

## Interrupciones voluntarias del embarazo antes del cambio de ley: perfil de la usuaria del COF de Vigo

### Induced abortion before change of the law: user profile of family planning center in Vigo

Elena Menéndez Robledo<sup>1</sup>, María Teresa Núñez Gallego<sup>2</sup>, Ana Sancho Martos<sup>3</sup>, Alejandra Menéndez Robledo<sup>4</sup>, Javier Valdés

Pons<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Matrona del Complejo Hospitalario Universitario de

<sup>2</sup>Enfermera del Centro de Orientación Familiar de Vigo.

<sup>3</sup>Enfermera del Centro de Orientación Familiar de Vigo.

<sup>4</sup>Analista

<sup>5</sup>Ginecólogo del Centro de Orientación Familiar de Vigo.

No se contó con financiación por parte de ninguna entidad pública o privada.

#### RESUMEN

El objetivo del presente estudio es el de conocer el perfil de las usuarias del centro de orientación familiar de Vigo demandantes de una interrupción voluntaria del embarazo, antes de la entrada en vigor de la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, en cuanto al uso o mal uso de la anticoncepción.

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra la constituyeron 1018 mujeres de entre 15 y 49 años que solicitaron un aborto en el Centro de Orientación Familiar de Vigo, entre enero de 2007 y julio de 2010. Las variables a estudio fueron: edad, nacionalidad, número de hijos y abortos previos, edad gestacional, método anticonceptivo pre y post aborto, resultado final del aborto y supuesto por el que se practicó. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables, el cálculo de la chi-cuadrado para las variables categóricas y un análisis ANOVA, mediante el paquete estadístico PAWS Statistics 18.0.

Un 43,9% de las demandantes no usaban un método seguro para evitar el embarazo, de las cuales un

Aceptado: 12/12/12

Correspondencia: Elena Menéndez Robledo

Matrona del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Calle Paraguay N°5 1-F 36204-Vigo (Pontevedra)

elena.menendez.robledo@sergas.es

lenamenrob@yahoo.es

SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: contacto@editorialmedica.com

---

34,7% eran menores de 19 años. Un 38,5% refirió haberles fallado el preservativo. La tasa de uso de anticoncepción hormonal fue del 16,1%. Tras el aborto, un 36% eligieron usar anticoncepción hormonal y un 36,2% métodos de larga duración. Las inmigrantes usaron, en menor porcentaje que las españolas, métodos seguros.

( Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2013; 30; 41-49 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana

**Palabras clave:** *embarazo no deseado, aborto, inmigrante, adolescente, anticoncepción.*

## SUMMARY

The aim of this study is to know the profile, in contraception, in the users of family planning center in Spain (Vigo), which demanded an abortion, before the entry into force of Act 2/2010, of March 3.

This is a descriptive, retrospective and transversal study. The sample of 1018 women, aged between 15 and 49, who requested an abortion, between January 2007 and July 2010. The study variables were age, nationality, number of children, previous abortions, gestational age, birth control pre and post abortion, end result of the abortion and reason for his detention. There was a descriptive analysis of the variables, we calculated the chi-square test for categorical variables and ANOVA analysis. Statistical package was used PAWS Statistics 18.0.

43.9% of abortion seekers were not using a secure method to prevent pregnancy, of which 34.7% were under 19 years. Condoms are 38.5% failed. The rate of use of hormonal contraception was 16.1%. After the abortion, 36% chose to use contraception and 36.2% long-term methods. The immigrants used to a lesser percentage than the Spanish, safe methods.

( Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2013; 30; 41-49 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana

**Key words:** *Unwanted pregnancy, abortion, immigrant, adolescent, contraception.*

## INTRODUCCIÓN

Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en nuestro país, con anterioridad a la reforma del 2010, estaban reguladas por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, en la cual se despenalizaba el aborto mediante la reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Dicha despenalización permitió el aborto bajo tres supuestos:

(1) evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, (2) cuando el embarazo era consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429 o (3) cuando se presumía que el feto nacería con graves taras físicas o psíquicas; siempre que el aborto se practicara dentro de las 22 primeras semanas de gestación (1,2).

Con la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (3), se establece una nueva regulación fuera del Código Penal, buscando garantizar y proteger los derechos e intereses de la mujer y de la vida prenatal, reconociendo el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada, dejando un plazo de catorce semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar

una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo (artículo 14 de la LO 2/2010, de 3 de marzo).

Dicha LO, en su preámbulo, también menciona como modo más efectivo de prevenir, especialmente en el colectivo de jóvenes, los embarazos no deseados y los abortos, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva.

La entrada en vigor de dicha Ley Orgánica se llevó a cabo el 4 de julio de 2010, cuatro meses después de su publicación. Tras menos de dos años de vigencia, es difícil estimar si sus efectos se han hecho notar, dado que los últimos datos que nos aporta el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSC) son del 2010, año en el cual se hizo la reforma (4).

A nivel estatal y autonómico, ha podido observarse que la progresión ha sido creciente en número de abortos, desde el 2007 al 2010, aunque en el 2008 se rompió esta tendencia experimentando un ligero descenso, para luego seguir con la tendencia al alza. (Ver TABLA 1)

En cuanto a la anticoncepción en nuestro país, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva editada

**TABLA 1**

Tasas de aborto. Datos extraídos del Ministerio de Sanidad Español

Año	Tasa estatal	Tasa en Galicia	Nº IVEs en Pontevedra	Nº IVEs en COF Vigo	Tasa COF Vigo
2007	11.49 ‰	4.51 ‰	999	180	1,67 ‰
2008	11.78 ‰	3.53 ‰	942	263	2,45 ‰
2009	11.41 ‰	5.81 ‰	1172	332	3,09 ‰
2010	11.49 ‰	6.46 ‰	1096	243 (*)	2,26 ‰ (*)
..					

(\*) Nº de IVEs y Tasa hasta julio de 2010.

por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010 (5%), pone de manifiesto las desigualdades existentes en cuanto a la cobertura sanitaria en material de salud sexual en nuestro país. Según los datos que aportó el equipo Daphne en 2009 (6), el 40% de los abortos producidos en España se deber a un mal uso del preservativo, mientras que un 36,2% de las demandantes de una IVE no usaban ningún método. Dicha encuesta sobre hábitos anticonceptivos también muestra cómo España sigue teniendo una tasa muy baja en el uso de métodos hormonales o del doble método con respecto a otros países europeos.

Es por ello que la LO 2/2010, de 3 de marzo, nace con la intención de contribuir en la reducción de dichas diferencias, dado que en ella se contempla la financiación de la anticoncepción hormonal oral.

En nuestra área de salud, el sur de Pontevedra, el centro de referencia para llevar a cabo los programas de salud sexual y reproductiva dentro del ámbito de la sanidad pública, así como de gestionar todas las peticiones de IVE, es el Centro de Orientación Familiar de Vigo. Dicho centro es área de referencia para una población femenina de más de 120.000 mujeres de entre 15 y 49 años, según datos vertidos por el Instituto Gallego de Estadística, a diciembre de 2010 (7).

El objetivo que nos planteamos con este estudio es el de conocer el perfil de las usuarias del centro de orientación familiar de Vigo demandantes de una interrupción voluntaria del embarazo, antes de la entrada en vigor de la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, en cuanto al uso de la anticoncepción; de cara a poner en marcha iniciativas encaminadas a la adopción de una anticoncepción segura, corrigiendo aquellos aspectos que puedan estar fallando en las políticas puestas en marcha en nuestro centro.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. A través del registro de interrupciones voluntarias de

embarazo del Centro de Orientación Familiar de Vigo, se extrajeron los datos de las solicitantes desde enero de 2007 hasta julio de 2010, fecha en la que entró en vigor la nueva ley del aborto. Para la selección de la muestra se llevó a cabo un muestreo consecutivo, incluyendo en el estudio aquellas mujeres que acudieron al centro solicitando una IVE.

Del total de 1030 mujeres registradas, tras aplicar como criterio de exclusión el no disponer de todos los datos objeto del estudio, la muestra a estudio la constituyeron 1018 mujeres.

Las variables a estudio fueron la edad de la usuaria, el número de gestaciones, el número de hijos, el número de abortos previos, la edad gestacional en el momento de programar la IVE, el método anticonceptivo que empleaban en el momento de la gestación no deseada, el método anticonceptivo elegido para usar tras la IVE, la nacionalidad de la usuaria, el resultado final de la IVE y el supuesto por el que se practicó el aborto.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables, así como tablas de contingencias calculando la chi-cuadrado para las variables categóricas y un ANOVA para el cálculo de medias, tras comprobar la normalidad de los datos.

El análisis estadístico fue llevado a cabo mediante el PASW Statistics en su versión 18.0.

## RESULTADOS

La media de edad de las demandantes de una IVE en el COF de Vigo fue de 28 años, con una DT de 7,3. Un 14,15% lo constituyeron las menores de 20 años, siendo el grupo más numeroso las usuarias entre 20 y 34 años con un 63,76%. Solo un 7,27% de las usuarias tenían más de 40 años.

Un 88,3% de las demandantes de una interrupción voluntaria del embarazo, en nuestro centro, son españolas.

En cuanto al número de embarazos, para el 35,6% de las usuarias era su primera gestación, mientras que un 55,9%

tenía uno o más hijos. De toda la muestra, un 67,6% no tenían abortos previos, mientras que del resto, un 24,4% habían tenido un aborto y un 8% dos o más abortos.

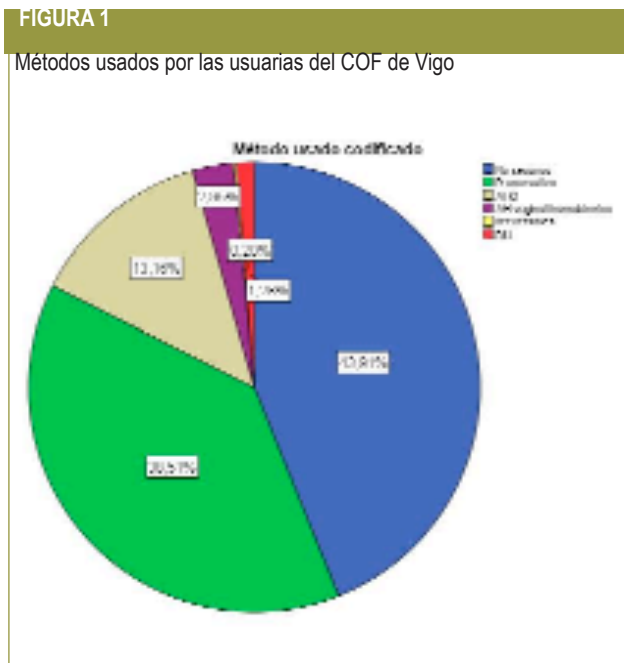
Un 97,4% de las IVE se llevaron a cabo bajo el supuesto 1º del artículo 147 bis del Código Penal, que contempla la posibilidad de abortar 'para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada...'. Del total, 25 usuarias lo hicieron bajo el supuesto 3º que contempla causas fetales y solo hubo un caso que se practicó por violación (supuesto 2º).

La edad gestacional (EG) media a la programación del aborto, fue de 8+5 semanas de gestación con una DT de 3,1. Del total, solo un 5,3% tenían más de 14 semanas de gestación en el momento de la programación.

Solo un 0,3% de las demandantes de una IVE decidieron continuar con la gestación, y en un 1,3% se produjo un aborto espontáneo. Del 98,4% que siguió adelante con la interrupción, el 69,9% se realizó de forma ambulatoria sin requerir hospitalización. (Ver TABLA 2)

TABLA 2			
Variables descriptivas			
	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	15 a 19 años	144	14,1
	20 a 24 años	228	22,4
	25 a 30 años	221	21,7
	31 a 34 años	200	19,6
	35 a 39 años	151	14,8
	Más de 40 años	74	7,3
Nº Gestaciones	1 gestación	362	35,6
	2 gestaciones	255	25,0
	3 o más gestaciones	401	39,4
Nº Hijos	Ninguno	449	44,1
	1 hijo	272	26,7
	2 hijos	192	18,9
	3 o más hijos	105	10,3
Nº Abortos previos	Ninguno	688	67,6
	1 aborto	248	24,4
	2 abortos	59	5,8
	3 o más abortos	23	2,3
Causa del IVE	Materna	992	97,4
	Violación	1	,1
	Fetal	25	2,5
Edad Gestacional (según la ley)	Menos de 14 semanas	964	94,7
	Más de 14 semanas	54	5,3
Edad Gestacional (agrupadas por semanas)	Menos de 8 semanas	372	59,9
	9 – 12 semanas	221	28,5
	13 – 16 semanas	200	8,6
	17 – 20 semanas	151	2,7
	21 semanas o más	74	,3
Resultado IVE	Ambulatorio	712	69,9
	Hospitalario	290	28,5
	Continua gestación	3	,3
	Aborto espontáneo	13	1,3

Los métodos usados en el momento de la gestación no deseada eran, en un 43,9% métodos no seguros como el coitus interruptus o los métodos naturales. Un 38,5% refirió haberle fallado el preservativo, a un 16,1% los métodos hormonales y un 1,3% se quedó embarazada usando el dispositivo intrauterino (DIU) (13 usuarias). (Ver FIGURA 1)



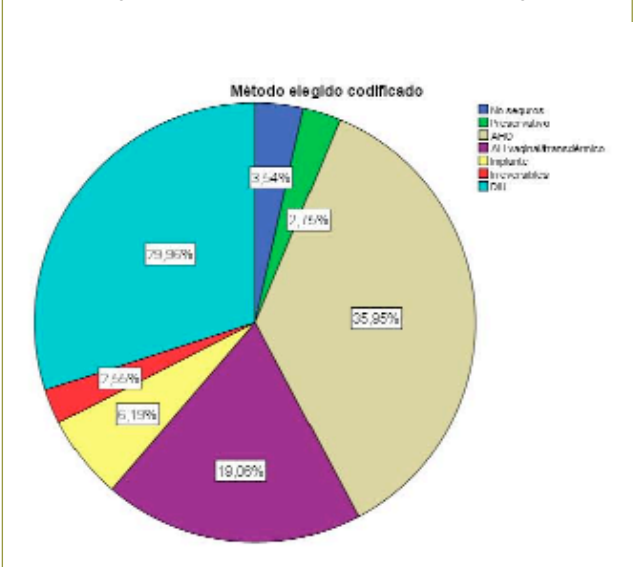
Los métodos que refirieron elegir las usuarias tras la IVE fueron AHO en un 36% (un 2,9% con solo gestágeno), AH transdérmica o vaginal en un 19,1% y métodos de larga duración en un 36,2% (implante en un 6,2%, DIU de cobre en un 29,4% y DIU hormonal en un 0,6%). Un 3,5% siguió prefiriendo no usar ningún método y un 2,8% usar preservativo. (Ver FIGURA 2)

El análisis de las variables categóricas se llevó a cabo mediante tablas de contingencia donde se calculó la chi-cuadrado, obteniendo los residuos tipificados para valorar la asociación entre variables. (Ver TABLA 3)

Como se puede observar en la gráfica, para la variable nacionalidad, solo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, para un nivel de confianza del 95%, en el método usado previo a la IVE, el número de hijos y el número de abortos.

Un 62,2% de las inmigrantes no usaban un método seguro previo al aborto, frente a un 41,5% de las españolas. Otra diferencia reseñable lo encontramos en el uso del preservativo, donde las españolas lo usaban en un 40,2% mientras que las inmigrantes lo hacían en un 26,1%. También se ob-

**FIGURA 2**  
Métodos elegidos post-IVE por las usuarias del COF de Vigo



servan diferencias en cuanto al uso de anticoncepción hormonal oral, donde lo usaban un 13,7% de las españolas frente a un 9,2% de las inmigrantes. (Ver TABLA 4)

En cuanto al número de hijos, también se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,000$ ). Las usuarias españolas tienen menos hijos que las inmigrantes, así un 46,5% de las españolas no tenían ningún hijo, frente a un 26,1% de las extranjeras. A su vez encontramos diferencias significativas en cuanto al porcentaje de mujeres con tres o más hijos, siendo las inmigrantes las que presentan más porcentaje (un 21% frente a una 8,9% de las españolas).

Las extranjeras declararon haber tenido tres o más abortos en un 9,2% frente al 1,3% de las españolas ( $p=0,000$ ).

Para la edad de la usuaria, solo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para las variables método usado previo a la IVE, método elegido post-aborto, número de hijos y número de abortos. (Ver TABLA 5)

De las menores de 19 años, el 56,3% declararon usar preservativo, frente a un 34,7% que no usaban un método seguro. Las mayores de 45 años no usaban un método seguro en un 66,7%.

Las usuarias de entre 31 y 34 años fueron las que refirieron usar más métodos hormonales vaginales/transdérmicos.

La media de edad para el no uso de métodos anticonceptivos seguros fue de 29 años, de 31 para el uso del DIU y de 33 años para el uso de métodos irreversibles. (Ver TABLA 6)

Las menores de 19 años eligieron la anticoncepción hormo-

**TABLA 3**

**Variables categóricas en función de la nacionalidad**

VARIABLES	NACIONALIDAD		Sig. Asintótica (bilateral)
	Chi-Cuadrado de Pearson Valor	gl	
Método usado	19.320	5	.020
Método elegido	7.682	6	.262
Nº hijos	32.928	4	.000
Nº abortos	54.086	4	.000

entre 35 y 39 años con un 5,3%, siendo esta la categoría de edad que mostró una mayor tasa. Los datos muestran que a más edad mayor número de abortos.

## CONCLUSIONES

La franja de edad que presentó mayor tasa de interrupciones voluntarias de embarazo fue la de 20 a 24 años, al igual que en otros estudios (8) y que en los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad Español, para los años a estudio. Nuestros porcentajes de demandantes, por edades, siguen la misma tendencia que la observada tras la revisión bibliográfica.

**TABLA 4**

**Métodos usados en función de la nacionalidad**

		MÉTODOS USADOS						Total	
		No seguros	Preservativo	AHO	AH vaginal/ dérmico	Irreversibles	DIU		
NACIONALIDAD	Española	% dentro de Nacionalidad	41,50%	40,20%	13,70%	3,00%	0,20%	1,40%	100,00%
		Residuos tipificados	-1,1	0,8	0,4	0,1	0,2	0,4	
	Inmigrante	% dentro de Nacionalidad	62,20%	26,10%	9,20%	2,50%	0,00%	0,00%	100,00%
		Residuos tipificados	3	-2,2	-1,2	-0,3	-0,5	-1,2	
Total	% dentro de Nacionalidad	43,90%	38,50%	13,20%	2,90%	0,20%	1,30%	100,00%	

nal oral en un 61,1%. En general, las menores de 30 años fueron las que más eligieron la anticoncepción hormonal.

El DIU fue el método más elegido entre las usuaria de 35 a 39 años en un 38,4%, eligiéndolo las mayores de 40 años en un 45,9%.

Un 7,3% de las usuarias entre 35 y 39 años eligieron un método irreversible para controlar su natalidad.

Para la elección de los métodos hormonales la media de edad fue de 25 años, mientras que para el DIU fue de 30 y para los métodos irreversibles de 35 años. (Ver TABLA 7)

El 76,1% de las usuarias menores de 24 años no tenían hijos. Los datos indican, que la tendencia es que a más edad más número de hijos.

Las menores de 24 años no habían referido ningún aborto previo en el 81,2% de los casos.

Declararon haber tenido tres o más abortos las usuarias de

Las cifras de abortos antes de las 14 semanas es algo mayor a la registrada en la bibliografía, donde estiman una tasa de IVEs antes de esta semana, del 90% (5,8). La razón de dicha diferencia puede ser debida a que nuestro dato se refiere a la edad gestacional en el momento de la solicitud de aborto, sufriendo la realización del mismo unas semanas de demora.

El supuesto bajo el que se practicaron la gran mayoría de los abortos fue el recogido en la reforma del artículo 417 bis del Código Penal como primero, que dice que se lleva a cabo para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada. Nuestro porcentaje bajo este supuesto es similar al aportado por el Ministerio de Sanidad, incluido el 2010, sumando el porcentaje de abortos a petición de la mujer (bajo la LO 2/2010, de 3 de marzo) y los practicados para evitar un grave riesgo para la salud de la embarazada.

Nuestro porcentaje de inmigrantes fue muy escaso con res-

TABLA 5

## Variables categóricas en función de la edad de la usuaria

VARIABLES	Valor	EDAD DE LA USUARIA	
		Chi-Cuadrado de Pearson	Sig. Asintótica (bilateral)
Método usado	47.727	30	.019
Método elegido	142.570	36	.000
Nº hijos	356.420	24	.000
Nº abortos	78.245	24	.000

TABLA 6

## Medias de edad para los métodos anticonceptivos usados

MÉTODOS USADOS	N	Media	Desviación típica	Error típico
No seguros	447	28,99	7,315	0,346
Preservativo	392	26,85	7,483	0,378
AHO	134	28,27	6,295	0,544
AH vaginal/transdérmico	30	27,1	5,479	1
Irreversibles	2	33,5	2,121	1,5
DIU	13	31,38	6,318	1,752
Total	1018	28,06	7,258	0,227

pecto a otros estudios que apuntan tasas de aborto en inmigrantes de más de un 40% (5,8). Aunque algunos autores (9) apuntan a que las inmigrantes optan más por los centros privados que por los públicos para la práctica del IVE, en nuestro caso probablemente la alta tasa de usuarias españolas se deba a un sesgo en el método de recogida de datos, estando la variable inmigración infradeclarada.

Dada la baja tasa de usuarias de fuera de nuestro país, nos vimos obligados a agruparlas sin tener en cuenta su país de procedencia.

Para futuros estudios sería interesante recoger adecuadamente el dato de nacionalidad y analizar el país de origen (10), dado que el estudio de dicha variable nos podría haber aportado información acerca de la nacionalidad de las usuarias más demandantes de una IVE (9) y de las características de dichas usuarias (2), de cara a poner en marcha políticas específicas con estos colectivos. Lo que se desprende de los estudios revisados, aunque con nuestro estudio no podemos llegar a esta conclusión, es que el ser inmigrante ha de ser considerada como una variable de riesgo frente a la IVE (10).

En nuestra muestra, las usuarias que no usaban métodos seguros para evitar un embarazo no deseado y las que usaban

preservativo y les falló, presentan porcentajes más elevados que en los estudios sobre uso de anticoncepción en población general en España (6), siendo este porcentaje mayor en menores de 19 años, población que se perfila como población de mayor riesgo (11). Las mujeres de más de 45 años también presentan tasas de uso de métodos no seguros para evitar embarazos por encima de la media.

Los datos de nuestro estudio sobre uso de anticoncepción hormonal oral son similares a las tasas nacionales.

Lo que sí pudimos observar es que las inmigrantes estudiadas usaron métodos menos seguros que las nacionales, lo que ya ha sido visto en otros estudios (9).

En cuanto a los métodos elegidos después del aborto, observamos que la anticoncepción hormonal oral sigue siendo el método más elegido por las menores de 35 años (6), siendo el DIU el más usado a partir de esta edad.

Un tercio de las usuarias eligieron métodos de larga duración, coincidiendo dicha tasa con la encontrada en la bibliografía revisada (12,13), de los cuales el más elegido fue el DIU, método que se muestra como de primera elección post-IVE para evitar posteriores abortos (14).

TABLA 7

Medias de edad para los métodos anticonceptivos elegidos				
MÉTODOS ELEGIDOS	N	Media	Desviación típica	Error típico
No seguros	36	30,47	6,231	1,039
Preservativo	28	31,29	7,287	1,377
AHO	366	26,17	7,394	0,386
AH vaginal/transdérmico	194	26,83	6,558	0,471
Implante	63	25,81	5,441	0,686
Irreversibles	26	35,42	4,3	0,843
DIU	305	30,35	6,981	0,4
Total	1018	28,06	7,258	0,227

Una de las limitaciones del presente estudio lo constituye el sesgo de selección, dado que solo se analizan los datos de las demandantes de IVE que acudieron al COF de Vigo y no el total de demandantes de IVE del área de salud que comprende dicho centro.

La información recogida también puede suponer una limitación, dado que al tratarse de un estudio retrospectivo, hay datos que no pudieron ser estudiados debido a que no se contempló su recogida en el momento de iniciar el registro. Este es el caso del número de interrupciones voluntarias de embarazo previas, dato interesante a analizar que no fue recogido inicialmente, dado que solo se recogieron los abortos previos, sin hacer distinción entre abortos espontáneos o provocados.

Como ya comentamos, la variable nacionalidad, por el método de recogida de datos, puede estar infra declarada, dato a tener en cuenta, dado que la baja tasa de inmigrantes en nuestra muestra, con respecto a la nacional, puede estar motivada por ello.

Las líneas de investigación futuras a llevar a cabo desde nuestro centro, serán el analizar las diferencias, si las hubiera, en cuanto al perfil de las usuarias que demandan anticoncepción después del cambio de ley, cuando contemos con las cifras nacionales de abortos del 2011 y 2012.

La bibliografía revisada apunta a la necesidad de incluir como variable a controlar el país de origen de las demandantes de una interrupción del embarazo, para así poder adecuar las intervenciones a las necesidades específicas detectadas en dichas usuarias.

A sí mismo, tendremos que llevar a cabo estudios sobre nuestra población, para poner en marcha estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva en colectivos en riesgo.

El conocimiento del perfil de las demandantes de una interrupción voluntaria del embarazo en nuestro centro, en cuanto al uso de la anticoncepción, nos permitirá poder individualizar la atención y poder llevar a cabo estrategias en anticoncepción encaminada a promover el uso de métodos anticonceptivos seguros, a disminuir las consecuencias de los fallos de método, a lograr mayor adhesión a los mismos, . . . , todo ello con el objetivo último de reducir las tasas de embarazos no deseados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio**, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. BOE 1985;166: 22041.
2. **Delgado M y Barrios L**. El aborto en España en una perspectiva internacional. Estudios Geogr. 2005; 258: 71-103.
3. **Ley Orgánica 2/2010**, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE 2010; 55: 21001-21014.
4. **Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad de España**. [http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm)
5. **Ministerio de Sanidad y Política Social**. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Sanidad 2010.
6. **Estudio Haya sobre hábitos anticonceptivos y aborto, enero 2009**. <http://www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/presentacionhaya.pdf>
7. **Instituto Gallego de Estadística**. <http://www.ige.eu>
8. **Barroso García PM, Lucena Méndez A y Parrón Carreño T**. Interrupción Voluntaria del Embarazo en Mujeres de un Distrito Sanitario de Almería durante el período 1998-2002. Revista Española de Salud Pública 2005; 79 (4): 493-501.
9. **Llácer gil de Ramales A, Morales Martín C, Castillo Rodríguez S, Mazarrasa Alvear L y Martínez Blanco ML**. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. Index Enfermería 2006; 15(55): 1-10.
10. **Acevedo Cantero P**. Comportamiento reproductivo de una población de mujeres inmigrantes musulmanas en España. Antropo 2006; 12: 27-34.
11. **Coles MS, Makino KK, Stanwood NL**. Contraceptive experiences among adolescents who experience unintended birth. Contraception. 2011; 84 (6): 578-84. PMID: 22078186



- 
- 12. Kavanaugh ML, Carlin EE, Jones RK.** Patients' attitudes and experiences related to receiving contraception during abortion care. *Contraception*. 2011; 84 (6): 585-93. PMID: 22078187
- 13. Madden T, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF.** Comparison of contraceptive method chosen by women with and without a recent his-

tory of induced abortion. *Contraception*. 2011; 84 (6): 571-7. PMID: 22078185

- 14. Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF and Foster-Rosales A.** Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008; 78: 143–148.