

Estudio y valoración de la salud sexual y reproductiva en mujeres ingresadas en instituciones penitenciarias españolas

Study and assessment of sexual and reproductive health in women in spanish penitentiary institutions

Julia Lozano, Marcelino Pérez ** y Justo Aznar ****

Resumen

En este artículo se evalúa el conocimiento y uso de los métodos contraceptivos y el aborto en una muestra de 528 mujeres internas en distintos centros penitenciarios españoles. Se comprueba que la gran mayoría de ellas tienen un adecuado conocimiento de dichos métodos y que aproximadamente un 90% los han utilizado alguna vez. Igualmente se evalúa la relación entre su uso y diversos parámetros sociodemográficos, así como las razones por las que utilizan un método contraceptivo determinado. Se constata que aproximadamente un 75% de las internas utilizan estos métodos por prescripción médica.

Solamente un 21% de las mujeres ha sufrido algún efecto secundario negativo tras el uso de los contraceptivos, pero generalmente de carácter moderado.

En cuanto a la percepción de la seguridad del método que utilizan prácticamente el 79% manifiestan que es seguro.

* Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Cárcel de Picassent. Valencia.

** Doctor en Bioética. Profesor en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia.

*** Doctor en Medicina. Director del Instituto de Ciencias de la Vida de la Universidad Católica de Valencia. Autor correspondiente Justo Aznar. E-mail: justo.aznar@ucv.es.

Recibido el 27 de julio de 2018. Entregado el 1º de agosto de 2018.

En relación con la píldora del día de después, el 75% de las mujeres la conocen, pensando que solo debe utilizarse tras una relación sexual esporádica y no como método contraceptivo habitual.

En relación con el aborto, un 60% manifiesta no haber abortado nunca. Las que lo han hecho prefieren el aborto quirúrgico, pues solamente un 7,2% ha utilizado la píldora abortiva.

En lo que a nuestro conocimiento alcanza es esta la primera vez que se hace una amplia evaluación del conocimiento y uso de los métodos contraceptivos y el aborto en centros penitenciarios españoles.

Palabras clave: Centros penitenciarios españoles. Reclusas y contracepción. Métodos contraceptivos. Píldora del día después. Aborto.

1. Introducción

El número de mujeres ingresadas en instituciones penitenciarias (en adelante IIPP) españolas ha aumentado progresivamente en los últimos 20 años, aunque en los tres últimos, se ha producido un ligero descenso. Revisadas las estadísticas que se publican semanalmente por la Secretaria General de IIPP, y tras consultar tres fechas al azar, hemos podido constatar que, el 31/12/2003, se contabilizaba un total de 3899 mujeres usuarias de centros penitenciarios españoles (en adelante CP) (1), que en diciembre de 2014 el total de mujeres ingresadas, era de 4.977, (lo que supone el 7,65% del total de personas internadas) y en febrero de 2017, era de 4.470. En cuanto al número de mujeres extranjeras, en diciembre de 2014 era de 1527 y en diciembre de 2016, de 1289, la mayoría pertenecientes a países iberoamericanos, seguidas por las nacidas en países del Este europeo y Marruecos.

1.1 Marco legal. Leyes que lo regulan

1. La Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) 1/1979 de 26 de septiembre, afirma en su Título Preliminar Art. 3, apartado 2

(2) que: «Se adoptarán las medidas necesarias para que los internos y sus familiares conserven sus derechos a las prestaciones de la Seguridad Social, adquiridos antes del ingreso en prisión». Esta Ley ha sido desarrollada en el Reglamento Penitenciario incluido en el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero (3).

2. Ley 14/1986, General de Sanidad (4), de 25 de abril, regula las acciones encaminadas a la protección de la Salud establecidas en el artículo 43 de la Constitución española.

3. Ley Orgánica 13/1995 (5), de 18 de diciembre, sobre modificación de la Ley Orgánica General Penitenciaria, modifica el límite de edad de permanencia en prisiones de los hijos de las reclusas, pasando de los 6 años a los 3 años, como edad tope.

4. Ley Orgánica 10/1995, 23 de noviembre del Código Penal (6).

5. Ley de Ordenación General del sistema educativo (7). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

1.2 Modelo de Atención Sanitaria en los Centros Penitenciarios españoles

La atención sanitaria se contempla en el Capítulo III de la LOGP (2), en el que quedan reflejadas todas las situaciones y enfermedades que pueden presentar los internos/as usuarios de CP, así como los departamentos de que deben disponer estos centros para prestar la atención más adecuada, especialmente en los que hay madres con niños y mujeres embarazadas, encontrándose dichos módulos especialmente habilitados para que el hecho de que las madres estén privadas de libertad no repercuta en el bien de sus hijos y que estos reciban la atención médica, educativa y social que precisen.

1.3 Prestaciones sanitarias

La LOGP es desarrollada y ejecutada en el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (3), texto legal que desarrolla una reforma completa de la normativa reglamentaria penitenciaria de 1981. El espíritu con que se llevó a cabo esta reforma era el de desarrollar las potencialidades más innovadoras de la LOGP. El Título IX trata de las prestaciones de la

Administración Penitenciaria, y dentro de este Título en el Capítulo I, hace referencia a la Asistencia Sanitaria e Higiene, desarrollando en su artículo 207 la Asistencia integral, que se concreta en los siguientes puntos:

1. La asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación. Especial atención merecen la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

2. A tal efecto, la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias formalizarán los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria, en los que se definirán los criterios generales de coordinación, protocolos, planes y procedimientos.

3. A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al resto de la población. Tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención.

4. Las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos, concertados por la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias correspondientes.

5. La asistencia especializada en régimen de hospitalización se realizará en los hospitales que la autoridad sanitaria designe, salvo en los casos de urgencia justificada, que se llevará a cabo en el hospital más próximo al CP.

6. Los convenios y protocolos que se formalicen, conforme a lo previsto en el artículo 207,2, establecerán, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencias, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas.

7. La dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán efectivas por la Atención Primaria (AP), sal-

vo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario y a los productos farmacéuticos que no estén comercializados en España.

1.4 Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (en adelante ETS)

Existen una serie de programas diseñados por el área de Coordinación de Sanidad, de la propia Secretaría General, para la prevención de ETS y temas de educación sexual, que se imparten en talleres, seminarios, cursos, etc., y también con la participación de ONG,s y/u organismos dependientes de Gobiernos autonómicos. Con este fin, se llevan a cabo programas sobre violencia contra las mujeres, prevención de enfermedades de transmisión sexual, uso de métodos contraceptivos, aprendizaje de técnicas de refuerzo de la autoestima, de relajación y afrontamiento de situaciones de violencia, etc. Estos programas se realizan desde la perspectiva de género, en relación con el programa «Ser Mujer», aprobado por la Secretaría General, para ser impartidos en los CP dentro de las actuaciones de educación y prevención de ETS, asesoramiento a las mujeres sobre cómo afrontar los problemas de maltrato y violencia contra ellas. Los referidos programas son impartidos por profesionales del centro, preparados a tal efecto, y por ONG´s colaboradoras. Las mujeres suelen participar activamente, ya que la participación en estos cursos supone una actitud «positiva», que se refleja en sus expedientes y que se tiene en cuenta a la hora de recibir beneficios penitenciarios.

1.5 Métodos contraceptivos utilizados en las prisiones españolas

Las mujeres ingresadas en las prisiones españolas tienen derecho al uso de los métodos contraceptivos disponibles, de forma libre y gratuita.

El sistema de prescripción es el que se describe en el capítulo de «Prestaciones sanitarias» del Reglamento Penitenciario (3), de forma que es el médico de IIPP el que las prescribe directamente, aunque en ocasiones la interna puede ser derivada al ginecólogo, quien finalmente prescribe y/o realiza las pruebas que considera

oportunas para facilitar el tipo de contraceptivo que mejor se adecue a la usuaria.

Los métodos contraceptivos disponibles en las prisiones españolas son: contracepción hormonal, por vía oral, transdérmica (parches) o inyectable, capuchones o anillos vaginales, preservativos, esterilización definitiva (ligadura de trompas) y aborto.

El uso de métodos contraceptivos es una práctica generalizada y aceptada por las mujeres como algo natural, siendo solicitada al facultativo por las propias mujeres.

1.6 Objetivos planteados

En lo que a nuestro conocimiento alcanza, los estudios sobre el conocimiento y uso de los métodos contraceptivos en las prisiones españolas son muy escasos, por no decir nulos, por lo que nos parece de interés realizar una evaluación sobre ellos en relación a: a) los métodos disponibles en las prisiones españolas; b) el número y porcentaje de mujeres que utilizan métodos contraceptivos o la contracepción de emergencia y las razones que motivan su uso; c) la valoración de su eficacia durante el período de internamiento, haciendo referencia explícita al índice de embarazos que se producen y a su posible causa; d) determinar los efectos secundarios negativos para las mujeres que usan métodos contraceptivos, si existen; e) verificar el número y porcentaje de embarazos que terminan en aborto y si estos son repetitivos y f) comprobar las razones que pueden justificar el que las reclusas se acojan a los motivos de despenalización del aborto actualmente vigentes.

2. Material y métodos

2.1 Diseño: estudio descriptivo transversal con componentes analíticos.

2.2 Población de estudio: mujeres usuarias de métodos contraceptivos en CP españoles, con edades comprendidas entre los 18 y los 60

años, es decir, en edad fértil, menopaúsica y post-menopausia. Se incluyen mujeres de hasta 60 años en el tamaño muestral, al considerar que, en algún momento comprendido dentro de su periodo de fertilidad, han podido ser usuarias de contraceptivos.

2.3 Tamaño muestral: para conseguir una confianza del 95% y una diferencia del 5%, el tamaño muestral debe ser, como mínimo, de 384 mujeres, elaborado con el programa informático Epidat. En el estudio se incluyeron 528 mujeres.

2.4. Tipo de muestreo: consecutivo.

2.5. Variables de estudio. Hay dos tipos de variables: las que hacen referencia a datos personales y las que indagan exclusivamente sobre el uso de contraceptivos de todo tipo, incluido el aborto.

Las relativas a datos personales son: edad; nivel de estudios (analfabetas, primarios, secundarios, superiores, etc); nivel socioeconómico (bajo, medio, alto); nacionalidad(española, Europa del este, países árabes, hispano-americana, africana, asiática); estado civil (casada, separada/viuda, convive con pareja, soltera); raza/etnia (blanca, gitana, árabe/musulmana, hispanoamericana, mezcla gitana/blanca, otras: negra, mestiza, asiática);religión/culto que profesa (no profesa, católica, evangélica, ortodoxa, islamista/musulmana, budista); tipo de delito (robo y sus variables, contra la salud pública/tráfico de drogas, asesinato/homicidio, agresión sexual, multas/impagos/contra la seguridad vial, otros: hurtos, apropiación indebida, falsificación de documentos, estafa, incendio, banda organizada, terrorismo, alteración del orden público, trata de personas, blanqueo de capitales, reincidencia en la comisión de delito y estancia en prisión; tiempo total en prisión en uno o más reingresos (de cero a dos años, de dos a 5 años, de 5 a 10 años, más de 10 años).

La parte correspondiente a la utilización de contraceptivos, eficacia de los mismos, número de abortos, número de embarazos,

número total de mujeres que utilizan cualquiera de los métodos descritos, está estructurada como encuesta, también con respuestas alternativas SI, NO y/ múltiples fijas.

Las variables sociodemográficas del estudio se detallan en el Anexo I y las variables correspondientes a planificación familiar y contracepción, en el Anexo II.

Como en el apartado anterior, a cada pregunta le corresponde una o más respuestas, detalladas en la misma; la encuesta está diseñada de forma que las preguntas puedan entenderse sin dificultad y puedan ser respondidas con la mayor sinceridad, teniendo en cuenta que el nivel cultural de muchas de estas reclusas es elemental y que hacen alusión a eventos confidenciales y, a veces, sumamente dolorosos. Siguiendo estos requisitos la encuesta ha sido validada para comprobar su comprensión por parte de las internas. Tras su validación, se realizaron varios cambios en el diseño primitivo, pues se pudo comprobar que había que cambiar la redacción de algunas preguntas para hacerlas más comprensibles, y también la forma, ya que algunas se repetían y podrían llevar a cierta confusión. Debido a estas variaciones, los resultados de estas encuestas no se procesaron. Como consecuencia de todo ello se redactó la encuesta definitiva. Otro dato que aportó el proceso de validación, fue la inclusión de preguntas que surgieron a partir de las propias reclusas, algunas de las cuales no se habían incluido de entrada (ejemplo: al ser preguntadas si habían abortado alguna vez, algunas respondían que sí, pero comprobamos que habían sido abortos naturales, por lo que se tuvo que especificar si el aborto había sido voluntario).

2.6 Recogida de datos. Todos los datos fueron recogidos en los formularios específicos, confeccionando con ellos una base de datos Excel 2013, en la que se codificaron las variables a estudiar, facilitando el análisis estadístico como aplicación exportadora de los datos al paquete estadístico SPSS v23.

Anexo I. Variables sociodemográficas a estudio

| Variable | Tipo de variable | Valores |
|-----------------------------|----------------------------------|---|
| Código de interna | Cualitativa nominal | Identificación anonimizada |
| Módulo | Cuantitativa discreta | 1. M14 Valencia 2. M18 Valencia 3. M20 Valencia 4. M22 Valencia 5. Madrid 2 6. Dones 1 Brians-Barcelona 7. Dones 2 Brians-Barcelona 8. Wad-Ras Barcelona |
| Edad (años) | Cuantitativa, discreta | años |
| Nacionalidad | Cualitativa nominal policotómica | 1. Española 2. Este de Europa 3. Árabe 4. Hispanoamericana 5. Africana |
| Estado civil | Cualitativa nominal policotómica | 1. Casada 2. Separada/viuda 3. Convive con pareja 4. Soltera |
| Nivel de estudios | Cualitativa nominal policotómica | 1. Analfabeta 2. Primarios 3. Secundarios 4. Superiores |
| Nivel socioeconómico | Cualitativa nominal policotómica | 1. Bajo 2. Medio 3. Alto |
| Etnia | Cualitativa nominal policotómica | 1. Blanca 2. Gitana 3. Árabe 4. Iberoamericana 5. Gitana-Blanca 6. Otras |
| Religión | Cualitativa nominal policotómica | 1. No profesa 2. Católica/Cristiana 3. Evangélica 4. Ortodoxa/Coptos 5. Musulmana 6. Budista 7. Otras |

Anexo II. Variables relacionadas con planificación familiar y anticoncepción

| Variable | Tipo de variable | Valores |
|---|----------------------------------|---|
| ¿Sabe lo que es la planificación familiar? | Cualitativa nominal dicotómica | 1. Sí 2. No |
| ¿Conoce los métodos anticonceptivos? | Cualitativa nominal dicotómica | 1. Sí 2. No |
| ¿Utiliza o ha utilizado algún método anticonceptivo? | Cualitativa nominal dicotómica | 1. Sí 2. No |
| ¿Qué anticonceptivo ha utilizado? | Cualitativa nominal policotómica | 1. Preservativo masculino 2. Preservativo femenino 3. Anticonceptivos orales 4. Anticonceptivos inyectados 5. Parches dérmicos 6. DIU 7. Ligadura de trompas 8. Implantes dérmicos |
| El anticonceptivo que está usando o ha usado, ¿se lo ha prescrito o se lo prescribió el ginecólogo? | Cualitativa nominal policotómica | 1. No ha usado nunca 2. Sí 3. No |
| ¿Le produce o le produjo algún efecto secundario? | Cualitativa nominal policotómica | 1. No ha usado nunca 2. Sí 3. No |
| ¿Qué efecto secundario? | Cualitativa nominal policotómica | 1. Vello facial / manchas 2. Retención de líquidos 3. Aumento tamaño mamas/ sangrado 4. Otros (aumento de peso, problemas renales...) |
| ¿Durante el tiempo que lleva utilizándolo o que lo ha utilizado, le ha resultado seguro? | Cualitativa nominal policotómica | 1. No ha usado nunca 2. Sí 3. No |
| ¿Cree que el preservativo masculino es un método seguro para no quedar embarazada? | Cualitativa nominal policotómica | 1. No ha usado nunca 2. Sí 3. No |
| ¿Cree que el preservativo masculino sirve también para prevenir enfermedades? | Cualitativa nominal policotómica | 1. No ha usado nunca 2. Si 3. No |

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| ¿Su marido/pareja estaba de acuerdo con el uso del preservativo masculino? | Cualitativa nominal policotómica | 1. No ha usado nunca 2. Sí 3. No |
| ¿Por qué no estaba de acuerdo su marido con el uso de preservativo masculino? | Cualitativa nominal policotómica | 1. No ha usado nunca 2. Si 3. No |
| ¿Sabe lo que es la píldora del día después? | Cualitativa nominal dicotómica | 1. Sí 2. No |
| ¿Cree que la píldora del día después puede utilizarse como un método habitual para evitar un embarazo? | Cualitativa nominal policotómica | 1. No sabe lo que es la PDD 2. No, nunca 3. No, sólo como una emergencia 4. Sí, no tengo ningún problema en usarla como un método más |
| ¿Conoce los efectos secundarios e inconvenientes de la píldora del día después | Cualitativa nominal policotómica | 1. No sabe lo que es la PDD 2. Sí 3. No |

2.7 Evaluación estadística de los resultados: los datos se presentaron utilizando valores estadísticos de tendencia central y de dispersión: media y desviación típica (DT) o mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables que seguían una distribución normal se describieron como media \pm DT, mientras que en caso contrario se presentaron como mediana (amplitud intercuartil o rango intercuartílico). Los datos correspondientes a las variables cualitativas se expresan como valor absoluto de casos y en porcentaje (%).

Para el estudio de la normalidad de las distribuciones se utilizó el test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. La comparación entre los valores del análisis de las variables continuas se realizó mediante el test t de Student, para datos independientes en caso de presentar normalidad. El análisis de varianza (ANOVA) se utilizó para comparar 3 o más medias. La prueba no paramétrica de Mann-Whitney se usó cuando se rechazó la hipótesis de normalidad en la comparación de dos muestras y el Test de Kruskal-Wallis en la comparación de tres o más. La relación entre las variables continuas se estableció mediante el coeficiente de correlación de

Pearson y no paramétrico de Spearman. El contraste entre las variables categóricas se realizó mediante la prueba χ^2 normal o χ^2 corregida por Yates, en el caso de casillas con frecuencias esperadas menores a 5.

Para todas las pruebas se aceptó un nivel de significación inferior a 0.05 en contraste bilateral. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS v23.0.

3. Resultados y discusión

3.1 Variables sociodemográficas

La edad media de las internas es de 37,14 años (DT=9,64). La mitad de las mujeres tienen una edad inferior a 37 años, siendo la edad máxima de 60 años y la mínima de 19.

En cuanto a la ubicación del centro penitenciario, 147 (27,84%) mujeres están internadas en uno de Valencia, 186 (35,94%) de Madrid y 196 (37,12%) de Barcelona.

La mayoría de las internas (84,47%) son de nacionalidad española o iberoamericana. Un 13,26% procede de Europa del este y el 2,27% restante son árabes o africanas. Un 77,09% es de etnia blanca o iberoamericana, un 15,91% de raza gitana y el 7,01% restante de raza árabe, gitana-blanca, negra o mestiza.

Un 21,59% de mujeres afirma no profesar ninguna religión. Del resto, el 47,35% es católica, el 19,51% evangelista, y el 11,56% restante se reparte en religiones más minoritarias.

Gran parte de las internas (33,52%) tiene un nivel socioeconómico medio o bajo (65,15%). Muy pocas (1,33%) tienen un nivel alto. Un 88,83% tienen estudios primarios o secundarios y sólo un 7,77% estudios superiores. Un 3,41% manifiesta ser analfabeta. Casi la mitad (45,45%) son solteras. El resto están casadas, separadas, viudas o conviven en pareja.

3.2 Tipo de delito, reincidencia y tiempo en prisión

Los delitos principales son contra la seguridad pública (48,30%),

Tabla I. Relación entre el conocimiento de los métodos contraceptivos y las variables sociodemográficas

| Categoría | Conocimiento de los métodos anticonceptivos | | SE*(p) | |
|---|---|-----|--------|-------|
| | Sí | No | | |
| Nacionalidad | Española | 285 | 2 | 0,069 |
| | Este de Europa | 66 | 4 | |
| | Árabe | 3 | 0 | |
| | Hispanoamericana | 156 | 3 | |
| | Africana | 9 | 0 | |
| | TOTAL | 519 | 9 | |
| Estado Civil | Casada | 115 | 3 | 0,608 |
| | Separada/Viuda | 125 | 3 | |
| | Convive con pareja | 42 | 0 | |
| | Soltera | 237 | 9 | |
| | TOTAL | 519 | 9 | |
| Nivel de estudios | Analfabeta | 18 | 0 | 0,745 |
| | Primarios | 276 | 5 | |
| | Secundarios | 184 | 4 | |
| | Superiores | 41 | 0 | |
| | TOTAL | 519 | 9 | |
| Nivel socioeconómico | Bajo | 335 | 9 | 0,086 |
| | Medio | 177 | 0 | |
| | Alto | 7 | 0 | |
| | TOTAL | 519 | 9 | |
| Etnia | Blanca | 247 | 6 | 0,727 |
| | Gitana | 84 | 0 | |
| | Árabe | 5 | 0 | |
| | Iberoamericana | 151 | 3 | |
| | Gitana-Blanca | 18 | 0 | |
| | Otras | 14 | 0 | |
| | TOTAL | 519 | 9 | |
| Religión | No profesa | 112 | 2 | 0,994 |
| | Católica/Cristiana | 246 | 4 | |
| | Evangélica | 101 | 2 | |
| | Ortodoxa/Coptos | 35 | 1 | |
| | Musulmana | 14 | 0 | |
| | Budista | 3 | 0 | |
| | Otras | 8 | 0 | |
| | TOTAL | 519 | 9 | |
| * SE: Significación estadística Fuente: Elaboración propia | | | | |

Tabla II. Relación entre el uso de los métodos anticonceptivos y las variables sociodemográficas

| Categoría | Uso de los métodos contraceptivos | SE*(p) | | |
|--|--------------------------------------|--------|----|--------------|
| | | Sí | No | |
| Nacionalidad | Española | 261 | 26 | 0,072 |
| | Este de Europa | 57 | 13 | |
| | Árabe | 3 | 0 | |
| | Hispanoamericana | 147 | 12 | |
| | Africana | 9 | 0 | |
| | TOTAL | 477 | 51 | |
| Estado Civil | Casada | 103 | 15 | 0,647 |
| | Separada/Viuda | 117 | 11 | |
| | Convive con pareja | 38 | 4 | |
| | Soltera | 219 | 21 | |
| | TOTAL | 477 | 51 | |
| Nivel de estudios | Analfabeta | 16 | 2 | 0,010 |
| | Primarios | 243 | 38 | |
| | Secundarios | 178 | 10 | |
| | Superiores | 40 | 1 | |
| | TOTAL | 477 | 51 | |
| Nivel socioeconómico | Bajo | 306 | 38 | 0,273 |
| | Medio | 164 | 13 | |
| | Alto | 7 | 0 | |
| | TOTAL | 477 | 51 | |
| Etnia | Blanca | 231 | 22 | 0,003 |
| | Gitana | 66 | 18 | |
| | Árabe | 5 | 0 | |
| | Iberoamericana | 144 | 10 | |
| | Gitana-Blanca | 18 | 0 | |
| | Otras | 13 | 1 | |
| | TOTAL | 477 | 51 | |
| Religión | No profesa | 104 | 10 | 0,002 |
| | Católica/Cristiana | 235 | 15 | |
| | Evangélica | 85 | 18 | |
| | Ortodoxa/Coptos | 28 | 8 | |
| | Musulmana | 14 | 0 | |
| | Budista | 3 | 0 | |
| | Otras | 8 | 0 | |
| | TOTAL | 477 | 51 | |
| *SE: Significación estadística Fuente: Elaboración propia | | | | |

robo (21,02%) y otros, como hurto, apropiación indebida, falsificación o estafa (16,10%). En menor medida asesinatos u homicidios (5,87%), pertenencia a bandas, terrorismo, trata de personas (2,84%) y finalmente un 3,41% multas. Un 76,70% manifiesta no ser reincidente, frente a un 23,30% que sí lo es. Los delitos con tiempo de prisión inferiores a 5 años son la mayoría (83,15%), un 12,50% son de 5 a 10 años y sólo un 4,36% tienen penas superiores a los 10 años.

3.3 Conocimiento de los métodos contraceptivos

Los datos sobre conocimiento de los métodos contraceptivos y su relación con las variables sociodemográficas se incluyen en la Tabla I. La gran mayoría de las internas conoce los métodos contraceptivos. Solamente un 1,7% manifiesta no conocerlos. El que el porcentaje de internas que conocen los métodos sea tan elevado puede deberse a que en los últimos cinco o seis años en los CP españoles se imparten programas de formación sobre estas materias dentro de los planes de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados.

3.4 Métodos contraceptivos utilizados por las internas

3.4.1 Uso de los métodos contraceptivos

El 90,34% de las internas ha utilizado alguna vez algún método contraceptivo. Los más utilizados son: el preservativo masculino, 317 (60,22%) y los contraceptivos orales, 247 (46,78%), seguidos del dispositivo intrauterino, 104 (19,7%) y, ya en menor medida, la ligadura de trompas, 70 (13,26%), el preservativo femenino, 45 (8,52%) y los parches dérmicos 25 (4,73%). Sólo una interna ha utilizado implantes dérmicos.

No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el uso de contraceptivos y la nacionalidad, el estado civil o el nivel socioeconómico. Sin embargo, sí se encuentra asociación con el nivel de estudios, etnia y religión (Tabla II). En la población norte-

americana también se encuentra asociación entre el uso de los métodos contraceptivos y la etnia, pues las mujeres negras utilizan menos la contracepción que las blancas (8), (9), (10), (11), siendo las negras e hispanas más propicias a utilizar el preservativo que las blancas. Las más jóvenes prefieren utilizar el preservativo (12). Según Dehlendorf (13) esta es la primera vez que se analiza la relación entre etnias y el uso de los contraceptivos en ese país, atribuyendo la disparidad al distinto conocimiento de los métodos contraceptivos y preocupación por su eficacia por las referidas poblaciones (14), (15), (16), (17), a la diferente posibilidad de acceder a la medicina pública (18), a las mayores dificultades de las minorías raciales para acceder a los sistemas públicos de salud (19), al apoyo familiar (20), (21), o la presión de las firmas comerciales que fabrican los contraceptivos (20), (22).

Es decir, parece que las diferencias étnicas y raciales sí influyen en el uso de los distintos tipos de contraceptivos, lo que también se da entre nuestras internas.

3.4.2 Eficacia de los métodos contraceptivos

Igualmente puede influir en la elección del contraceptivo a utilizar su eficacia. En este sentido los contraceptivos hormonales son más seguros que los de barrera, pero la esterilización, los DIU y los implantes son más efectivos, siendo los contraceptivos inyectables los que al parecer son más eficaces (23), (24), (25), (26), (27). Pero, con independencia de su eficacia, la Sociedad Americana de Obstetricia y Ginecología (28), (29) recomienda el uso del DIU como la primera opción de los contraceptivos para la gran mayoría de las mujeres, incluyendo adolescentes y nulíparas, lo que también es compartido por otros autores (30).

Otro dato de interés es determinar en qué medida los contraceptivos utilizados lo son o no por prescripción médica. Se comprueba que, entre nuestras internas, el 75,19% los utilizan por prescripción médica, frente a un 15,53% que los usan por propia

iniciativa. Muchas mujeres dejan de utilizar los contraceptivos o cambian de método sin consultar a su médico (31), (32).

3.4.3 Posibles efectos adversos

Otro aspecto médico de interés es conocer los posibles efectos adversos del uso de contraceptivos, lo que ciertamente constituye una objetiva preocupación social.

Pero el efecto secundario negativo de mayor significación es favorecer el desarrollo de problemas tromboembólicos (33), (34). En efecto, existe una abundante literatura (35), (36), (37), (38), (39), (40), (41), (42), (43) en la que se especifica que los contraceptivos hormonales combinados, que contienen estrógenos y progestágenos, incrementan el riesgo de problemas tromboembólicos unas 4 veces con respecto a las mujeres que no los utilizan (44), siendo fundamentalmente los estrógenos los que favorecen dicho riesgo, pero además, se ha podido comprobar que dicho riesgo también varía según el progestágeno utilizado (42), (45), (46).

Sin embargo, hay que dejar constancia que la incidencia cuantitativa de accidentes tromboembólicos como consecuencia del uso de contraceptivos hormonales es muy baja, pues se puede producir un accidente por cada 7000/10.000 mujeres años que los usan (47). En un estudio realizado por uno de nosotros, en una población de 318.000 que atendía nuestro hospital se detectaron 47 accidentes tromboembólicos durante un periodo de 5 años (48).

Aunque este tipo de efectos adversos se pueden dar en cualquier mujer, existen algunas circunstancias médicas que los favorecen, circunstancias que pueden darse en el 2% a 16% de las mujeres que los utilizan (49), (50), (51). También son factores de riesgo el ser mayores de 35 años, fumadora habitual, hipertensa o tener una historia previa de tromboembolismo. En relación con ello, también se puede dar una alteración de factores de la coagulación de la sangre, que, cuando está presente, favorece el riesgo de trombosis si se usan contraceptivos hormonales (52).

Al valorar el riesgo tromboembólico de los contraceptivos hormonales hay que tener en consideración que muchas veces éstos se utilizan con fines distintos de la contracepción, como pueden ser tratar ovarios poliquísticos, desórdenes menstruales (especialmente menorreas o dismenorreas), e incluso para tratamientos estéticos (53), por lo que en estos casos habrá que valorar con mucho más cuidado los riesgos-beneficios de su uso.

Para alertar sobre el uso de contraceptivos hormonales y el riesgo que tienen de propiciar problemas tromboembólicos, la Organización Mundial de la Salud y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (54) han emitido guías en las que se especifican los casos en los que la contracepción está contraindicada, lo que habría que tener en cuenta cuando se inician prácticas contraceptivas en cualquier mujer y por supuesto en nuestras internas.

En relación con ellas, en 126 (21,21%) se han detectado efectos secundarios adversos, como crecimiento de vello facial (24%), retención de líquidos (43%), aumento de tamaño de las mamas o sangrado (47%) y otros menores (12%), pero no se han observado efectos adversos graves, como pueden ser los accidentes tromboembólicos.

3.4.4 Percepción de las internas respecto a la seguridad de los métodos contraceptivos y otras variables sociales

Otro dato que puede ser de interés conocer es la percepción que las internas tienen con respecto a la eficacia contraceptiva del método que utilizan. En nuestras internas se constata que un 78,79% de ellas manifiestan que el método contraceptivo que han utilizado les ha resultado seguro. En cuanto a la percepción de seguridad acerca del preservativo masculino, un 62,69% manifiesta creer que sí lo es, frente a un 35,61% que piensa que no es seguro, no encontrándose asociación estadísticamente significativa entre la percepción de seguridad sobre el preservativo masculino y el estado civil o el nivel de estudios. Sin embargo, sí se encuentra asociación entre

la percepción de seguridad sobre el preservativo masculino y la nacionalidad, el nivel socioeconómico, la etnia y la religión. Llama la atención el elevado porcentaje de usuarias que creen seguro el preservativo masculino, cuando ya hemos referido anteriormente que es el método contraceptivo que más falla (10), (25).

Por otro lado, 494 (93,56%) de las entrevistadas considera que el preservativo masculino es seguro frente al contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Otro aspecto a tener en consideración es si los maridos /parejas de las internas están de acuerdo en utilizar preservativos, comprobándose que 121 de ellos (22,9%) no lo están.

3.5 Píldora del día después

Aunque la píldora del día después se utiliza fundamentalmente tras una relación sexual esporádica, circunstancia que parece poco propicia para que se dé en los centros penitenciarios, sin embargo, también en ellos puede darse, por lo que, igualmente se ha evaluado el conocimiento y uso que de ella tienen las internas. Tan sólo 79 de ellas (14,96%) no conocen lo que es la píldora del día después. Por otro lado, se constata que existe una relación entre el conocimiento de la píldora del día después y todas las variables sociodemográficas evaluadas, a excepción del estado civil y la etnia (Tabla III).

En cuanto a cuando hay que utilizarla, la mayoría de las mujeres creen que solamente se debe usar tras una relación sexual esporádica y no como método contraceptivo habitual, pues sólo 44 (8,3%) opinan que se puede utilizar con este fin.

De igual modo, se aprecia un importante desconocimiento de los efectos secundarios del uso de la píldora del día después, ya que 251 internas (47,54%) manifiestan desconocerlos.

3.6 Aborto

El aborto puede practicarse de dos formas quirúrgicamente o utilizando un fármaco.

Tabla III. Conocimiento de la PDD y las variables sociodemográficas

| Categoría | Conocimiento de la píldora del día después | SE*(p) | | |
|--|--|--------|----|--------------|
| | | Sí | No | |
| Nacionalidad | Española | 260 | 27 | 0,000 |
| | Este de Europa | 49 | 21 | |
| | Árabe | 2 | 1 | |
| | Hispanoamericana | 131 | 28 | |
| | Africana | 449 | 2 | |
| | TOTAL | 477 | 79 | |
| Estado Civil | Casada | 92 | 26 | 0,089 |
| | Separada/Viuda | 109 | 19 | |
| | Convive con pareja | 37 | 5 | |
| | Soltera | 211 | 29 | |
| | TOTAL | 449 | 79 | |
| Nivel de estudios | Analfabeta | 13 | 5 | 0,006 |
| | Primarios | 228 | 53 | |
| | Secundarios | 169 | 19 | |
| | Superiores | 39 | 2 | |
| | TOTAL | 449 | 79 | |
| Nivel socioeconómico | Bajo | 283 | 61 | 0,039 |
| | Medio | 159 | 18 | |
| | Alto | 7 | 0 | |
| | TOTAL | 449 | 79 | |
| Etnia | Blanca | 224 | 29 | 0,322 |
| | Gitana | 67 | 17 | |
| | Árabe | 4 | 1 | |
| | Iberoamericana | 127 | 27 | |
| | Gitana-Blanca | 16 | 2 | |
| | Otras | 11 | 3 | |
| | TOTAL | 449 | 79 | |
| Religión | No profesa | 100 | 14 | 0,010 |
| | Católica/Cristiana | 220 | 30 | |
| | Evangélica | 86 | 17 | |
| | Ortodoxa/Coptos | 23 | 13 | |
| | Musulmana | 11 | 3 | |
| | Budista | 3 | 0 | |
| | Otras | 6 | 2 | |
| | TOTAL | 449 | 79 | |
| *SE: Significación estadística Fuente: Elaboración propia | | | | |

3.6.1 *Aborto quirúrgico*

Del conjunto de las internas, 319 (60,42%) manifiesta no haber abortado nunca intencionadamente, frente a 209 que sí lo han hecho. En cuanto al número de veces: 103 (19,51%) lo han hecho una sola vez; 55 (10,42%) dos veces, 26 (4,92%), tres veces y 25 (4,73%) más de tres veces.

En relación con los motivos por los que han abortado, 37 internas (7%) abortaron porque les falló el método contraceptivo, 79 (14,96%) por relaciones sexuales no programadas, 44 (8,52%) porque pensaban que ya tenían un número de hijos suficientes, 74 (14,02%) por dificultades económicas y 61 (11,55%) por otras causas, como malformaciones del feto, violación, etc.

3.6.2 *Aborto químico (píldora abortiva RU-486)*

El aborto químico es el que se lleva a cabo utilizando un fármaco, generalmente mifepristona (RU-486), asociada a un análogo sintético de la prostaglandina E1, el misoprostol. El fármaco se administra a la mujer hospitalariamente, produciéndose el aborto posteriormente en su domicilio.

Por algunos se presenta el uso de la mifepristona como una manera de abortar menos traumática para la mujer (55), pero nosotros somos de la opinión que no es así, opinión compartida por otros autores, pues el quirúrgico parece más seguro, efectivo y barato (56), (57), (58), (59), (60).

En cuanto al conocimiento de la píldora abortiva por parte de las internas encuestadas, 233 (44,19%) manifiestan no conocerla, frente a 295, (55,87%) que sí la conocen.

En lo que hace referencia a su uso, tan solo 39 internas (7,2%) manifiestan haberla utilizado alguna vez, porcentaje que se asemeja mucho al de las mujeres que la utilizan en la población general, que en 2008 fue en España de 4,2%; sin embargo, su uso en otros países es muy superior: 76% en Finlandia y Escocia, 72% en Suecia, 67% en Portugal, 49% en Francia, 40% en Inglaterra y Gales y 14% en Alemania (61), (62), (63), (64), (65). En 2008 en Europa

más de un millón y medio de mujeres utilizaron la píldora abortiva (66).

Un aspecto importante en relación a esta píldora es determinar cuáles son sus posibles efectos secundarios, que pueden ser leves: náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, escalofríos o fiebre (67) o graves: hemorragias, infecciones o necesidad de una reintervención quirúrgica (68). Estas complicaciones se suelen dar entre el 30% al 50% de los casos (69). En nuestras internas, de 38 que han utilizado la píldora 7 han padecido hemorragias y 3 abortos incompletos, que posteriormente han requerido un raspado quirúrgico.

Aunque no directamente por acción de la mifepristona, sino del misoprostol, la píldora abortiva puede producir malformaciones en los niños nacidos (70), que pueden localizarse en los huesos de la zona frontal (88) y en las extremidades u otros órganos (70), (71), (72), (73), (74), (75). En los hijos de nuestras internas no se ha detectado en ninguna ocasión este tipo de anomalías físicas.

Aunque muy infrecuentemente, también se han descrito al menos seis fallecimientos tras utilizar la píldora abortiva (76), (77). Tampoco en nuestro caso se ha constatado ningún fallecimiento en las internas que la han utilizado.

Conclusión

El 83% de las internas tienen un adecuado conocimiento de los métodos contraceptivos y un 90% los han utilizado alguna vez. El 75% los usan por prescripción médica.

Solamente un 21% de las mujeres han sufrido algún efecto secundario médico negativo, generalmente de carácter moderado. El 79% manifiesten que el método que utilizan es seguro.

El 75% de las mujeres conocen que es la píldora del día de después y piensan que solamente debe ser utilizada de forma esporádica tras una relación sexual no programada y no como método contraceptivo habitual.

Un 60% manifiesta no haber abortado nunca. En cuanto al método utilizado el 92,8% se decantan por el quirúrgico.

En lo que a nuestro conocimiento alcanza es la primera vez que se hace una amplia evaluación del conocimiento y uso de los métodos contraceptivos y del aborto en los centros penitenciarios españoles.

Bibliografía:

1. SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. Distribución de la población reclusa por sexo.
2. BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. 5 de octubre de 1979, nº 239.
3. SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. Reglamento penitenciario.
4. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Ley Orgánica 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. 29 de abril de 1986, nº 102.
5. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Ley Orgánica 13/1995, de 18 de diciembre sobre modificación de la Ley Orgánica General Penitenciaria. 19 de diciembre de 1995, nº 302.
6. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal. 24 de noviembre de 1995, nº 281.
7. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. 4 de mayo de 2006, nº 106.
8. RAINE T, MINNIS AM, PADIAN NS. Determinants of contraceptive method among Young women at risk for unintended pregnancy and sexually transmitted infections. *Contraception*. 2003; 68: p. 19-25.
9. FROST JJ, SINGH S, FINER LB. Factors associated with contraceptive use and nonuse, United States, 2004. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007; 39: p. 90-9.
10. JONES J, MOSHER W, DANIELS K. Current contraceptive use in the United States, 2006-2010, and changes in patterns of use since 1995. *National health statistics reports*. 2012; 18: p. 1-25.
11. WU J, MELDRUM S, DOZIER A, STANWOOD N, FISCELLA K. Contraceptive nonuse among US women at risk for unplanned pregnancy. *Contraception*. 2008; 78: p. 284-9.
12. DEHLENDORF C, PARK SY, EMEREMNI CA, COMER D, VINCETT K, BORRERO S. Racial/ethnic disparities in contraceptive use: variation by age and women's reproductive experiences. *Am J Obstet Gynecol*. 2014; 210: p. 526.e1-e.9.
13. DEHLENDORF C, RODRÍGUEZ MI, LEVY K, BORRERO S, STEINAUER J. Disparities in family planning. *Am J of Obstet Gynecol*. 2010; 202: p. 214-20.

14. KAYE K, SUELLENTROP K, SLOUP C. The Fog Zone: how misperceptions, magical thinking, and ambivalence put young adults at risk for unplanned pregnancy. Washington DC: National campaign to prevent teen and unintended pregnancy; 2009.
15. GUENDELMAN S, DENNY C, MAULDON J, CHETKOVICH C. Perceptions of hormonal contraceptive safety and side effects among low-income Latina and non-Latina women. *Mater child health J.* 2000; 4: p. 233-9.
16. SANGI-HAGHPEYKAR H, ALI N, POSNER S, POINDEXTER AN. Disparities in contraceptive knowledge, attitude and use between Hispanic and non-Hispanic whites. *Contraception.* 2006; 74: p. 125-32.
17. Understand, Institute of Medicine (US) Committee on; STITH, A Y; NELSON, A R; EDS. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health.* ; 2003.
18. TODD S, SOMMERS B. Overview of the uninsured in the United States: a summary of the 2012 current population survey report. ASPE. Office of the assistant secretary for planning and evaluation, Department of health and human services ; 2012.
19. ARMSTRONG K, RAVENELL KL, MCMURPHY S, PUTT M. Racial/ethnic differences in physician distrust in the United States. *Am J Public Health.* 2007; 97: p. 1283-9.
20. BECKER D, TSUI AO. Reproductive health service preferences and perceptions of quality among low-income women: racial, ethnic and language group differences. *Perspectives on Sex Reprod Health.* 2008; 40: p. 202-11.
21. FORREST JD, FROST JJ. The family planning attitudes and experiences of low-income women. *Fam Plann Perspec.* 1996; 28: p. 246-55, 77.
22. DOWNING RA, LAVEIST TA, BULLOCK HE. Intersections of ethnicity and social class in provider advice regarding reproductive health. *Am J Publ Health.* 2007; 97: p. 1803-7.
23. WINNER B, PEIPERT JF, ZHAO Q, ET AL. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 2012; 366: p. 1998-2007.
24. HATCHER RA TJNACWSFKD. *Contraceptive technology.* 19th ed. New York: Ardent Media; 2007.
25. KAUNITZ AM, DARNEY PD, ROSS D, WOLTER KD, SPEROFF L. Subcutaneous DMPA vs intramuscular DMPA: a 2-year randomized study of contraceptive efficacy and bone mineral density. *Contraception.* 2009; 80: p. 7-17.
26. TRUSSELL J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception.* 2011; 83: p. 397-404.
27. KOST K, SINGH S, VAUGHAN B, TRUSSELL J, BANKOLE A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National survey of family growth. *Contraception.* 2008; 77: p. 10-21.
28. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. ACOG Committee Opinion no. 450. *Obstet Gynecol.* 2009; 114: p. 1434-8.
29. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. ACOG

- Committee Opinion no. 539. *Obstet Gynecol.* 2012; 120: p. 938-8.
30. CHAMPION CB, BEHLIOVIC B, AROSEMENA JM, RANDIC L, COLE LP, WILKENS LR. A three-year evaluation of TCu 380 Ag and multiload Cu 375 intrauterine devices. *Contraception.* 1988; 38: p. 631-9.
31. ROSENBERG MJ, WAUGH MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *American J Obstet Gynecol.* 1998; 179: p. 577-82.
32. VAUGHAN B, TRUSSELL J, KOST K, SINGH S, JONES R. Discontinuation and resumption of contraceptive use: results from the 2002 National survey of family growth. *Contraception.* 2008; 78: p. 271-83.
33. NAESS IA, CHRISTIANSEN SC, ROMUNDSTAD P, CANNEGIETER SC, ROSENDAAL FR, HAMMERSTROM J. Incidence and mortality of venous thrombosis: a population-based study. *J Thromb Haemos.* 2007; 5: p. 692-9.
34. VANDENBROUCKE JP, KOSTER T, BRIËT E, REITSMA PH, BERTINA RM, ROSENDAAL FR. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. *Lancet.* 1994; 344: p. 1453-7.
35. VAN HYLCKAMA Vlieg A, HELMERHORST FM, VANDENBROUCKE JP, DOGGEN CJ, ROSENDAAL FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *Brit Med J.* 2009; 339: p. b2921.
36. LIDEGAARD Ø, LØKKEGAARD E, SVENDSEN AL, AGGER C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *Brit Med J.* 2009; 339: p. b2890.
37. PARKIN L, SHARPLES K, HERNANDEZ RK, JICK SS. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *Brit Med J.* 2011; 342: p. d2139.
38. JICK SS, HERNÁNDEZ RK. Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *Brit Med J.* 2011; 342: p. d2151.
39. LIDEGAARD Ø, NIELSEN LH, SKOVLUND CW, SKJELDESTAD FE, LØKKEGAARD E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *Brit Med J.* 2011; 343: p. d6423.
40. STEGEMAN BH, DE BASTOS M, ROSENDAAL FR, ET AL. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. *Brit Med J.* 2013; 347: p. f5298.
41. VINOGRADOVA Y, COUPLAND C, HIPPISEY-COX J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *Brit Med J.* 2015; 350: p. h2135.
42. PERAGALLO URRUTIA R, COEYTAUX RR, MCBROOM AJ, GIERISCH JM, HAVRILESKY LJ, MOORMAN PG, ET AL. Risk of acute thromboembolic events with oral contraceptive use: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2013; 122: p.

380-9.

43. SITRUK-WARE R. Hormonal contraception and thrombosis. *Fertil Steril*. 2016; 106: p. 1289-1294.

44. VAN HYLCKAMA Vlieg A, HELMERHORST FM, VANDENBROUKE JP, DOGGEN CJ, ROSENDAAL FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *Brit Med J*. 2009; 339: p. b2921.

45. VINOGRADOVA Y, COUPLAND C, HIPPISEY-COX J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *Brit Med J*. 2015; 350: p. h2135.

46. WEILL A, DALICHAMPT M, RAGUIDEAU F, RICORDEAU P, BLOTIÈRE PO, RUDANT J, ET AL. Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study. *Brit Med J*. 2016; 353: p. i2002.

47. HEIT JA, SPENCER FA, WHITE RH. The epidemiology of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016; 41: p. 3-14.

48. AZNAR J, MIRA Y, VAYÁ A. Oral contraceptives and thrombosis. *Clin Appl Thromb Haemost*. 2004; 10: p. 189-190.

49. SHORTRIDGE E, MILLER K. Contraindications to oral contraceptive use among women in the United States, 1999-2001. *Contraception*. 2007; 75: p. 355-60.

50. XU H, EISENBERG DL, MADDEN T, SECURA GM, PEIPERT JF. Medical contraindications in women seeking combined hormonal contraception. *Am J of Obstet Gynecol*. 2014; 210: p. 210.e1-5.

51. AZNAR J, VAYÁ A, ESTELLÉS A, MIRA Y, SEGUÍ R, VILLA P, ET AL. Risk of venous thrombosis in carriers of the prothrombin G20210A variant and factor V Leiden and their interaction with oral contraceptives. *Haematologica*. 2000; 85: p. 1271-1276.

52. BELLER JP, MCCARTNEY CR. Cardiovascular risk and combined oral contraceptives: clinical decisions in settings of uncertainty. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 208: p. 39-41.

53. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medical eligibility for contraceptive use. In 3rd , editor. 2004; Geneva.

54. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG practice bulletin no.73: use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstet Gynecol*. 2006; 107: p. 1453-72.

55. KELLY T, SUDDER J, HOWEL D, HEWISON J, ROBSON S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. *Brit J Obstet Gynecol*. 2010; 117: p. 1512-20.

56. COWETT AA, GOLUB RM, GROBMAN WA. Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second-trimester pregnancy termination. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 194: p. 768-73.

57. WHITLEY KA, TRINCHERE K, PRUTSMAN W, QUIÑONES JN, ROCHON ML. Midtrimester dilation and evacuation versus prostaglandin induction: a comparison of composite outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 205: p. 386.

58. BRYANT AG, GRIMES DA, GARRETT JM, STUART GS. Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: labor induction compared with dilation and evacuation. *Obstet Gynecol.* 2011; 117: p. 788-92.
59. GROSSMAN D, BLANCHARD K, BLUMENTHAL P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reprod Health Matt.* 2008; 16 (31 Suppl): p. 173-82.
60. GRIMES DA, SMITH MS, WHITAM AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *Brit J Obstet Gynecol.* 2004; 111: p. 148-53.
61. NIINIMÄKI M, SUHONEN S, MENTULA M, HEMMINKI E, HEIKINHEIMO O, GISSLER M. Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *Brit Med J.* 2011; 342: p. d2111.
62. DEPARTMENT OF HEALTH. Abortion statistics, England and Wales: 2009.2010. ; 2009-2010.
63. SOCIALSTYRELSEN. Statistics.2010. ; 2010.
64. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE. Induced abortions. 2010.
65. GOMPERTS RJ, JELINSKA K, DAVIES S, GEMZELL-DANIELSSON K, KLEIVERDA G. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *Brit J Obstet Gynecol.* 2008; 115: p. 1171-1178.
66. VON HERTZEN H, PIAGGIO G, WOJDYLA D, HUONG NTM, MARIONS L, OKOEV G, ET AL. Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: randomized controlled equivalence trial. *Hum Reprod.* 2009; 24: p. 106-112.
67. GARY MM, HARRISON DJ. Analysis of Severe Adverse Events Related to the Use of Mifepristone as an Abortifacient. *Ann Pharmacoth.* 2006; 40: p. 191-197.
68. BORGATTA L, KAPP N. Society of family planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception.* 2011; 84: p. 4-18.
69. HOLMES LB. Teratogen-induced limb defects. *Am J Med Genet.* 2002; 112: p. 297-303.
70. FONSECA W, ALENCAR AJC, MOTA FSB, COELHO HLL. Misoprostol and congenital malformations. *Lancet.* 1991; 338: p. 56.
71. GONZÁLEZ CH, MARQUES-DIAS MJ, KIM CA, SUGAYAMA SMM, DA PAZ JA, HUSON SM, ET AL. Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet.* 1998; 351: p. 1624.
72. BARNETT AA. Mifepristone clears US regulatory hurdle. *Lancet.* 1996; 348: p. 256.
73. BOS-THOMPSON MA, HILLAIRE-BUYS D, ROUX C, FAILLIE JL, AMRAM D. Möbius Syndrome in a Neonate After Mifepristone and Misoprostol Elective Abortion Failure. *Ann Pharmacoth.* 2008; 42: p. 888-892.
74. COELHO KE, SARMENTO M, VEIGA CM, SPECK-MARTINS CE, SAFATLE HPN, CASTRO CV, ET AL. Misoprostol embryotoxicity: Clinical evaluation of fifteen patients with arthrogryposis. *Am J of Med Genet.* 2000; 95: p. 297-301.

75. BLANCHARD K, WINIKOFF B, ELLERTSON C. Use of Misoprostol during Pregnancy and Möbius' Syndrome in Infants. *N England J Med.* 1998; 339: p. 1553-1554.
76. FISCHER M, BHATNAGAR J, GUARNER J, REAGAN S, HACKER JK, VAN METER SH, ET AL. Fatal Toxic Shock Syndrome Associated with *Clostridium sordellii* after Medical Abortion. *N England J Med.* 2005; 353: p. 2352-2360.
77. IN BRIEF. FDA reports that two US women died after abortion pill regimen. *Brit Med J.* 2006; 332: p. 684.

Agradecimientos

Agradecemos a Ester Bosch Alamar la ayuda prestada en la transcripción del trabajo y búsqueda bibliográfica.