrevistas entre 4 y 6 semanas tras la IVE (128). Allí es obligatorio el consejo contraceptivo en el momento de información sobre el aborto. Estas mujeres se sintieron respetadas por el médico que era neutral, el que escuchaba sin juzgarlas y el que reconocía su derecho a decidir si continuar con la gestación o no. Cuando se encontraban en este ambiente, estaban más receptivas a la información, se sentían menos vulnerables y les era más sencillo decidir probar un nuevo MAC frente al cual, a priori, podían tener reticencias (por ejemplo, con los métodos hormonales).

Estas mujeres demandaban una información completa y objetiva sobre los beneficios y perjuicios de cada método, pudiendo realizar todas sus preguntas y recibiendo finalmente un consejo contraceptivo basado en su situación. En cambio, las mujeres que se sintieron forzadas a iniciar un MAC en concreto, acabaron sin usar ninguno.

De las 13 mujeres suecas, previamente a la IVE 2 utilizaban la píldora, 3 el preservativo y 8 de ellas no tenían ningún MAC. Tras la interrupción, 7 mujeres optaron por un DIU, 3 por la píldora/parche/anillo y 3 pensaban continuar sin MAC.

Del mismo modo, en nuestro estudio la mayoría de las pacientes (75%) querían cambiar o habían cambiado ya a un método de mayor eficacia. Al analizar la muestra en la que se pudo completar el seguimiento, se observa que existe un cambio en el tipo de MAC que no se puede explicar por el azar. Mientras que anteriormente a la IVE sólo el 34% de las mujeres referían utilizar un método hormonal, tras la intervención, el 66% de las encuestadas estaban dispuestas adoptarlo ($p=0'006$). Esto se debe a que más de la mitad de las mujeres que utilizaban antes de la IVE un método no hormonal y/o ninguno (54%) se cambiaron a un método hormonal de mayor eficacia posteriormente, y que el 88% de las mujeres que ya usaban un método hormonal, lo mantuvieron después. Por lo tanto, la intervención de la IVE conlleva un cambio significativo en el tipo de MAC de las mujeres.

En nuestro estudio, el efecto de la IVE parece mayor que en el de Serrano, ya que en éste, el 23% de las mujeres afirmaban que usarían un MAC tras el aborto, un 74% estaban indecisas y un 4% directamente lo negaban (74). Entre las pacientes que pensaban utilizar MAC, un 36% elegía la píldora, un 26% el preservativo, un 20% el DIU y un 19% otros métodos.

Los anticonceptivos orales (38%) fueron también el MAC más frecuentemente elegido tras la IVE en el estudio realizado en 2015 en Portugal, seguido del DIU (20%) y el implante (12%) (129). Durante los 24 meses de seguimiento, un 5% de las pacientes acudieron para una nueva IVE, siendo el tiempo hasta el aborto de repetición diferente

significativamente según el MAC. Las usuarias de LARCs tuvieron mayor media de tiempo hasta la nueva IVE comparado con las que no los utilizaban. Excluyendo a las mujeres que no acudieron a revisión, por lo que se desconocía su MAC, y entre las cuales la proporción de abortos de repetición fue mayor (19%), hubo un 0'8% de nuevas IVE entre las usuarias del implante, un 1'5% entre las del DIU, un 2'8% entre las que utilizaban el anillo y un 5'8% entre las que empleaban la píldora.

Aunque la IVE modifica las prácticas anticonceptivas de las mujeres, parece que el efecto es menor del deseado y se mantienen otros factores que impiden utilizar los métodos más seguros. En el estudio turco de Günyeli se comparó un grupo de 140 mujeres que iban a abortar con 193 que asistían a la consulta para obtener consejo contraceptivo. Tras informar a ambos grupos, las mujeres que no acudían a la IVE eligieron el DIU significativamente con más frecuencia que las del primer grupo (52% vs 6'4%). De hecho, el 86% de las mujeres que interrumpieron no escogieron un método moderno, aunque el uso del coitus interruptus descendió del 38% al 1'4% (114).

Tsikouras comparó los comportamientos contraceptivos de adolescentes cristianos ortodoxos y musulmanes tras una IVE en Grecia. Tras un año de seguimiento, en ambos grupos aumentó significativamente el uso de la píldora y el preservativo frente a la marcha atrás, los métodos naturales y la AU. Sin embargo, persistieron ciertas diferencias: entre las adolescentes ortodoxas el método más usado era la píldora (48%) seguido del preservativo (30%); al contrario que las musulmanas (24% y 46% respectivamente) (130).

Esto demuestra que la adecuada información junto con la experiencia de la IVE modifica la práctica anticonceptiva de las usuarias, pero hay otros factores sociales, culturales y educativos que no pueden ser erradicados. Si una chica musulmana compra la píldora en una farmacia, estaría exponiendo la sexualidad femenina en una comunidad conservadora y patriarcal, al mismo tiempo que le sería difícil tenerla en casa si sus padres no lo aprueban. Por el contrario, la sexualidad masculina históricamente se ha aceptado más fácilmente, y un adolescente musulmán puede

comprar preservativos sin ser juzgado. Esta puede ser la razón de que la píldora sea menos utilizada entre las chicas musulmanas tanto antes como después de la IVE (130).

Se han vinculado las menores tasas de aborto con un mejor acceso a los métodos de planificación familiar de alta calidad, con intervenciones dirigidas especialmente a adolescentes (131,132). La complejidad de esta etapa de la vida junto con una tasa de IVE que no deja de crecer, hace importante crear programas específicamente dirigidos a los jóvenes.

Una revisión sistemática sobre la IVE en adolescentes concluyó que la efectividad y satisfacción con el tratamiento es similar a las mujeres mayores, al igual que la depresión a largo plazo. Sin embargo, las que percibían un mayor conflicto parental tenían más dificultades para afrontar la situación. Las menores de 19 años utilizaban menos LARCs tras la IVE y también tenían menor tasa de efectos adversos (principalmente perforación uterina y mortalidad), aunque sí tenían más riesgo de laceración cervical. Por último, las adolescentes acudían con una mayor edad gestacional al aborto, lo que sí conlleva una mayor morbilidad (133). Esto puede deberse a las irregularidades menstruales propias de este periodo, que retrasan la sospecha de embarazo y con ello la realización del test, pero también a una mayor dificultad para tomar la decisión y acceder a los servicios de interrupción. Por tanto, ya que la evidencia muestra que la IVE es segura, aceptable y eficaz en adolescentes, sin conllevar peores resultados físicos ni mentales, se debe facilitar su acceso y organizar programas de educación que mejoren sus habilidades para detectar y comunicar el embarazo. Los LARCs también se han demostrado seguros en adolescentes, incluido el DIU en nulíparas, pero falta información entre las usuarias y los profesionales que los prescriben (134,135).

Como conclusión a este último punto podemos decir que, aunque las mujeres en general están satisfechas con la atención recibida durante la IVE, les gustaría tener una mejor accesibilidad a la intervención e información más completa del proceso desde una postura neutral. A la mayor parte el aborto les afecta psicológicamente, y esto

puede hacer que, en los primeros meses, exista un cambio significativo a un MAC más fiable. Incluso accedan a usar la anticoncepción hormonal que previamente rechazaban. Sin embargo, existen otros factores sociales y culturales que tienen más fuerza que la experiencia de la IVE. Realizar un seguimiento presencial o telefónico tras el aborto en la consulta de planificación familiar podría mejorar el consejo contraceptivo y la adherencia a MAC eficaces, no sólo en el momento posterior a la IVE, sino a más largo plazo.

5.7. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Sobre la metodología

Las principales **limitaciones** metodológicas de este trabajo de investigación vienen determinadas por la propia característica del diseño y el tamaño de la muestra.

Un diseño de intervención pre-post de un solo grupo, su mayor limitación estriba en la inexistencia de grupo control, lo que imposibilita establecer evidencias de causalidad; obviamente, al tratarse de un solo grupo, tampoco existe asignación aleatoria. Sin embargo, este tipo de estudios se utiliza ampliamente en investigación aplicada porque nos permite seleccionar grupos accesibles, son fáciles de aplicar y los recursos humanos y económicos necesarios para su ejecución son menores.

En cuanto al tamaño muestral, la muestra recogida durante 2018 y 2019 no alcanzó el tamaño representativo estimado, lo que dificultó encontrar relaciones/asociaciones y generalizaciones significativas a partir de los datos.; a lo que se añadió el elevado porcentaje (45%) de pérdidas en el seguimiento de las pacientes y la baja participación en el estudio posterior a la IVE. Así, la “n” obtenida (70 unidades muestrales) se aleja del tamaño muestral representativo estimado que nos permita extrapolar los resultados de nuestro estudio y nos obliga a ser cautos en nuestras conclusiones.

Si bien, hay que tener en cuenta que la participación en el estudio era voluntaria y la situación emocional en la que se encontraban las mujeres cuando acudían a la

ecografía de datación hacía que muchas de ellas no pudieran concentrarse en realizar una encuesta. De hecho, existe un importante volumen de datos perdidos ya que algunas mujeres solo cumplimentaban una hoja, saltaban preguntas, o a pesar de haber dado su consentimiento para el contacto posterior y dejar su teléfono, después no querían contestar la encuesta de satisfacción y colgaban la llamada. Una dificultad añadida para la recogida de datos fue el traslado de la ecografía de datación al Hospital Clínico de Salamanca durante el periodo estival, con el consiguiente cambio de personal.

Por otra parte, se ha perdido información acerca del MAC elegido tras la IVE al no preguntar concretamente por el que utilizan, sino que quedan agrupados en “hormonales” y “no hormonales”. Un mayor tiempo de seguimiento con nuevos contactos telefónicos habría podido recabar más información sobre las prácticas anticonceptivas tras la IVE, porque, aunque algunas mujeres tenían intención de cambiar de MAC, puede que finalmente no lo hicieran. También sería interesante conocer la proporción de mujeres que eligen un LARC. Sin embargo, conseguir una sola conversación ya ha sido bastante difícil. No sólo había que evitar el horario laboral, sino que a veces se encontraban acompañadas de gente junto a la que no querían contestar este tipo de preguntas, o nos habían dejado el teléfono de otro familiar. En muchas ocasiones fue necesario concertar una cita telefónica a la hora que era adecuada para mujer.

Es decir, la IVE parece un tema incómodo para las mujeres. La mayoría de pérdidas en el seguimiento se deben a que no accedieron al contacto posterior, pero incluso en los casos que dejaban su teléfono, era muy difícil encontrar la situación adecuada para contestar preguntas acerca de una intervención que no les es agradable recordar.

La falta de estudios previos de investigación sobre el tema constituye otra limitación a tener en cuenta. Referenciar y criticar estudios ya realizados ayuda a sentar las bases para entender el problema de investigación que se aborda. Sin

embargo, esta limitación ha sido una oportunidad para identificar brechas en la literatura científica existente y, consecuentemente, nuevas líneas de investigación.

En cuanto a las **fortalezas** del estudio, hasta donde llega nuestro conocimiento, este es el primer trabajo español que recoge el perfil epidemiológico y de salud reproductiva previamente a la IVE y realiza un seguimiento para analizar los cambios en las prácticas anticonceptivas de estas mujeres, así como su valoración personal del aborto.

La mayoría de estudios nacionales que analizan las IVE son transversales y de base poblacional a partir de los registros de las Comunidades Autónomas. De los escasos trabajos encontrados sustentados en encuestas individuales, solo 3 recogen los datos con la vigente Ley Orgánica 2/2010 (71,73,116), y el primero de ellos es el único de metodología similar que analiza toda la población de IVE en lugar de un subgrupo (prostitutas y adultas jóvenes respectivamente) . El motivo del aborto puede verse afectado en gran manera con el cambio de Ley, ya que con la anterior Ley Orgánica 9/1985, el 90% de las IVE se acogían al grave riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada.

Sobre los resultados

Al ser un estudio con base en el Sistema de Salud Pública, los resultados pueden verse alterados por un sesgo de selección. Las mujeres situadas en los extremos de los niveles educativos pueden encontrarse infrarrepresentadas, ya que saber de la existencia y cómo proceder para acceder al circuito de la IVE gratuita requiere ciertos conocimientos. Por otra parte, las pacientes más instruidas, que fácilmente también tienen un mayor poder adquisitivo y edad, acudirán a la medicina privada para realizar este procedimiento de forma más rápida y sin desplazamientos. Por todo ello, encuestar en el ámbito público y privado ofrecería una imagen más completa del perfil epidemiológico y de prácticas reproductivas que tienen las mujeres que deciden interrumpir el embarazo.

Por último, a la hora de interpretar los resultados presentados en este trabajo de investigación, es importante recordar que “asociación” no es sinónimo de “causalidad”; si bien, para establecer una relación causa-efecto es indispensable que la causa y efecto estén asociadas en tiempo y espacio, la presencia de asociación no implica necesariamente causalidad.

6. Conclusiones

En base a los objetivos planteados y resultados obtenidos, se extraen las siguientes **CONCLUSIONES DEL ESTUDIO:**

<p>1º En cuanto al perfil epidemiológico de la mujer que interrumpe la gestación en Salamanca.</p>	<p>1ª. El perfil de la mujer que realiza una interrupción voluntaria del embarazo a través del SACyL en Salamanca se caracteriza por tener una edad comprendida entre los 20 y 25 años, poseer estudios secundarios y vivir sola y sin hijos, tener ingresos inferiores a 735€ y ser de nacionalidad española.</p>
<p>2º En cuanto a los comportamientos sexuales de las mujeres que realizan la IVE en Salamanca.</p>	<p>2ª. El MAC más frecuente entre las mujeres que interrumpen en Salamanca es el preservativo, seguido de la píldora. Existe un escaso uso de los LARCs y una importante ausencia de contracepción en muchas mujeres. Sin embargo, el origen de las gestaciones no deseadas no sólo está en esta carencia, sino en el uso inadecuado o la baja adherencia a métodos fiables.</p> <p>3ª. La principal razón de rechazo de los métodos hormonales son sus efectos secundarios y la falta de una adecuada información.</p> <p>4ª. Cuando las mujeres no disponen de MAC, lo más frecuente es utilizar la marcha atrás.</p> <p>5ª. A la mayoría el alcohol no les hace utilizar menos el preservativo, han tenido entre 2 y 5 parejas sexuales y una edad de inicio de las relaciones entre los 14 y 17 años, disminuyendo significativamente entre las mujeres de la muestra de modo que, a menor edad, inicio más precoz.</p> <p>6ª. Entre las IVE hay poca conciencia del riesgo tras el coito que origina el embarazo. En cambio, existe cierto uso de la AU como método anticonceptivo habitual.</p>
<p>3º En cuanto a los conocimientos y principales fuentes de información sobre sexualidad y métodos de planificación familiar de las</p>	<p>7ª. La fuente de información sobre anticoncepción más frecuente es el médico de Atención Primaria. La mayoría de las mujeres han recibido educación en sexualidad, principalmente en el ámbito académico, y no saben nada acerca de los LARCs.</p> <p>8ª. A pesar de que la educación en sexualidad y salud reproductiva está aumentando en el ámbito académico de los</p>

<p>mujeres que solicitan una IVE en Salamanca.</p>	<p>jóvenes, todavía es necesario un mayor esfuerzo para conseguir que, cuando la población necesite más información sobre métodos anticonceptivos, acuda a fuentes fiables como son los profesionales sanitarios.</p>
<p>4º En cuanto al análisis de las causas de interrupción del embarazo.</p>	<p>11ª. Las razones para interrumpir un embarazo son múltiples y complejas. Las más frecuentes en nuestro estudio y en la literatura son las económicas y el no considerarse en el momento adecuado de sus vidas para tener un hijo.</p> <p>12ª. La primera causa reconocida de embarazo es el mal uso del MAC seguido del hecho de no haber utilizado ningún método.</p> <p>13ª. La mayoría de las mujeres en nuestra muestra no tenían IVE previas (aunque las interrupciones de repetición se duplican entre las mujeres mayores de 25 años), y contaban con algún apoyo durante este proceso, especialmente las más jóvenes.</p>
<p>5º En cuanto a la identificación de variables asociadas derivadas de la situación socioeconómica y los comportamientos sexuales en función del conocimiento en planificación familiar.</p>	<p>14ª. Las variables que han demostrado asociación con la práctica de la IVE son el número de parejas sexuales, la causa del embarazo atribuida, razón de la IVE, apoyo recibido, el tipo de MAC y la valoración de la dificultad en los trámites y el desplazamiento.</p>
<p>6º En cuanto a conocer el grado de satisfacción de las usuarias con el circuito IVE del SACyL y la influencia de esta experiencia a nivel personal.</p>	<p>16ª. La mayor parte de las mujeres considera que la dificultad con los trámites ha sido baja. Sin embargo, hay diversidad de opiniones en cuanto al desplazamiento a Valladolid.</p> <p>17ª. La mayoría de las pacientes acudieron a la revisión ecográfica incluida por convenio con la clínica privada en Valladolid, mientras que un 35% no podía volver a desplazarse para ello.</p> <p>18ª. La experiencia de la IVE para la mujer tiene repercusión tanto física como psicológica. Según la literatura, no aumenta el riesgo de enfermedad mental comparado con llevar la gestación a término, pero los síntomas psicológicos son más</p>

	<p>frecuentes en el momento cercano al aborto que años después.</p> <p>19^a. La IVE puede tener también un efecto positivo en la salud mental de la mujer. Se ha identificado un crecimiento personal tras la intervención en algunas de ellas.</p>
<p>7^o En cuanto a recibir las propuestas de mejora de las mujeres que solicitan una IVE a través del Sistema de Salud Pública en Salamanca.</p>	<p>20^a. La mayoría de las encuestadas no reseñan ningún aspecto a mejorar. Lo más demandado fue facilitar la accesibilidad realizando la intervención en Salamanca y mejorar la información sobre los trámites, opciones y apoyo psicológico previamente a la IVE. Otras peticiones fueron mejorar la anestesia durante la intervención y evitar los juicios de valor por parte del personal administrativo.</p>
<p>8^o En cuanto a valorar los cambios en las prácticas anticonceptivas que puede ocasionar la intervención de la interrupción de embarazo.</p>	<p>21^a. La intervención de la IVE conlleva un cambio significativo a un MAC de mayor eficacia. Mientras que anteriormente sólo el 34% de las encuestadas referían utilizar un método hormonal, tras la IVE, el 66% de las mismas estaban dispuestas adoptarlo.</p>

El presente trabajo de investigación pone de manifiesto importantes carencias por lo que se elaboran las siguientes **PROPUESTAS DE MEJORA:**

Primera: Con el fin de adquirir una mayor potencia estadística sería necesario un mayor tamaño de muestra. Para conseguirlo y al mismo tiempo tener el perfil completo de la mujer que interrumpe el embarazo, sería ideal poder obtener muestra del sistema sanitario privado, ya que las características socioeconómicas y reproductivas pueden diferir del ámbito público y gratuito.

Segunda: Aunque la formación en salud reproductiva está aumentando progresivamente en el ámbito académico, gran parte de la población tiene importantes carencias que a veces tienden a resolver en internet o entre sus amigos. Para evitar los embarazos no deseados es necesario mejorar la información y combatir la desinformación. Hemos visto cómo a menudo las mujeres nunca han oído hablar de los LARCs o creen falsos mitos de la anticoncepción hormonal sin conocer sus efectos beneficiosos. Por ello, sería positivo organizar seminarios formativos impartidos por sanitarios donde mujeres y hombres podrían adquirir conocimientos sobre salud reproductiva, así como plantear sus dudas a profesionales adecuadamente formados. También serían necesarias campañas publicitarias de estos seminarios que mostraran a la población la carencia de información en salud reproductiva que poseen, ya que mucha gente piensa que están adecuadamente formados y que las prácticas que realizan son seguras.

7. Bibliografía

1. Rosa María Zapata Boluda, Gutiérrez Izquierdo María Isabel. Salud sexual y reproductiva. Universidad de Almería; 2016.
2. Alexandro Fernández. El aborto en la antigüedad. 23 de junio de 2018; Disponible en: <http://www.laizquierdadiario.com/El-aborto-en-la-antigüedad>
3. Manuel Sedano L, Cecilia Sedano M, Rodrigo Sedano M. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Rev Med Clin Condes. 2014;25(6):866-73.
4. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. 2013.
5. Reina MF, Ciaravino H, Llovera N, Castelo-Branco C. Contraception knowledge and sexual behaviour in secondary school students. Gynecol Endocrinol. 2010;26(7):479-83.3.
6. Corredera Hernández FJ. Intervención educativa en conductas de riesgo en salud sexual y reproductiva en la población universitaria de Salamanca [Internet]. Universidad de Salamanca; 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/127373>
7. Marcela Lagarde. La sexualidad. En: Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas [Internet]. México: Siglo XXI; 1990. Disponible en: www.caladona.org › 2007/03 › MARCELA LAGARDE SEXUALIDAD
8. Amezúa E. Teoría de los sexos: La letra pequeña de la sexología. Rev Esp Sexol. 1999;95-6.
9. Alfaro González María, Vázquez Fernández ME, Fierro Urturi A, Muñoz Moreno MF, Rodríguez Molinero L, González Hernando C. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:217-25.
10. Glasier A, Gulmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet. 2006;368(9547):1595-607.
11. Barr EM, Goldfarb ES, Russell S, Seabert D, Wallen M, Wilson KL. Improving sexuality education: the development of teacher-preparation standards. J Sch Health. 2014;84(6):396-415.
12. Colomer Revuelta J, PrevInfad G. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev Pediatr Aten Prim. 2004;6(24):617-32.
13. American Congress of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Committee Opinion no. 598: Committee on Adolescent Health Care: The initial reproductive health visit. 2014;123(5):1143-7.
14. American Academy of Pediatrics. Sexuality education for children and adolescents. Pediatrics. 2001;108.
15. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. 1985.

16. Serrano Navarro JR. Protocolos SEGO/SEC. Guía para la Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE). 2019.
17. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. 2010.
18. Información General previa al consentimiento en la interrupción voluntaria del embarazo (art. 17.1 de la LO 2/2010, de 3 de marzo y art. 4 del RD 825/2010, de 25 de junio) [Internet]. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad.; Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-mujer/informacion-ive-interrupcion-voluntaria-embarazo>
19. 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. 2015.
20. Valero Lance P, Rausell Vázquez D, Pacheco Rodríguez C, García Cervera J. Planificación familiar: información general y seguimiento de anticonceptivos orales. 2007
21. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores. 2011.
22. De la Viuda García E. Formación Médica Continuada. Anticoncepción oral en la consulta ginecológica. Ediciones Mayo, S.A.; 2020.
23. Cardo Prats E, Baixauli Fernández VJ. Anticonceptivos orales. Métodos y preguntas más frecuentes. Offarm. 2004;23(9).
24. Quesada Moreno M. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción sólo gestágenos. 2013.
25. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Prospecto: información para el usuario. Implanon NXT, 68mg implante. 2000.
26. Alonso Llamazares MJ. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción intrauterina. 2014.
27. Serrano Navarro JR, Quilez J. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal. 2013.
28. Van Lunsen R, Creatsas G, Serfaty D. Double Dutch; the double message in prevention. En: Proceedings of the 2nd Congress of the European Society for Contraception Athens. 1992.
29. Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. Hum Reprod Update. 2011;17(1):121-37.
30. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I, Bahamondes MV. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Diciembre de 2019;S1521693419301786.

31. Haspels A. The «morning-after pill»--a preliminary report. *IPPF Med Bull.* 1969;3(3):6.
32. Yuzpe A, Lancee W. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril.* 1977;28(9):932-6.
33. Grimes D, von Hertzen H, Piaggio G, Van Look P, Peregoudov S, Vucurevic M. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *The Lancet.* Agosto de 1998;352(9126):428-33.
34. Alonso Llamazares MJ. *Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción de urgencia.* 2013.
35. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation — a pilot study. *Contraception.* Febrero de 2007;75(2):112-8.
36. Noé G, Croxatto HB, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Muñoz C, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception.* noviembre de 2011;84(5):486-92.
37. Meng C-X, Marions L, Bystrom B, Gemzell-Danielsson K. Effects of oral and vaginal administration of levonorgestrel emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum Reprod.* 1 de abril de 2010;25(4):874-83.
38. Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond EG, Durán-Sánchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception.* Octubre de 2001;64(4):227-34.
39. Palomino WA, Kohen P, Devoto L. A single midcycle dose of levonorgestrel similar to emergency contraceptive does not alter the expression of the L-selectin ligand or molecular markers of endometrial receptivity. *Fertil Steril.* Octubre de 2010;94(5):1589-94.
40. De Santis M, Cavaliere AF, Straface G, Carducci B, Caruso A. Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertil Steril.* Agosto de 2005;84(2):296-9.
41. Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Yu W, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Hum Reprod.* 1 de Julio de 2009;24(7):1605-11.
42. Teves ME, Guidobaldi HA, Uñates DR, Sanchez R, Miska W, Publicover SJ, et al. Molecular Mechanism for Human Sperm Chemotaxis Mediated by Progesterone. Hansen IA, editor. *PLoS ONE.* 8 de diciembre de 2009;4(12):e8211.
43. Lishko PV, Botchkina IL, Kirichok Y. Progesterone activates the principal Ca²⁺ channel of human sperm. *Nature.* Marzo de 2011;471(7338):387-91.

44. Raymond EG, Halpern V, Lopez LM. Pericoital Oral Contraception With Levonorgestrel: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* Marzo de 2011;117(3):673-81.
45. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception.* Octubre de 2011;84(4):363-7.
46. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, Wan L, Frezieres R, Thomas M, et al. Progesterone Receptor Modulator for Emergency Contraception: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* Noviembre de 2006;108(5):1089-97.
47. Rosato E, Farris M, Bastianelli C. Mechanism of Action of Ulipristal Acetate for Emergency Contraception: A Systematic Review. *Front Pharmacol [Internet].* 12 de enero de 2016;6. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fphar.2015.00315/abstract>
48. Gemzell-Danielsson K, Berger C, P.G.L. L. Emergency contraception — mechanisms of action. *Contraception.* Marzo de 2013;87(3):300-8.
49. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Fertility Regulation Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 20 de enero de 2019; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001324.pub6>
50. Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. En: *The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. p. CD001324.pub4. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001324.pub4>
51. Mittal S. Emergency contraception: which is the best? *Minerva Ginecol.* Diciembre de 2016;68(6):687-99.
52. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod.* 1 de julio de 2012;27(7):1994-2000.
53. Goldstuck ND, Cheung TS. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception and beyond: a systematic review update. *Int J Womens Health.* Agosto de 2019;Volumen 11:471-9.
54. Lete Lasa I, Coll Capdevila C, Serrano Fuster I, Doval Conde JL, Carbonell Esteve JL. Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación: ¿dónde estamos en el año 2018? *2018;61(2):190-9.*
55. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. *Interrupción Voluntaria de Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2018.* 2019.
56. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Sánchez-Queija I, Jiménez-Iglesias A, García-Moya A. Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2019.

57. Ministerio de Sanidad y Política Social. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al 2012. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2014.
58. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2018.
59. Ministerio de Sanidad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2019. 2020.
60. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2016. 2017.
61. Orden de 16 de junio de 1986 sobre Estadística e Información Epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio (B.O.E. de 3 de julio de 1986). 1986.
62. Ruiz-Ramos M, Ivañez-Gimeno L, García León FJ. Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gac Sanit*. Noviembre de 2012;26(6):504-11.
63. Sedgh G, Singh S, Henshaw S. Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2011;37:84-9.
64. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic Inequalities in Unintended Pregnancy and Abortion Decision. *J Urban Health*. Enero de 2008;85(1):125-35.
65. Morillo García Á, Aldana Espinal JM, Moreno Nieto J, Sillero Sánchez R, Nieto Cervera P. Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. *Aten Primaria*. Junio de 2007;39(6):313-8.
66. Kumar U, Baraitser P, Morton S, Massil H. Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 1 de enero de 2004;30(1):51-4.
67. Adams KE. Moral diversity among physicians and conscientious refusal of care in the provision of abortion services. *J Am Med Womens Assoc* 1972. 2003;58(4):223-6.
68. Universitat Oberta de Catalunya. Estudios analíticos. Estudios cuasiexperimentales [Internet]. Disponible en: http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90_166d/web/main/m4/22f.html
69. Instituto Nacional de Estadística. Población por provincias, edad (grupos quinquenales), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año. [Internet]. INE. Disponible en: Población por provincias, edad (grupos quinquenales), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año.
70. Sierra Bravo R. Técnicas de investigación social. Madrid: Paraninfo; 1998.

71. Vila-Vives JM, Soler-Ferrero I, Gimeno-Clemente N, Hidalgo-Mora JJ, Vila-Martínez JM, Pellicer A. Perfil de la paciente que solicita una interrupción voluntaria del embarazo. *Gac Sanit.* Noviembre de 2013;27(6):565-6.
72. Rodriguez-Alvarez E, Borrell LN, González-Rábago Y, Martín U, Lanborena N. Induced abortion in a Southern European region: examining inequalities between native and immigrant women. *Int J Public Health.* Septiembre de 2016;61(7):829-36.
73. Cabrerizo Egea MJ, Barroso García MP, Rodríguez-Contreras Pelayo R. Interrupción voluntaria del embarazo y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Almería. *Gac Sanit.* Mayo de 2015;29(3):205-8.
74. Serrano I, Doval JL, Lete I, Arbat A, Coll C, Martínez-Salmeán J, et al. Contraceptive practices of women requesting induced abortion in Spain: A cross-sectional multicentre study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* Junio de 2012;17(3):205-11.
75. Laanpere M, Ringmets I, Part K, Allvee K, Veerus P, Karro H. Abortion trends from 1996 to 2011 in Estonia: special emphasis on repeat abortion. *BMC Womens Health.* Diciembre de 2014;14(1):81.
76. Narring F, Roulet N, Addor V, Michaud P-A. Abortion requests among adolescents in comparison with young adults in a Swiss region (1990-1998). *Acta Paediatr.* 2 de enero de 2007;91(8):965-70.
77. Zurriaga O, Martínez-Beneito MA, Galmés Truyols A, Torne MM, Bosch S, Bosser R, et al. Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. *Gac Sanit.* diciembre de 2009;23:57-63.
78. Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiassen C, Ginzel A, Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health.* 7 de diciembre de 2007;18(2):144-9.
79. Pereira J, Pires R, Araújo Pedrosa A, Vicente L, Bombas T, Canavarro MC. Sociodemographic, sexual, reproductive and relationship characteristics of adolescents having an abortion in Portugal: a homogeneous or a heterogeneous group? *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2 de enero de 2017;22(1):53-61.
80. Dueñas JL, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, et al. Trends in the use of contraceptive methods and voluntary interruption of pregnancy in the Spanish population during 1997–2007. *Contraception.* Enero de 2011;83(1):82-7.
81. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France. *J Adolesc Health.* Abril de 2012;50(4):389-94.
82. Instituto Nacional de Estadística. Migraciones exteriores. Resultados nacionales. Flujo de inmigración procedente del extranjero por año, país de origen y nacionalidad (española/extranjera) [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=24295>

83. Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*. Agosto de 2008;78(2):149-54.
84. Sihvo S. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health*. 1 de agosto de 2003;57(8):601-5.
85. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles [Internet]. 2019 [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENE_S.pdf
86. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Encuesta de anticoncepción en España, 2018. (Hábitos de la población femenina en relación al uso de los métodos anticonceptivos) [Internet]. 2018 [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://hosting.sec.es/descargas/encuesta2018.pdf>
87. Aneblom G, Larsson M, Odland V, Tyden T. Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among swedish women presenting for induced abortion. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. Febrero de 2002;109(2):155-60.
88. Cheng Y, Gno X, Li Y, Li S, Qu A, Kang B. Repeat induced abortions and contraceptive practices among unmarried young women seeking an abortion in China. *Int J Gynecol Obstet*. Noviembre de 2004;87(2):199-202.
89. Kagesten A, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Male experiences of unintended pregnancy: characteristics and prevalence. *Hum Reprod*. 1 de enero de 2015;30(1):186-96.
90. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Encuesta de Anticoncepción en España 2020. Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos. [Internet]. 2020. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta_%20anticoncepcion2020.pdf
91. Cibula D. Women's contraceptive practices and sexual behaviour in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. Enero de 2008;13(4):362-75.
92. Mansour D. International survey to assess women's attitudes regarding choice of daily versus nondaily female hormonal contraception. *Int J Womens Health*. Abril de 2014;367.
93. Chabbert-Buffet N, Jamin C, Lete I, Lobo P, Nappi RE, Pintiaux A, et al. Missed pills: frequency, reasons, consequences and solutions. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 4 de mayo de 2017;22(3):165-9.
94. Rosenberg MJ, Burnhill MS, Waugh MS, Grimes DA, Hillard PJA. Compliance and oral contraceptives: A review. *Contraception*. Septiembre de 1995;52(3):137-41.
95. Westhoff CL, Torgal AT, Mayeda ER, Shimoni N, Stanczyk FZ, Pike MC. Predictors of noncompliance in an oral contraceptive clinical trial. *Contraception*. Mayo de 2012;85(5):465-9.

96. Helström L, Odland V, Zätterström C, Johansson M, Granath F, Correia N, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health*. Diciembre de 2003;31(6):405-10.
97. Bellizzi S, Pichierri G, Menchini L, Barry J, Sotgiu G, Bassat Q. The impact of underuse of modern methods of contraception among adolescents with unintended pregnancies in 12 low- and middle-income countries. *J Glob Health*. Diciembre de 2019;9(2):020429.
98. Blanc AK, Tsui AO, Croft TN, Trevitt JL. Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons With Adult Women. *Int Perspect Sex Reprod Health*. Junio de 2009;35(02):063-71.
99. Mumah JN, Machiyama K, Mutua M, Kabiru CW, Cleland J. Contraceptive Adoption, Discontinuation, and Switching among Postpartum Women in Nairobi's Urban Slums. *Stud Fam Plann*. Diciembre de 2015;46(4):369-86.
100. Johnston TA, Howie PW. Potential use of postcoital contraception to prevent unwanted pregnancy. *BMJ*. 6 de abril de 1985;290:1040-1.
101. Junta de Castilla y León, SACyL. Cartera de servicios de Atención Primaria [Internet]. Junta de Castilla y León; 2019. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>
102. Yago Simón T, Tomás Aznar C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Rev Esp Salud Pública*. Junio de 2014;88(3):395-406.
103. Lazdane G. Mejorar la salud familiar y comunitaria a través del fortalecimiento de los sistemas de salud. *Entre Nous*. 2009;(68):6-7.
104. Akin A, Ketting E. Función de la atención primaria en la salud sexual y reproductiva en Europa. Resultados preliminares de un estudio realizado por el Foro Europeo para la Atención Primaria. *Entre Nous*. 2009;(68):12-3.
105. Scott ME, Wildsmith E, Welti K, Ryan S, Schelar E, Steward-Streng NR. Risky Adolescent Sexual Behaviors and Reproductive Health in Young Adulthood. *Perspect Sex Reprod Health*. Junio de 2011;43(2):110-8.
106. Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clínica*. Mayo de 2012;138(12):534-40.
107. Korjamo R, Heikinheimo O, Mentula M. Risk factors and the choice of long-acting reversible contraception following medical abortion: effect on subsequent induced abortion and unwanted pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 4 de marzo de 2018;23(2):89-96.
108. Raymond EG, Weaver MA, Tan Y-L, Louie KS, Bousiéguéz M, Lugo-Hernández EM, et al. Effect of Immediate Compared With Delayed Insertion of Etonogestrel Implants on

Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* Febrero de 2016;127(2):306-12.

109. Korjamo R, Mentula M, Heikinheimo O. Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy - 1 year continuation rates: a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* Diciembre de 2017;124(13):1957-64.
110. Korjamo R, Mentula M, Heikinheimo O. Fast-track vs. delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system after early medical abortion — a randomized trial. *Contraception.* Noviembre de 2017;96(5):344-51.
111. Manlove J, Terry-Humen E, Ikramullah E. Young Teenagers and Older Sexual Partners: Correlates and Consequences for Males and Females. *Perspect Sex Reprod Health.* Diciembre de 2006;38(4):197-207.
112. Ryan S, Franzetta K, Manlove JS, Schelar E. Older Sexual Partners During Adolescence: Links to Reproductive Health Outcomes in Young Adulthood. *Perspect Sex Reprod Health.* marzo de 2008;40(1):17-26.
113. De Irala J, Osorio A, Carlos S, Ruiz-Canela M, López-del Burgo C. Mean Age of First Sex: Do They Know What We Mean? *Arch Sex Behav.* Octubre de 2011;40(5):853-5.
114. Günyeli I, Abike F, Bingöl B, Ornek T. Contraceptive counseling in Turkey after induced abortion. *Int J Gynecol Obstet.* Noviembre de 2012;119(2):174-7.
115. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *Contraception.* Octubre de 2017;96(4):233-41.
116. Ferrer Serret L, Solsona Pairó M. The place of abortion in the pregnancy decision-making process in young adult women in Catalonia, Spain. *Sociol Health Illn.* Julio de 2018;40(6):1087-103.
117. González-Rábago Y, Rodríguez-Alvarez E, Borrell LN, Martín U. The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health.* Diciembre de 2017;17(1):69.
118. Kumar U, Pollard L, Campbell L, Yurdakul S, Calvete CC, Coker B, et al. Specialist follow-up contraceptive support after abortion—Impact on effective contraceptive use at six months and subsequent abortions: A randomised controlled trial. Micks EA, editor. *PLOS ONE.* 11 de junio de 2019;14(6):e0217902.
119. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *Am Psychol.* 2009;64(9):863-90.
120. Tinglöf S, Högberg U, Lundell IW, Svanberg AS. Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sex Reprod Healthc.* Junio de 2015;6(2):50-3.

121. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 1 de febrero de 2017;74(2):169.
122. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen PB. Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder. *N Engl J Med*. 27 de enero de 2011;364(4):332-9.
123. Harris LF, Roberts SC, Biggs MA, Rocca CH, Foster DG. Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC Womens Health*. Diciembre de 2014;14(1):76.
124. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion. *Arch Gen Psychiatry*. 1 de agosto de 2000;57(8):777.
125. Biggs MA, Neilands TB, Kaller S, Wingo E, Ralph LJ. Developing and validating the Psychosocial Burden among people Seeking Abortion Scale (PB-SAS). Vaingankar JA, editor. *PLOS ONE*. 10 de diciembre de 2020;15(12):e0242463.
126. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *J Trauma Stress*. Febrero de 2004;17(1):11-21.
127. Barraza P, Calvo-Francés F. Predictors of personal growth in induced abortion. *Psicothema*. Noviembre de 2018;(30.4):370-5.
128. Kilander H, Berterö C, Thor J, Brynhildsen J, Alehagen S. Women's experiences of contraceptive counselling in the context of an abortion – An interview study. *Sex Reprod Healthc*. Octubre de 2018;17:103-7.
129. Rodrigues-Martins D, Lebre A, Santos J, Braga J. Association between contraceptive method chosen after induced abortion and incidence of repeat abortion in Northern Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 3 de julio de 2020;25(4):259-63.
130. Tsikouras P, Koukouli Z, Psarros N, Manav B, Tsagias N, Galazios G. Contraceptive behaviour of Christian and Muslim teenagers at the time of abortion and post-abortion in Thrace, Greece. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1 de noviembre de 2016;21(6):462-6.
131. Klima C. Unintended pregnancy Consequences and solutions for a worldwide problem. *J Nurse Midwifery*. 12 de noviembre de 1998;43(6):483-91.
132. Maravilla JC, Betts KS, Couto e Cruz C, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. Noviembre de 2017;217(5):527-545.e31.
133. Renner R-M, de Guzman A, Brahmi D. Abortion care for adolescent and young women. *Int J Gynecol Obstet*. Julio de 2014;126(1):1-7.

134. Prager S, Darney PD. The levonorgestrel intrauterine system in nulliparous women. *Contraception*. Junio de 2007;75(6):S12-5.
135. Hubacher D. Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception*. Junio de 2007;75(6):S8-11.

8. Anexos

Anexo I

Cuestionario del estudio piloto

Si eres una mujer en proceso de solicitar una Interrupción Voluntaria del Embarazo, dedica unos minutos a rellenar esta encuesta de forma anónima y sincera. Desde la consulta de Planificación Familiar de Salamanca queremos analizar los datos de la población que demanda nuestros servicios para mejorar la atención sanitaria. Rodea tu respuesta en cada caso. Gracias.



1. Edad:

Menor de 15 años	15-19 años	20-25 años	26-30 años	Mayor de 30 años
------------------	------------	------------	------------	------------------

2. Nivel de estudios terminado

Enseñanza Secundaria Obligatoria	Formación profesional	Bachiller	Grado Universitario
----------------------------------	-----------------------	-----------	---------------------

3. Ocupación

Estudiante	Trabajadora asalariada	En paro	Ama de casa	
------------	------------------------	---------	-------------	--

4. Estado civil

Soltera	Casada	Divorciada/separada	Unión consensual
---------	--------	---------------------	------------------

5. Nivel económico:

Bajo	Medio	Alto
------	-------	------

6. País de nacimiento: _____

7. Método anticonceptivo que utilizas:

Preservativo	Píldoras	Inyectable/DIU/ Implante	Marcha atrás	Otros, indica cuál:	Ninguno
--------------	----------	-----------------------------	--------------	------------------------	---------

8. ¿Dónde te informaste sobre métodos anticonceptivos?

Amigos	Internet	Médico de Atención Primaria	Matrona	Ginecólogo	Otros:
--------	----------	-----------------------------	---------	------------	--------

9. ¿Qué haces cuando no dispones de método anticonceptivo?

Marcha atrás	Ir a comprar preservativo	Abstención de relaciones sexuales	Píldora del día después	Confío en no quedarme embarazada
--------------	---------------------------	-----------------------------------	-------------------------	----------------------------------

10. ¿Consideras que después de beber alcohol utilizas menos el preservativo?

Sí	No	A veces
----	----	---------

11. Número de parejas sexuales que has tenido: (continúa detrás)

Menos de 2	Entre 2 y 5	Más de 5
------------	-------------	----------

12. En tu colegio/instituto/universidad, ¿te dieron algún tipo de información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos?

Sí	No
----	----

13. ¿Conoces algo sobre los LARCs (anticonceptivos reversibles de larga duración)?

Nunca lo he oído	Me suena pero no sé en qué consisten	Sí, por ejemplo: _____
------------------	--------------------------------------	------------------------

14. Edad de comienzo de las relaciones sexuales:

Entre 10-13 años	14-17 años	Más de 17 años
------------------	------------	----------------

15. ¿Cuál crees ser la causa de este embarazo?

No usar método anticonceptivo	Mal uso del método anticonceptivo
-------------------------------	-----------------------------------

16. En este embarazo, ¿usaste Anticoncepción de Urgencia?

No	Sí, en las primeras 24h.	Sí, pasadas 24h.
----	--------------------------	------------------

17. ¿En ocasiones anteriores has recurrido a la Anticoncepción de Urgencia?

No	Sí, 1 vez.	Sí, en más de una ocasión
----	------------	---------------------------

18. Causa de solicitar la interrupción de embarazo:

	Demasiado joven
	Economía
	Interrumpe el desarrollo personal
	Presiones de la familia o pareja
	Inestabilidad de la unión con la pareja
	Otra. Indica cuál:

19. Número de interrupciones voluntarias previas:

0	1	2	Más de 2
---	---	---	----------

20. En todo este proceso, ¿estás recibiendo algún apoyo?

Sí, el de mi pareja	Mi familia	Mi amiga	Ninguno. No lo he contado a nadie
---------------------	------------	----------	-----------------------------------

Cód.

ENCUESTA A ENTREGAR AL FINALIZAR LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

1. Los trámites por los que has pasado, ¿cómo de fáciles los consideras?

1 (fáciles de ejecutar)	2	3	4	5 (demasiados papeles y personas por las que pasar)
-------------------------	---	---	---	---

2. ¿En qué medida te afecta el tener que desplazarte a otra ciudad para la intervención?

1	Nada. Lo prefiero así antes que hacerlo en mi ciudad
2	Me es indiferente. No me importa desplazarme
3	Me supone un esfuerzo pero es asumible
4	El desplazamiento me ha ocasionado grandes problemas
5	Hubiera preferido pagar una Clínica Privada a ir allí.

3. El hecho de interrumpir una gestación, ¿de qué manera te ha afectado psicológicamente?

1	Nada. Prácticamente lo he olvidado ya
2	Aún lo recuerdo de vez en cuando pero no afecta a mi vida diaria
3	Esto supone un antes y un después para mí. Influirá en gran medida en mi vida

4. ¿Has acudido a la consulta de revisión posteriormente a la interrupción?

1	No, nadie me informó
2	No. No podía volver a desplazarme para ello
3	Sí. Me vio un ginecólogo y realizó ecografía

5. ¿Estás dispuesta o has cambiado ya a un método anticonceptivo de mayor eficacia?

Sí, quiero un método hormonal	Sí, siempre que sea no hormonal	Sigo con el mismo método, pero con mejor uso
-------------------------------	---------------------------------	--

Anexo II

Cuestionario previo a la IVE. Estudio definitivo

Cód.



Rodee o escriba su respuesta en cada caso. Gracias.

1. Edad: _____ años.

2. Nivel de estudios **terminado**:

Educación primaria o sin estudios	Educación Secundaria/ Bachiller/ Formación profesional	Estudios Universitarios
-----------------------------------	---	----------------------------

3. Ocupación

Estudiante	Trabajadora asalariada	En paro	Ama de casa	Otra situación (indicar) _____
------------	------------------------	---------	----------------	-----------------------------------

4. Vive: Sola En pareja

5. Ingresos económicos mensuales:

< 736€	737-1500€	>1500€
--------	-----------	--------

6. País de nacimiento: _____

7. Número de hijos previos: _____

8. Método anticonceptivo que utiliza:

Preservativo	Píldoras	Inyectable/DIU/ Implante	Marcha atrás	Otros, indique cuál:	Ninguno
--------------	----------	-----------------------------	--------------	-------------------------	---------

9. En caso de utilizar un anticonceptivo no hormonal, ¿qué le hace rechazar los métodos hormonales?

Efectos secundarios	Dificultad de uso	Creo que tengo baja posibilidad de embarazo	Falta de información	Los tengo contraindicados
---------------------	-------------------	---	----------------------	---------------------------

10. ¿Dónde se informó sobre métodos anticonceptivos?

Amigos	Internet	Médico de Atención Primaria	Matrona	Ginecólogo	Otros:
--------	----------	-----------------------------	---------	------------	--------

11. ¿Qué hace cuando no dispone de método anticonceptivo?

Marcha atrás	Ir a comprar preservativo	Abstención de relaciones sexuales	Píldora del día después	Confío en no quedarme embarazada
--------------	---------------------------	-----------------------------------	-------------------------	----------------------------------

12. ¿Considera que después de beber alcohol utiliza menos el preservativo?

Sí	No	A veces
----	----	---------

13. Número de parejas sexuales que ha tenido: _____

14. ¿A qué nivel le han dado algún tipo de información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos?

Entorno familiar	Colegio /Instituto	Universidad	Ninguno
------------------	--------------------	-------------	---------

15. ¿Qué le pareció? Suficiente Insuficiente

16. ¿Conoce algo sobre los LARCs (anticonceptivos reversibles de larga duración)?

Nunca lo he oído	Me suena pero no sé en qué consisten	Sí, por ejemplo: _____
------------------	--------------------------------------	------------------------

17. Si es así, ¿le parecen una opción a tener en cuenta en su caso?

Sí	No
----	----

18. Edad de comienzo de las relaciones sexuales:

Entre 10-13 años	14-17 años	Más de 17 años
------------------	------------	----------------

19. ¿Cuál cree ser la causa de este embarazo?

No usar método anticonceptivo	Mal uso del método anticonceptivo	No sé cuál fue el fallo del método anticonceptivo
-------------------------------	-----------------------------------	---

20. ¿En este embarazo, usó Anticoncepción de Urgencia?

No	Sí, en las primeras 24h.	Sí, pasadas 24h.
----	--------------------------	------------------

21. En ocasiones anteriores, ¿ha recurrido a la Anticoncepción de Urgencia?

No	Sí, 1 vez.	Sí, en más de una ocasión
----	------------	---------------------------

22. Causa de solicitar la interrupción de embarazo:

	Demasiado joven
	Economía
	Interrumpe el desarrollo personal
	Presiones de la familia o pareja
	Inestabilidad de la unión con la pareja
	Otra. Indique cuál:

23. Número de interrupciones voluntarias previas:

0	1	2	Más de 2
---	---	---	----------

24. En todo este proceso, ¿está recibiendo algún apoyo?

Sí, el de mi pareja	Mi familia	Mi amiga	Ninguno. No lo he contado a nadie
---------------------	------------	----------	-----------------------------------

Cuando haya terminado todo el proceso de interrupción del embarazo, nos gustaría contactar con usted para realizarle algunas preguntas sobre su satisfacción con los trámites.

Si accede a ello, **escriba un teléfono de contacto aquí:** _____

Anexo III

Cuestionario posterior a la IVE. Estudio definitivo

Cód.

ENCUESTA A ENTREGAR AL FINALIZAR LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

1. Los trámites por los que has pasado, ¿cómo de fáciles los consideras?

1 (fáciles de ejecutar)	2	3	4	5 (demasiados papeles y personas por las que pasar)
-------------------------	---	---	---	---

2. ¿En qué medida te afecta el tener que desplazarte a otra ciudad para la intervención?

1	Nada. Lo prefiero así antes que hacerlo en mi ciudad
2	Me es indiferente. No me importa desplazarme
3	Me supone un esfuerzo pero es asumible
4	El desplazamiento me ha ocasionado grandes problemas
5	Hubiera preferido pagar una Clínica Privada a ir allí.

3. El hecho de interrumpir una gestación, ¿de qué manera te ha afectado psicológicamente?

1	Nada. Prácticamente lo he olvidado ya
2	Aún lo recuerdo de vez en cuando pero no afecta a mi vida diaria
3	Esto supone un antes y un después para mí. Influirá en gran medida en mi vida

4. ¿Has acudido a la consulta de revisión posteriormente a la interrupción?

1	No, nadie me informó
2	No. No podía volver a desplazarme para ello
3	Sí. Me vio un ginecólogo y realizó ecografía

5. ¿Estás dispuesta o has cambiado ya a un método anticonceptivo de mayor eficacia?

Sí, quiero un método hormonal	Sí, siempre que sea no hormonal	Sigo con el mismo método, pero con mejor uso
-------------------------------	---------------------------------	--

Anexo IV

Hoja de información y Consentimiento Informado

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Características sociodemográficas y prácticas en salud reproductiva de la Interrupción Voluntaria de Embarazo en Salamanca

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Su participación es voluntaria. Por favor, tómese el tiempo que necesite para leer la siguiente información. Pregúntele al investigador de este estudio si hay algo que no le queda claro o si desea obtener más información.

Objetivo del estudio y procedimiento

Desde la consulta de Planificación Familiar de Salamanca queremos analizar los datos de la población que demanda una Interrupción Voluntaria de Embarazo para mejorar la atención sanitaria en nuestra área.

Su participación consiste en la realización de una encuesta.

Este estudio de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de Salamanca.

Toda la información sobre este estudio se almacenará codificada, y se empleará exclusivamente para los fines aquí especificados. En caso de que sus datos sean cedidos a otros grupos de investigación, se realizará siempre según la legislación vigente, manteniendo sus datos codificados, para realizar estudios relacionados con los objetivos de este trabajo, y con previa autorización del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de Salamanca. En caso de que los objetivos del trabajo de investigación propuesto por otros grupos de investigación sean diferentes a los del presente proyecto, se le solicitará un nuevo consentimiento.

Participación y retirada voluntarias

Usted puede decidir libremente si desea o no tomar parte en este estudio, la participación es totalmente voluntaria. Si decide participar, sigue teniendo la posibilidad de retirarse en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones, y sin penalización alguna ni consecuencias negativas para Ud.

Si cambiara de opinión en relación con sus datos, tiene derecho a solicitar su destrucción a través de su investigador. No obstante, debe saber que los datos que se hayan obtenido en los análisis realizados hasta ese momento podrán ser utilizados para los fines solicitados y podrán conservarse en cumplimiento de las obligaciones legales correspondientes.

Posibles beneficios

No se espera un beneficio directo por su participación en el estudio. Sin embargo, la información que se obtenga de este proyecto de investigación puede contribuir al avance médico y podría ayudar a otros pacientes en el futuro. No percibirá ningún beneficio económico por la cesión de los datos proporcionados, ni tendrá derechos sobre posibles beneficios comerciales de los descubrimientos que puedan conseguirse como resultado de la investigación efectuada.

Protección de datos y confidencialidad

Toda la información sobre sus resultados se tratará de manera estrictamente confidencial.

Sus datos estarán identificados mediante un código, de manera que no incluya información que pueda identificarle, y sólo el equipo investigador podrá relacionar dichos datos con usted.

El equipo investigador asume la responsabilidad en la protección de datos de carácter personal. Sus datos se mantendrán bajo las condiciones de seguridad adecuadas y se garantiza que los sujetos no podrán ser identificados a través de medios considerados razonables por personas distintas a las autorizadas.

Si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán datos personales de las participantes en esta investigación. Sus datos personales estarán protegidos de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y el RD 1720/2007 por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, así como su derecho a acceder, rectificar o cancelar sus datos. Además, de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero los datos que Ud. ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio cuyos datos se especifican al final de este documento. Asimismo, tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Información sobre resultados

En el caso de que usted lo solicite, al final del estudio y de acuerdo con el artículo 27 de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, se le podrá facilitar información sobre los resultados de este trabajo de investigación.

Consiento en que, cuando haya terminado todo el proceso de interrupción del embarazo, se contacte conmigo para realizar algunas preguntas sobre mi satisfacción con los trámites:

SI NO

Datos de contacto del equipo investigador:

Nombre: M^a Victoria Lapresa Alcalde
Teléfono: 615065847

CONSENTIMIENTO

Yo (*Nombre y Apellidos*) _____

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He leído la hoja de información que se me ha entregado

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones

3º Sin que tenga ninguna repercusión negativa

Acepto voluntariamente participar en el Proyecto y autorizo el uso de toda la información obtenida.

Entiendo que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Firma del participante

Fecha

M^a Victoria Lapresa Alcalde
Nombre y firma del investigador

Fecha

